

Politiche di genere in sanità: politiche per ogni genere

Gruppo di lavoro: Rosella Zerbi, Alessandra Spedicato, Anna Maria Parmeggiani, Caterina Ermio

Una professione in equilibrio di genere

Nell'evolversi del contesto politico, sociale e culturale italiano degli ultimi 50 anni il crescente impegno femminile nel lavoro extradomestico e in professioni storicamente maschili, quali la professione medica, è stato rapido e irreversibile.

Da dati del Conto annuale della Ragioneria dello Stato risulta che nel 2012 il 40% dei dirigenti medici del Servizio Sanitario Nazionale sono femmine, con picchi intorno al 55% nelle classi di età under 45. La percentuale è destinata a salire nei prossimi 10-15 anni.

Il 1996 è stato l'anno in cui in Italia, per la prima volta le donne hanno sorpassato gli uomini tra i nuovi iscritti agli albi degli Ordini dei medici, con un incremento costante per 12 anni fino a raggiungere nel 2008 il 65% dei nuovi iscritti (Fonte: Centro studi Fnomceo). È poi incominciato un lento decremento confermato dagli ultimi dati disponibili del 2013 in cui le percentuali di nuovi iscritti sono: 40,5% maschi e 59,5% femmine.

Tabella 1 - Andamento delle nuove iscrizioni all'ordine dei medici per genere. Anni 1999-2013

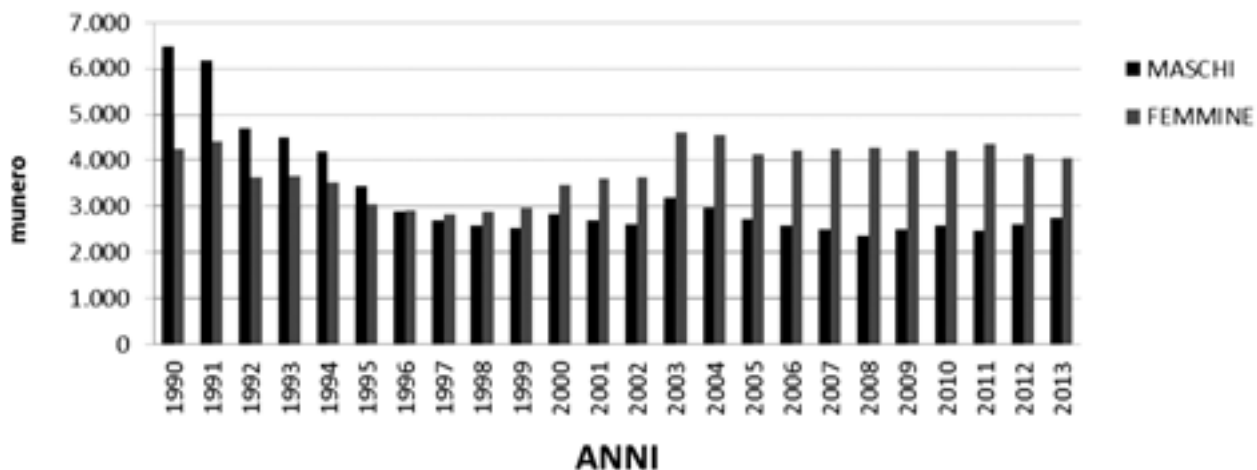


Tabella 2 - Andamento percentuale nuovi iscritti albo professionale per genere anni 1990-2013

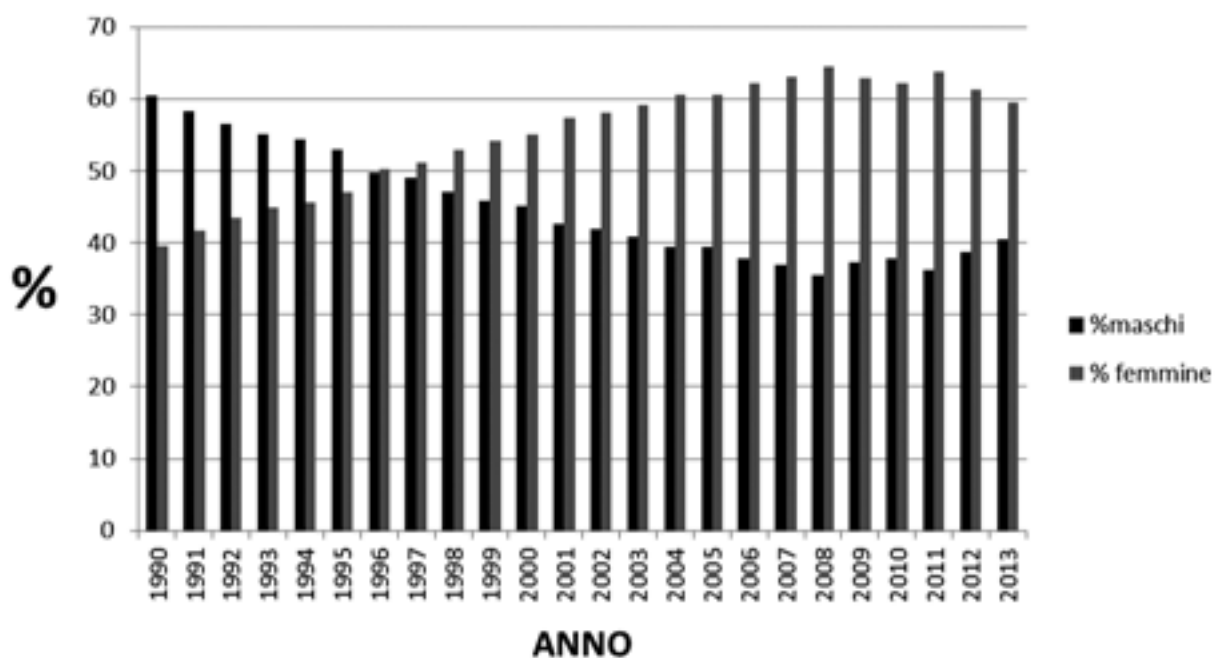
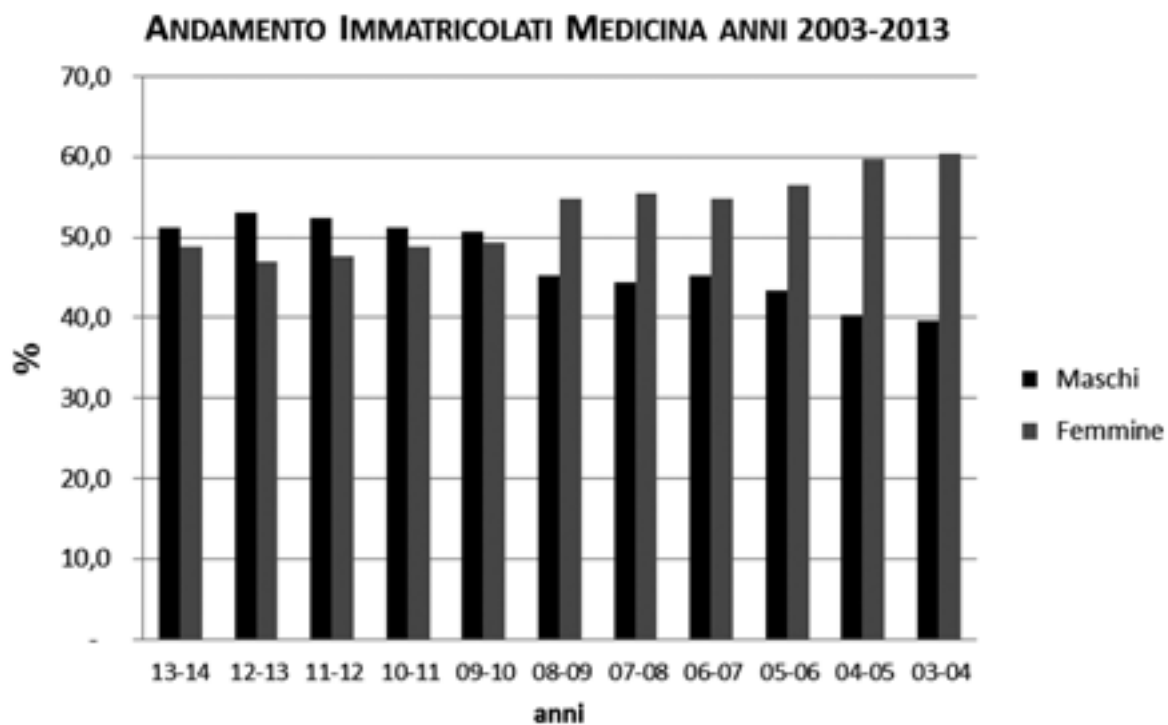


Tabella 3 - Andamento immatricolati medicina. Anni 2003-2013



L'attuale trend in decremento proseguirà nel futuro prossimo, visto che tra gli iscritti a Medicina negli ultimi 10 anni il numero di studentesse è calato di 9 punti percentuali passando dal 62% dell'anno accademico 2002-2003 al 53% del 2012-2013 e visto che la percentuale di femmine tra gli iscritti al primo anno si aggira attualmente intorno al 48-50%. (dati MIUR).

Dovremo attendere ancora i prossimi anni per comprendere se si tratta di un assestamento verso la parità. Sarebbe comunque molto interessante conoscere le cause dell'inversione di tendenza e conoscere se, e quanto, la rigidità dell'organizzazione del lavoro medico e la difficoltà di conciliazione vita-lavoro abbiano pesato nel disincentivare le giovani a scegliere la facoltà di medicina.

Comunque, indipendentemente da come sarà l'andamento futuro delle iscrizioni a Medicina, da oggi e per i prossimi 20 anni dobbiamo tener conto che la professione medica esprime ed esprimerà almeno il 50% di donne.

Il gran numero di donne nella professione medica e il progressivo invecchiamento della popolazione medica, invecchiamento acuito dall'ultima riforma pensionistica, impongono riflessioni e iniziative sulla riorganizzazione dell'orario di lavoro e sulla conciliazione dei tempi vita-lavoro, partendo proprio da considerazioni di genere e di generazione.

L'analisi della odierna realtà lavorativa dei dirigenti medici e dirigenti sanitari del SSN evidenzia costantemente alcuni aspetti critici: la mancata sostituzione di aspettative e congedi di maternità e/o parentali, le peggiorate condizioni di lavoro aggravate in molte regioni dalla riduzione delle consistenze organiche a parità di attività, la difficoltà ad affrontare turni di lavoro disagiati per chi deve permanere in servizio fino a oltre 65 anni di età.

Sostituzione delle assenze per maternità

Sostituire la lavoratrice in maternità non è un diritto della donna, ma è un diritto dell'équipe in cui questa lavora e un diritto dei cittadini che devono essere curati in modo appropriato.

Tuttavia le assenze per aspettativa e congedo maternità e/o parentale non sono sostituite nella maggior parte delle aziende e gran parte delle poche sostituzioni sono tardive.

Poiché il lavoro del medico è un lavoro di squadra, ne consegue che da sempre un'assenza per maternità comporta un notevole e perdurante sovraccarico lavorativo della équipe, con conseguente aumento delle liste di attesa, con correlato aumento di disagio e stress lavorativo, con conseguente aumento del tasso di malattia, aumento del rischio sia per i pazienti che per i medici.

Sostituire la lavoratrice in maternità non è tanto un diritto della donna stessa quanto piuttosto un diritto dell'équipe in cui questa lavora. Con una corretta e puntuale procedura di sostituzione ne traggono giovamento tutti: i responsabili di UO (che riescono a mantenere e ripartire il lavoro); i colleghi (che non soffrono di un sovraccarico di ore); il/la sostituto/a cui viene offerta una possibilità lavorativa e di ulteriore formazione professionale.

Prevale invece l'interesse miope degli amministratori volto al risparmio immediato del costo della sostituzione e che sottovaluta il maggior costo di prestazioni erogate in condizioni di disagio lavorativo e/o in straordinario da personale sovraccaricato, stanco, stressato e demotivato.

Discriminazioni verso i dipendenti

Risulta discriminante e poco comprensibile il comportamento di Aziende e Regioni che da un lato non si curano di sostituire le assenze per maternità delle dipendenti mentre dall'altro retribuiscono sempre il sostituto del Medico di Medicina generale, sostituto sempre individuato su assenze per maternità.

Non c'è giustificato motivo di tale discrepanza, tanto più se si considera che blocco del turn-over e taglio al numero di medici che lavorano per il SSN hanno colpito in modo selettivo i dipendenti, molto meno gli specialisti ambulatoriali e per nulla i MMG.

È pur vero che dipendenti e convenzionati (MMG e specialisti ambulatoriali) hanno contratti e accordi di lavoro differenti, ma è altrettanto vero che sono tutti pagati da Asl e Regioni e che sia

dipendenti che liberi professionisti convenzionati concorrono all'erogazione delle prestazioni sanitarie e dei LEA all'interno del SSN.

La mancata sostituzione delle maternità delle dipendenti da parte delle ASL rappresenta anche una ulteriore discriminazione all'interno della categoria dei dipendenti pubblici fra cui si annoverano categorie, ad esempio gli insegnanti, regolarmente sostituite e altre, i medici dipendenti, regolarmente "non" sostituite.

Graduatorie regionali: la soluzione deve essere prescrittiva

Occorre fare in modo che le amministrazioni siano obbligate a sostituire immediatamente le assenze per maternità dei medici e a favorire le migliori condizioni affinché ciò accada, senza allungamento dei tempi dovuti a mancanza di graduatorie attive. Riteniamo perciò necessario che si concordi con le Regioni l'istituzione di graduatorie regionali permanenti per ogni disciplina dalle quali le aziende possano/debbero attingere per attivare rapidamente le supplenze e si condividano le procedure di scorrimento delle graduatorie stesse che garantiscano l'attivazione della supplenza entro 2-3 settimane al massimo.

Occorre sicuramente integrare il CCNL con gli obblighi prescrittivi di sostituzione con preciso riferimento alla sostituzione delle maternità, pena sanzione pecuniaria a carico del datore di lavoro.

Conciliazione tempi e luoghi di vita e di lavoro

L'ANAAO è tanto consapevole dell'importanza delle politiche di conciliazione tra vita lavorativa e vita privata da aver introdotto nell'ultimo Statuto (Caserta 2013) tra gli scopi dell'associazione: "l'impegno a favorire e supportare le politiche di conciliazione tra la vita lavorativa e la vita privata". L'argomento è ritenuto molto rilevante anche dal Parlamento Europeo che ha designato il 2014 l'Anno europeo per la conciliazione tra la vita lavorativa e la vita familiare.

Per chi?

Le politiche di conciliazione riguardano la ricerca di soluzioni per conciliare vita professionale e privata in determinate fasi della vita. Non devono essere intese quale esclusivo interesse di madri di figli in tenera età, perché riguardano tutti coloro che, in un certo periodo della loro vita, abbiano vincoli che rendano necessarie soluzioni specifiche. Riguardano dunque maschi e femmine, genitori e figli, giovani e meno giovani.

I casi più ricorrenti sono certamente legati a motivi familiari, di salute, di età e interessano genitori di figli in età prescolare, famiglie monogenitoriali, figli di genitori non autosufficienti, medici che hanno più di 55-60 anni con difficoltà a sostenere turni di lavoro disagiati.

La conciliazione si può perseguire con diversi strumenti quali il telelavoro, la flessibilità di orari, il sostegno economico e il sostegno logistico. Tra questi vogliamo soffermarci sulla flessibilità degli orari.

Per attuare la flessibilità come strumento di conciliazione è necessario un impegno attento e sistematico di tutti. In primo luogo partendo dalla applicazione delle norme esistenti (tra cui integrativo del CCNL 8 giugno 2000, legge 53/2000, L69/09, dlgs 151/01, legge 92/2012) e dal loro miglioramento; in secondo luogo riconoscendo e superando le criticità organizzative e individuando nuovi percorsi. Occorre riconoscere che le politiche di conciliazione lavoro-vita extra lavorativa sono un pre-requisito di sicurezza e di benessere lavorativo.

Il part-time

Il part-time, più correttamente definito "rapporto di lavoro con impegno ridotto" è uno strumento di conciliazione già disponibile, la cui normativa dovrebbe essere riconsiderata ed estesa. In Italia è attualmente poco utilizzato tra i dirigenti. Prevalentemente lo richiedono le colleghe con un rapporto femmine-maschi di 95,5% a 4,5% (dati SICO 2013). Ha sicuramente indubbi aspetti positivi per chi lo richiede, ma anche aspetti negativi per lavoratori e datori di lavoro perché rappresenta comunque una sottrazione di ore lavorative all'équipe, è proporzionalmente più costoso

per il datore di lavoro e penalizza chi ne usufruisce dal lato previdenziale con una prospettiva di futura pensione di importo ridotto.

La flessibilità dell'organizzazione come strumento di conciliazione

L'équipe medica dovrebbe poter attuare flessibilità di orari (per fasce orarie) da rimodulare periodicamente, almeno annualmente, in considerazione di età e numero di figli, portfolio familiare di flessibilità. Una sorta di bilancio annuale dei bisogni di flessibilità dell'équipe. Permetterebbe vantaggi per i professionisti delle varie fasce di età, vantaggi per l'appropriatezza delle prestazioni, vantaggi per l'utente, per l'organizzazione del lavoro, nonché vantaggio economico per l'azienda correlato al benessere lavorativo, alla diminuzione di assenze. Limite della proposta è l'applicabilità non omogenea nelle diverse discipline e specialità. Nella flessibilità si inserisce anche l'attuazione di una staffetta tra medici over 60 e giovani con uscita soft dal mondo del lavoro per il professionista prossimo alla pensione, collegata ad una nuova assunzione anche a tempo definito che può essere un'occasione di stabilizzazione dei precari.

Vasi comunicanti

Occorre anche considerare l'alternanza di lavoro in ospedale e sul territorio con gli specialisti ambulatoriali praticando la flessibilità dell'organizzazione del lavoro non solo come flessibilità di orari ma anche di luoghi di lavoro.

Prima di pensare al task Shifting con personale infermieristico e/o tecnico o alla delega ad altre professioni di funzioni proprie della professione medica, riteniamo che si dovrebbe affrontare seriamente l'integrazione tra medici/dirigenti sanitari dipendenti e specialisti ambulatoriali (convenzionati), abbattendo le deboli barriere che la rendono difficile.

Riteniamo che sia giunto il momento di superare rigide frammentazioni contrattuali tra medici che lavorano a vario titolo per il SSN: dipendenti, specialisti ambulatoriali, altri liberi professionisti, creando vasi comunicanti tra ospedale e territorio, con flussi bidirezionali regolamentati.

L'attuazione sarebbe già possibile fin da subito e in talune regioni già si verifica. Infatti, a fronte di CCNL per i dipendenti e ACNL per gli specialisti ambulatoriali, sono molte le caratteristiche in comune tra le due categorie. Tutti già ora condividono lo stesso datore di lavoro, gli stessi luoghi fisici di lavoro e gli stessi requisiti accademici (laurea e specializzazione) di accesso alla professione. In più l'ACNL degli specialisti ambulatoriali prevede anche la reperibilità e il lavoro notturno, nonché la possibilità di lavorare anche all'interno delle strutture ospedaliere.

Sarebbe così possibile diluire il disagio lavorativo (notti e turni festivi) tra un pool più ampio di medici e permettendo nello stesso tempo maggiore flessibilità sul lavoro sia in considerazione di esigenze transitorie e contingenti (ad esempio gestione di figli in età prescolare), oppure "stabili" quali ad esempio il "decennio "pre-pensione".

Dobbiamo adoprarci per condividere in prospettiva un contratto di lavoro unico per tutti i medici che lavorano per il SSN, premessa di una effettiva integrazione dei professionisti tra ospedale e territorio di possibile conciliazione di vita-lavoro.

Gli spunti illustrati devono essere obiettivi comuni, da perseguire all'unisono, a livello centrale e periferico, con tutte le risorse disponibili, compresi i CUG che possono dare un contributo strategico.

Dobbiamo adoprarci affinché i CUG, presenti per legge in ogni azienda, collaborino e diventino operativi e incisivi sui temi del benessere e della organizzazione del lavoro di loro specifica competenza.