

INDICE

Premessa	3
La questione di genere in chirurgia	5
Introduzione	8
Donne chirurgo	10
Tra esempi e teoria	22
La normativa sugli asili nido	24
Nido arcobaleno.....	26
La testimonianza di una moglie-madre-donna chirurgo	28
Conclusione.....	30

Premessa

Un pamphlet sul “gender issue”

Il tema del gender issue, cioè della necessità di garantire parità di genere sul posto di lavoro a fronte della presenza sempre più crescente di donne in ambito lavorativo, è molto attuale anche nel nostro Paese, incluso il settore medico-chirurgico.

Anche nel nostro mondo occorre prendere atto delle profonde trasformazioni avvenute negli ultimi anni. Nell’ambito delle facoltà di medicina, la quota femminile sta crescendo significativamente e non è una novità che oggi quasi il 60% di iscrizioni sia costituito da donne. Anche nelle scuole di specializzazione di chirurgia generale le donne stanno crescendo e oggi rappresentano quasi il 50% delle iscrizioni.

Il mondo della chirurgia deve quindi prendere atto di questo trend e prepararsi a un futuro nel quale le donne ricopriranno un ruolo sempre più importante, anche nei cosiddetti “posti di comando” come la direzione di strutture complesse (in cui la presenza femminile è ancora piuttosto esigua).

Penso, ad esempio, al bellissimo caso – raccontato recentemente dalla stampa – della dottoressa Tiziana Viora, prima donna piemontese e seconda in Italia a ricoprire l’incarico di primario di chirurgia generale (all’ospedale Santa Maria Vittoria) dopo aver superato alle selezioni la concorrenza di sette uomini.

La Società Italiana di Chirurgia intende portare questo tema all’attenzione sia del grande pubblico che delle istituzioni, e soprattutto adottare misure che siano in

grado di rendere l'ambiente di lavoro e la carriera professionale più adeguate alle esigenze di un mondo che diventa sempre più femminile.

Di recente la Società ha aperto a tutti gli specializzandi di chirurgia al ruolo di soci junior, senza pagamento della quota sociale, a testimonianza dell'apertura che la Società ripone ai cambiamenti che stanno interessando il mondo della chirurgia e all'attenzione verso i più giovani, comprese le donne.

Marco Montorsi

Presidente Società Italiana di Chirurgia

Rettore Humanitas University

La questione di genere in chirurgia

La questione del “genere” in chirurgia è ormai argomento di interesse comune. Women In Surgery (WIS) Italia nasce nel 2015 per far luce su un fenomeno già in corso, quello della rivoluzione delle proporzioni uomo/donna in chirurgia e affrontare i prevedibili cambiamenti ad essa correlati. WIS Italia si propone di sostenere e rappresentare le donne chirurgo in Italia attraverso diverse modalità: programmi di mentoring e di ricerca, formazione specialistica, creazione di una rete nazionale e internazionale di chirurghe, educazione alle pari opportunità nelle scuole e molto altro.

La Survey nazionale del 2015 diffusa ai chirurghi italiani ha dimostrato che l'appartenenza al genere femminile per un chirurgo è un problema che condiziona la scelta della specialità, la possibilità di formazione ad alto livello e la progressione di carriera (ospedaliera e accademica). I numeri sono inequivocabili: il 50% delle chirurghe ritiene di essere stata discriminata nel corso della formazione o professione a causa del proprio genere e il 63% di esse considera l'essere donna come un ostacolo alla progressione di carriera. Solo il 6% degli intervistati (uomo e donna) ha avuto come mentore di chirurgia una donna e ciò dimostra l'importanza di segnare la strada perché altre possano percorrerla.

A sbilanciare ulteriormente un precario equilibrio si aggiunge la “variabile invariabile”: la maternità. Il 45% delle intervistate ha figli ma il numero di questi è stato limitato, nel 53% dei casi, da motivi professionali. La maternità viene sostituita solo nel 34% dei casi, motivo per cui il 50% delle chirurghe rientra al lavoro entro 3 mesi dal parto e senza avere a disposizione infrastrutture adeguate (solo il 23% può

usufruire di un nido aziendale). Da questi dati siamo partite per studiare la realtà italiana e mettere le basi per futuri progetti.

L'accoglienza che l'Associazione ha avuto ci fa pensare di aver risposto a un'esigenza sentita da molte ma mai espressa: questo avviene sia in Italia che oltre confine dove, negli ultimi anni, le associazioni di donne chirurgo sono nate simultaneamente e, grazie alle piattaforme multimediali, si sono incontrate. Ciò ha permesso di allargare la rete e creare legami che possono sfociare in nuove opportunità professionali.

Il cambiamento che ci aspettiamo sarà su larga scala e avverrà inesorabile nei prossimi 10-15 anni: le chirurghe di domani dovranno essere formate, competitive, motivate e messe nelle condizioni di esprimere al meglio le proprie potenzialità nel mondo del lavoro, altrimenti il sistema collasserà.

Perché non ci sia più la necessità di parlare delle donne in chirurgia come di una "questione" è necessario un cambiamento culturale sia in ambito specialistico, come in corsia e in sala operatoria, dove ancora si percepisce la diffidenza verso la donna chirurgo, sia al di fuori delle mura ospedaliere, dove le infrastrutture a sostegno della genitorialità sono spesso insufficienti o modellate su lavori con orari più flessibili.

Fra gli obiettivi a lungo termine di WIS Italia c'è la costituzione del primo "WIS Italia MicroNido", con sede intraospedaliera, che avverrà in collaborazione con la Società Italiana di Chirurgia. Vogliamo integrare l'elevato valore educativo del nido con ciò che la struttura ospitante può offrire, quale il coinvolgimento di figure professionali specialistiche (ad esempio il cardiologo, l'ostetrica, il nutrizionista ecc.) nei progetti

educativi e la definizione di orari di apertura modellati sull'attività dei dipendenti ospedalieri per 7 giorni su 7.

Il secondo progetto di WIS si focalizzerà sugli aspetti legislativi che regolano le sostituzioni di maternità in chirurgia volendo introdurre, attraverso il sistema di un modello virtuoso, l'obbligatorietà della sostituzione della maternità.

Il binomio WIS Italia-SIC trova la collocazione ideale in un momento storico "maturo" per affrontare in modo attivo e propositivo il tema delle donne in chirurgia.

Isabella Frigerio

MD PhD

Co-fondatrice e presidente WIS Italia

Unità di Chirurgia del Pancreas Ospedale Pederzoli

Introduzione

Il sorpasso delle donne nella professione medica, in Italia, è solo questione di tempo. Pur rappresentando, infatti, ancora solo un terzo dell'intera popolazione medica e chirurgica, le donne si preparano a diventare la maggioranza. Già oggi, la prevalenza numerica degli uomini persiste infatti solo nella fascia d'età over 50, mentre sotto questa soglia quasi sei medici su dieci sono donne.

Ma la direzione intrapresa dal mondo medico italiano sembra chiara e incontrovertibile, soprattutto se si guarda al costante aumento del numero di donne iscritte ai corsi di specializzazione in Chirurgia Generale nei principali atenei del nostro Paese. Il numero di iscritte, come mostrano i dati riportati dettagliatamente nel primo capitolo di questo breve rapporto, negli ultimi anni non solo ha conosciuto una crescita costante, ma è giunto a superare in molti atenei la soglia del 60% (tanto da toccare addirittura in tre casi la stupefacente percentuale del 100%).

Ma per affrontare in maniera efficace questo fenomeno e non farsi trovare impreparati, occorrono nuove organizzazioni del lavoro, nuove politiche e nuove iniziative che tengano in considerazione le necessità e i bisogni delle donne. Sondaggi interni al mondo medico e chirurgico continuano a mettere in risalto come sussistano ancora nelle strutture ospedaliere dinamiche che penalizzano le donne. In primo luogo, difficilmente vengono riconosciuti alle donne gli impegni legati alla gravidanza e, successivamente, alla maternità. In secondo luogo, si evidenziano

comportamenti discriminatori in termini di progressione di carriera e possibilità formative (fino ad arrivare a vere e proprie situazioni di mobbing).

Per assecondare e favorire questo cambiamento in atto nel mondo medico, la Società Italiana di Chirurgia (SIC) propone di avviare un confronto con il nuovo Parlamento per adottare soluzioni concrete in tempi stretti. In primis, come associazione suggeriamo la creazione di asili nido aziendali per andare incontro ai bisogni organizzativi e personali dei dipendenti, senza trascurare i benefici che una misura del genere avrebbe sulla qualità del lavoro e sul clima che si sviluppa sul posto di lavoro.

Donne chirurgo

Le ultime statistiche fornite dal ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca relativamente agli iscritti alla specializzazione in Chirurgia Generale nei principali atenei italiani rivelano un notevole e costante aumento della componente femminile¹.

		Isritti Maschi	Isritte femmine	Totale	Maschi 1° anno	Femmine 1° anno	Totale	Percentuale donne 1° anno
2008/2009	Padova - Università degli studi	6	11	17	6	11	17	64,7%
2009/2010	Padova - Università degli studi	11	21	32	5	10	15	66,6%
2010/2011	Padova - Università degli studi	19	32	51	9	10	19	52,6%
2011/2012	Padova - Università degli studi	26	40	66	9	10	19	52,6%
2012/2013	Padova - Università degli studi	34	50	84	7	11	18	61,1%
2013/2014	Padova - Università degli studi	45	57	102	12	7	19	36,8%
2014/2015	Padova - Università degli studi	46	55	101	10	9	19	47,4%

¹ Scuole di specializzazione: Iscritti, ufficio di statistica Miur - <http://statistica.miur.it/scripts/postlaurea/vspecializzazione1.asp>

		Isritti Maschi	Iscritte femmine	Totale	Maschi 1° anno	Femmine 1° anno	Totale	Percentuale donne 1° anno
2008/2009 Milano - Università degli studi	Chirurgia Generale	51	39	90	8	10	18	55,5%
2009/2010 Milano - Università degli studi	Chirurgia Generale	2	5	7	0	3	3	100%
2010/2011 Milano - Università degli studi	Chirurgia Generale	48	48	96	7	10	17	58,8%
2011/2012 Milano - Università degli studi	Chirurgia Generale	52	44	96	8	6	14	42,8%
2012/2013 Milano - Università degli studi	Chirurgia Generale	54	47	101	9	8	17	47%
2013/2014 Milano - Università degli studi	Chirurgia Generale	52	46	98	9	7	16	43,7%
2014/2015 Milano - Università degli studi	Chirurgia Generale	59	51	110	10	10	20	50%
2008/2009 Torino - Università degli studi	Chirurgia Generale	45	30	75	7	3	10	30%
2009/2010 Torino - Università degli studi	Chirurgia Generale	35	37	72	0	10	10	100%
2010/2011 Torino - Università degli studi	Chirurgia Generale	26	21	47	7	5	12	41,6%
2011/2012 Torino - Università degli studi	Chirurgia Generale	33	26	59	5	7	12	58,3%
2012/2013 Torino - Università degli studi	Chirurgia Generale	32	37	69	5	6	11	54,5%
2013/2014 Torino - Università degli studi	Chirurgia Generale	33	33	66	9	3	12	25%
2014/2015 Torino - Università degli studi	Chirurgia Generale	8	18	26	8	10	18	55,5%

		Isritti Maschi	Iscritte femmine	Totale	Maschi 1° anno	Femmine 1° anno	Totale	Percentuale donne 1° anno
2008/2009 Bologna - Università degli studi	Chirurgia Generale	32	18	50	6	2	8	25%
2009/2010 Bologna - Università degli studi	Chirurgia Generale	29	21	50	4	4	8	50%
2010/2011 Bologna - Università degli studi	Chirurgia Generale	27	21	48	4	4	8	50%
2011/2012 Bologna - Università degli studi	Chirurgia Generale	24	22	46	3	5	8	62,5%
2012/2013 Bologna - Università degli studi	Chirurgia Generale	26	23	49	5	3	8	37,5%
2013/2014 Bologna - Università degli studi	Chirurgia Generale	28	23	51	4	5	9	55,5%
2014/2015 Bologna - Università degli studi	Chirurgia Generale	25	27	52	4	5	9	55,5%
2008/2009 Roma - Università degli studi "La Sapienza"	Chirurgia Generale	114	80	194	23	9	32	28,1%
2009/2010 Roma - Università degli studi "La Sapienza"	Chirurgia Generale	114	75	189	17	13	30	43,3%
2010/2011 Roma - Università degli studi "La Sapienza"	Chirurgia Generale	105	66	171	15	14	29	48,2%
2011/2012 Roma - Università degli studi "La Sapienza"	Chirurgia Generale	84	70	154	11	16	27	59,2%
2012/2013 Roma - Università degli studi "La Sapienza"	Chirurgia Generale	95	71	166	14	14	28	50%

2013/2014 Roma - Università degli studi "La Sapienza"	Chirurgia Generale	91	77	168	14	18	32	56,2%
2014/2015 Roma - Università degli studi "La Sapienza"	Chirurgia Generale	93	86	179	20	16	36	44,4%

		Iscritti Maschi	Iscritte femmine	Totale	Maschi 1° anno	Femmine 1° anno	Totale	Percentuale donne 1° anno
2008/2009 Napoli - Università degli studi "Federico II"	Chirurgia Generale	28	16	44	11	10	21	47,6%
2008/2009 Napoli - Università degli studi "Federico II"	Chirurgia Generale	36	21	57	12	8	20	40%
2008/2009 Napoli - Università degli studi "Federico II"	Chirurgia Generale	32	19	51	16	3	19	15,8%
2008/2009 Napoli - Università degli studi "Federico II"	Chirurgia Generale	63	35	98	12	8	20	40%
2008/2009 Napoli - Università degli studi "Federico II"	Chirurgia Generale	42	21	63	9	8	17	47%
2008/2009 Napoli - Università degli studi "Federico II"	Chirurgia Generale	81	34	115	13	7	20	35%
2008/2009 Cagliari - Università degli studi	Chirurgia Generale	11	17	28	1	4	5	80%
2009/2010 Cagliari - Università degli studi	Chirurgia Generale	10	15	25	3	1	4	25%
2010/2011 Cagliari - Università degli studi	Chirurgia Generale	6	19	25	0	4	4	100%

2011/2012 Cagliari - Università degli studi	Chirurgia Generale	6	17	23	1	1	2	50%
2012/2013 Cagliari - Università degli studi	Chirurgia Generale	8	14	22	2	1	3	33,3%
2013/2014 Cagliari - Università degli studi	Chirurgia Generale	8	12	20	1	1	2	50%
2014/2015 Cagliari - Università degli studi	Chirurgia Generale	11	9	20	2	1	3	33,3%

		Iscritti Maschi	Iscritte femmine	Totale	Maschi 1° anno	Femmine 1° anno	Totale	Percentuale donne 1° anno
2008/2009 Palermo - Università degli studi	Chirurgia Generale	15	18	33	7	9	16	56,2%
2009/2010 Palermo - Università degli studi	Chirurgia Generale	23	18	41	3	8	11	72,7%
2010/2011 Palermo - Università degli studi	Chirurgia Generale	23	23	46	6	5	11	45,4%
2011/2012 Palermo - Università degli studi	Chirurgia Generale	27	24	51	6	5	11	45,5%
2012/2013 Palermo - Università degli studi	Chirurgia Generale	31	26	57	7	4	11	36,3%
2013/2014 Palermo - Università degli studi	Chirurgia Generale	32	23	55	1	5	6	83,3%
2014/2015 Palermo - Università degli studi	Chirurgia Generale	40	35	75	6	8	14	57,1%
2008/2009 Catania - Università degli studi	Chirurgia Generale	32	26	58	6	5	11	45,4%
2009/2010 Catania - Università degli studi	Chirurgia Generale	29	28	57	4	6	10	60%

2010/2011 Catania - Università degli studi	Chirurgia Generale	35	30	65	11	3	14	21,4%
2011/2012 Catania - Università degli studi	Chirurgia Generale	34	28	62	7	6	13	46,1%
2012/2013 Catania - Università degli studi	Chirurgia Generale	41	28	69	7	6	13	46,1%
2013/2014 Catania - Università degli studi	Chirurgia Generale	35	30	65	3	7	10	70%
2014/2015 Catania - Università degli studi	Chirurgia Generale	42	31	73	12	5	17	29,4%

Nel periodo 2008-2015 donne al 48,3% degli iscritti alle scuole di specializzazione

Da un'analisi dei dati relativi al periodo 2008-2015 e riguardanti le università di Padova, Milano, Napoli, Bologna, Roma, Palermo, Catania, Cagliari e Torino, emerge che su 896 studenti iscritti al primo anno della specializzazione in Chirurgia Generale, 433 sono donne, ovvero il 48,3% degli iscritti. È una cifra molto significativa se si considera, come riportato da Women in Surgery – associazione fondata nel 2015 con l'obiettivo di sostenere e rappresentare le donne chirurgo – che «fino a non molti anni fa, il mestiere del chirurgo era una “cosa da uomini” e a questo ci eravamo un po' abituati»², mentre ora si assiste a numeri di donne in chirurgia in costante aumento.

² Dal sito di Women in Surgery Italia - http://www.womeninsurgeryitalia.com/WIS/CHI_SIAMO.html

I picchi di Torino, Cagliari, Milano, Palermo, Padova

Se il numero complessivo degli iscritti al corso di specializzazione in chirurgia generale rivela una quasi sostanziale parità di genere (48,3% donne e 51,7% uomini), dati significativi emergono se si guarda alla situazione dei singoli atenei. All'Università degli Studi di Torino, ad esempio, nell'anno accademico 2009/2010 il 100% degli iscritti alla specializzazione in Chirurgia Generale era costituito da donne. Stessa percentuale registrata all'Università di Cagliari nel 2010/2011 e all'Università degli Studi di Milano nel 2009/2010.

A Palermo, nell'anno accademico 2013/2014, su 6 iscritti ben 5 erano donne, mentre a Bologna le specializzande si attestavano al 62,5% nel 2011/2012. A Padova, negli anni accademici 2008/2009 e 2009/2010, le iscritte al corso di Chirurgia Generale erano più del 60%.

Dati che confortano perché mostrano come questa crescita della presenza della componente femminile non è influenzata da logiche Nord-Sud.

Verso una parità di genere in sala operatoria

Analizzando i dati più recenti forniti dall'ufficio di statistica del Miur, relativi all'anno accademico 2014/2015, emerge come a Padova la percentuale di iscritte si attesti al 47,4%, a Milano 50%, a Torino 55,5%, a Bologna 55,5%, a Roma 44,4%, a Napoli 35%, a Cagliari 33,3%, a Palermo 57,1% e a Catania 29,4%. La media nazionale delle iscritte alla specializzazione in chirurgia generale è del 45,3%.

Questi numeri sono una vera e propria rivoluzione nel panorama medico e chirurgico italiano. Molto presto in sala operatoria ci sarà una parità di genere.

I dati raccolti dal centro studi della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri confermano questo trend. Secondo il centro studi, dal 2014 al 2017, infatti, il tasso di crescita annuo dei medici uomini è stato dello 0,24% (1.505 unità), mentre per quanto riguarda le loro colleghe donne l'aumento è stato del 2,19% (9.946 unità)³.

Anno	Medici e chirurghi uomini	Medici e chirurghi donne	Totale
2014	208.939	148.255	357.194
2015	209.425	151.864	361.289
2016	210.337	155.539	365.876
2017	210.444	158.201	368.645

Analizzando i dati completi del 2016⁴, si nota come un cambiamento sia già in atto: di 155.740 medici under 50, il 57,2% (quasi sei su dieci) è donna mentre il restante 42,8% è uomo. Resta una prevalenza degli uomini solo a partire dalla fascia d'età over 55 (253.476 medici uomini e 170.567 medici donne).

Il dato conferma i possibili scenari futuri: considerato il trend positivo delle iscritte in università, considerato che il maggior gap tra i sessi in corsia persiste solo tra i medici e chirurghi con oltre 50 anni (e quindi avviati verso l'età pensionabile) e considerato che le donne medico sono già in netta maggioranza sotto i 50 anni di età, la direzione verso la quale si procederà nei prossimi anni sembra chiara e incontrovertibile.

Anche Anaaio Giovani, con un'indagine lanciata nel 2016, ha fornito informazioni molto rilevanti sull'occupazione di genere nelle corsie ospedaliere e sulle principali

³ Situazione nazionale iscritti suddivisi per anno e per sesso - FNOMCeO, 2017

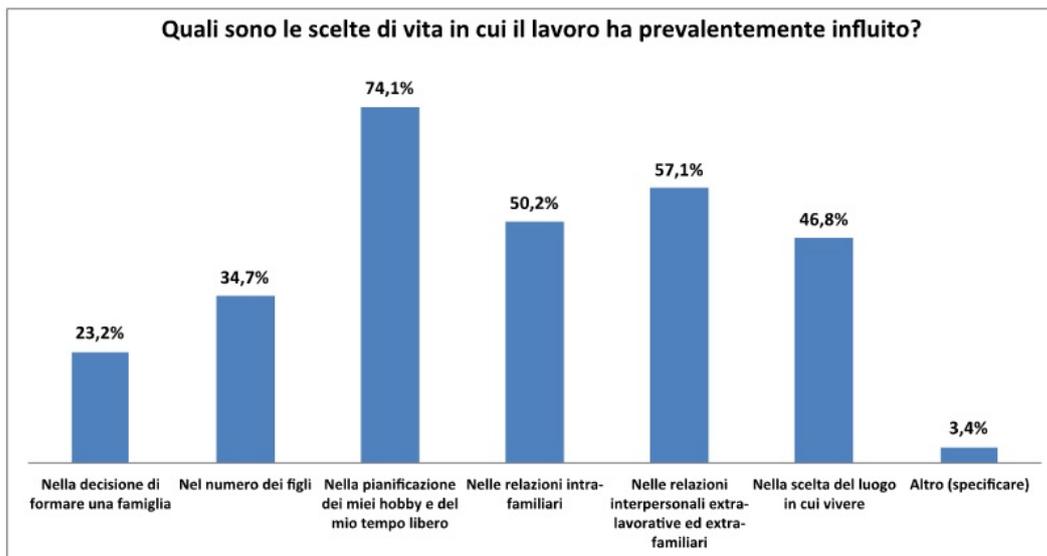
⁴ Iscritti all'ordine FNOMCeO, 2016 -

http://www.repubblica.it/salute/medicina/2017/01/24/news/le_donne_medico_in_in_italia_i_dati-156754020/

sfide che le donne si trovano a dover affrontare nel lavoro quotidiano⁵.

Risulta confermata la grande influenza che la carriera lavorativa ha sulle sfere della vita privata: per il 34,7% dei rispondenti il lavoro ha inciso sul numero dei figli avuti, per il 23,2% sulla decisione di formare una famiglia.

Grafico 3. Rapporto tra Lavoro e scelte di vita.

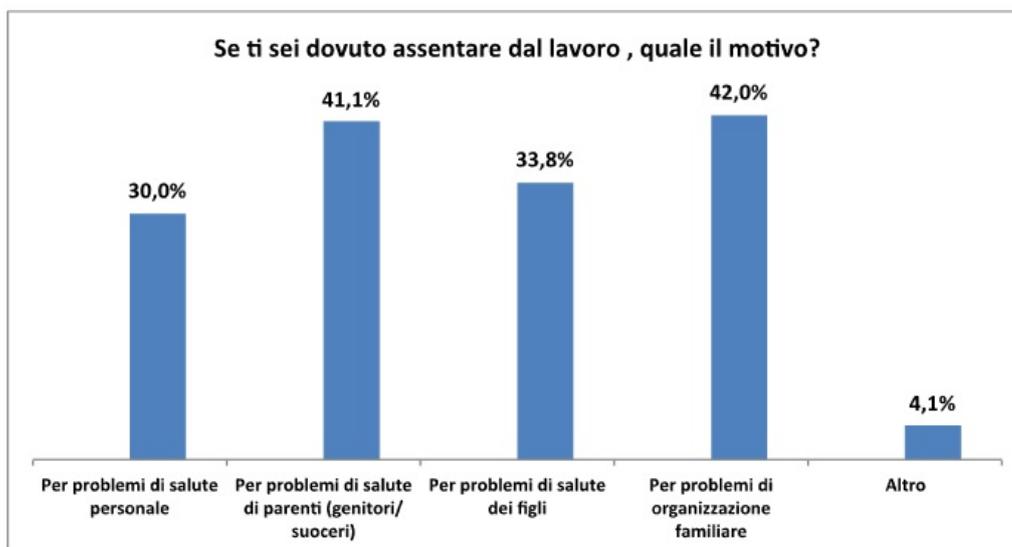


⁵ Gli ostacoli per una vita non solo di corsa: è anche una questione di genere?, Survey Anaaio Giovani - http://www.sanita24.ilsole24ore.com/pdf2010/Editrice/ILSOLE24ORE/QUOTIDIANO_SANITA/Online/_Oggetti_Correlati/Documenti/2016/12/13/genere_dicembre2016.pdf?uid=AD2ieLCC

Medici chirurghi e motivi di assenza dal lavoro

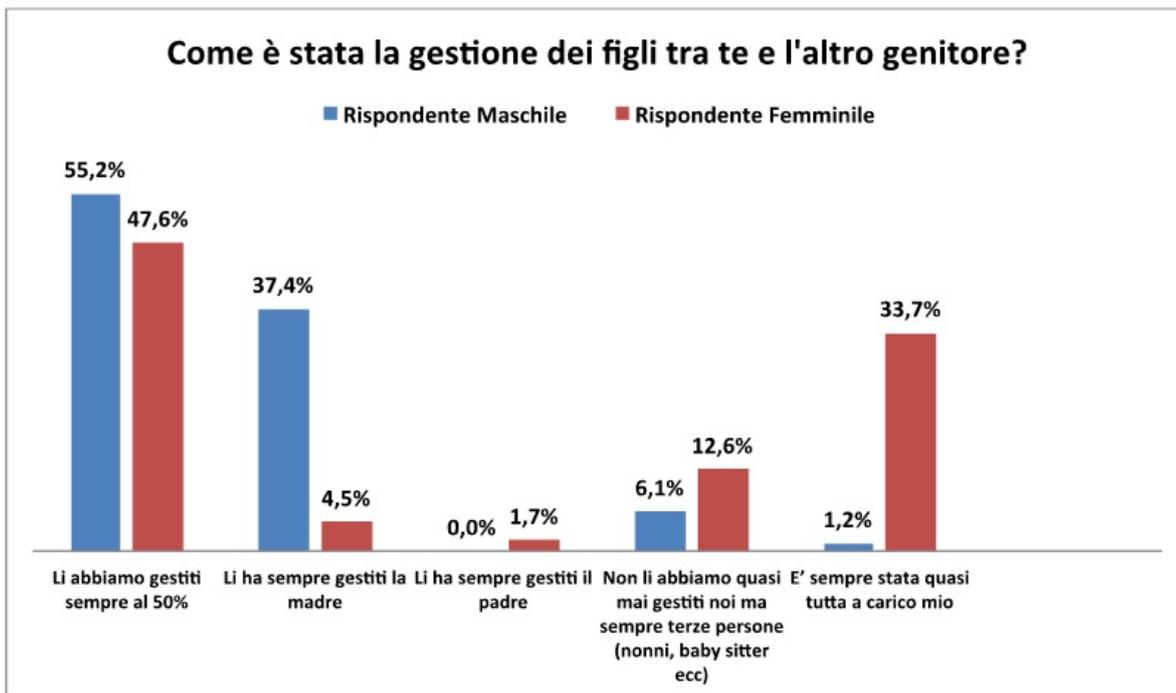
Interessanti anche i dati relativi ai motivi di assenza lavorativa. La principale ragione di assenza dal lavoro, sia negli intervistati di sesso maschile, che femminile, resta infatti la famiglia: problemi di salute di genitori/suoceri (41,1%), dei figli (33,8%) piuttosto che necessità organizzative familiari (42%).

Grafico 4. Motivi di assenza lavorativa.



Relativamente alla gestione dei figli, il sondaggio lascia intendere come le donne siano più svantaggiate dal punto di vista lavorativo, perché è su di loro che il più delle volte si scarica l'onere della gestione della prole: il 33,7% delle rispondenti avverte la gestione dei figli quasi sempre tutta a carico proprio.

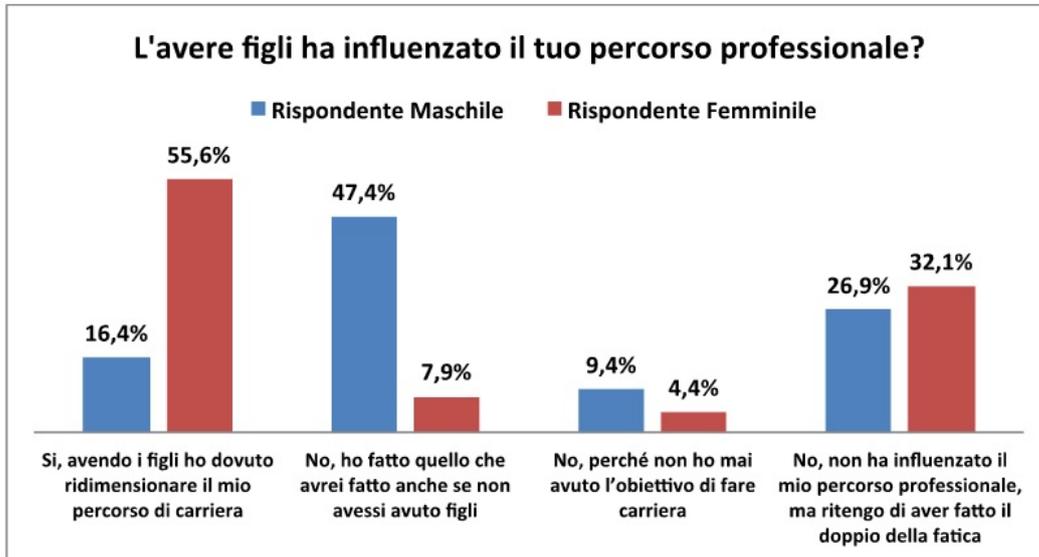
Grafico 5. La gestione dei figli nella conciliazione famiglia-lavoro.



Rapporto tra gravidanza, professione e *mobbing*

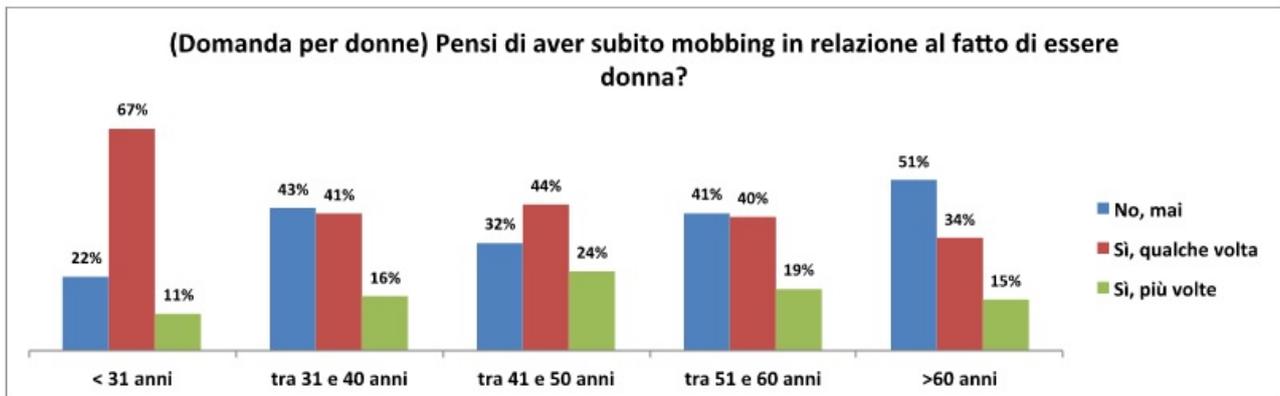
Se si collega, poi, l'influenza del percorso professionale con l'“avere figli”, i dati anche in questo caso dimostrano come le donne percepiscano la gravidanza come un evento che porti ad un ridimensionamento della carriera, un “handicap” dal punto di vista lavorativo: il 55,6% di loro ritiene che aver avuto figli abbia ridimensionato il proprio percorso di carriera, contro il 16,4% degli uomini.

Grafico 6. L'influenza del fattore "figli" nel percorso professionale.



Infine, un'alta percentuale di donne (soprattutto sotto i 31 anni) dichiara di aver subito mobbing in relazione al fatto di essere donna.

Grafico 7. La percezione del mobbing da parte del sesso femminile.



Tra esempi e teoria

A Milano chirurgia della mano in rosa

Già oggi nel mondo ospedaliero si assiste a reparti caratterizzati da una netta maggioranza femminile: un esempio lampante è quello della Chirurgia della Mano del gruppo MultiMedica di Milano, dove in un team di 18 chirurghi ben 12 sono donne. Chiara Parolo, una delle chirurghe del reparto, ha dichiarato in un'intervista alla rivista del Corriere della Sera "Io Donna": «Quando hai finito un turno di dodici ore in sala non torni a casa per sdraiarti sul divano, se ti aspetta una famiglia. Al rientro in ospedale dopo la gravidanza ho avuto un momento di crisi e ho temuto di non farcela, perché questo non è un lavoro in cui stacchi di punto in bianco se devi andare a prendere il bambino all'asilo. Conciliare tutto è possibile, però, se l'ambiente di lavoro lo consente: io ho orari flessibili per cui alcuni giorni sono immersa fino a tardi negli interventi, altri posso uscire nel pomeriggio ed essere tutta per mio figlio. In questo modo mi è permesso di valorizzare il mio essere donna, non mi si chiede di "comportarmi da uomo": non ovunque purtroppo è così, perciò tante colleghe mollano».

Infine, facendo riferimento ai pregiudizi che comporta essere una donna chirurgo, ha affermato: «Spesso dobbiamo fare uno sforzo supplementare rispetto agli uomini per guadagnarci la fiducia dei pazienti, che non sempre si sentono a proprio agio con un chirurgo donna, per di più giovane come nel mio caso. L'empatia femminile però aiuta a costruire un rapporto di fiducia che spesso, poi, diventa ancora più forte proprio perché ci siamo guadagnate la stima sul campo, con la nostra competenza. Certo è faticoso, se oltre alla professione si desidera una famiglia: lo scoglio c'è, inutile negarlo, e può diventare insormontabile se non si hanno aiuti domestici. Purtroppo nel nostro Paese manca un supporto adeguato: all'estero gli asili nido negli ospedali o nelle aziende sono una realtà

comune, in Italia una rarità»⁶.

I problemi principali che sembrano essere percepiti in questo contesto professionale cangiante sono due: innanzitutto «l'essere obbligate come donne ad adattarsi comunque ad un paradigma indubbiamente a dominanza maschile, e quindi a ricorrere, come scrivono alcune di loro, a vere e proprie "strategie mimetiche"». In secondo luogo, «accettare concezioni anche superate della medicina, organizzazioni del lavoro da ripensare, modelli comportamentali anacronistici». Lo sottolinea Ivan Cavicchi, docente di sociologia delle organizzazioni sanitarie e filosofia della medicina all'università Tor Vergata di Roma, in un articolo sul sito del Fatto Quotidiano⁷.

Scrive Cavicchi: «Le donne non solo sono più numerose degli uomini ma sono anche le intelligenze più fresche a disposizione del sistema, cioè sono il grosso delle nuove generazioni al quale non si può continuare a proporre modelli di medicina omeostatici e invariati. In questo senso le donne rappresentano, in quanto comunque nuove risorse intellettuali, la parte "impermanente" del sistema, quindi il bisogno di cambiamento, nei confronti della parte "permanente", cioè dell'ortodossia, della conservazione e dell'invarianza». Infine, il docente conclude ponendo la sfida politica che oggi la maggioranza al femminile dei medici si trova ad affrontare: «Medicina invariata o altra medicina. Do per scontato l'inevitabilità di una battaglia per i diritti delle donne, ma oggi la medicina ha bisogno di cambiare, per cui sarà interessante capire come le donne medico affronteranno il cambiamento. Se esse, come io spero, saranno portatrici di una nuova qualità della medicina esse diventeranno un fenomeno degno di questo nome e non semplicemente un turnover di genere e i dottori uomini vi si dovranno adeguare».

⁶ Medici under 35: le donne superano gli uomini, lo Donna - <http://www.iodonna.it/attualita/in-primopiano/2016/01/12/medicina-le-donne-medico-superano-maschi/>

⁷ Sanità: sempre più donne medico, ma a quali condizioni?, Ivan Cavicchi, <https://www.ilfattoquotidiano.it/2013/09/03/sanita-sempre-piu-donne-medico-ma-a-quali-condizioni/699979/>

La normativa sugli asili nido

L'asilo nido è un servizio regolato da un notevole numero di leggi, a livello nazionale ma soprattutto regionale. La normativa regola la creazione di asili nido, l'accesso al lavoro e altri aspetti.

La legge n. 1044 del 6 dicembre 1971 ("Piano quinquennale per l'istituzione di asili-nido comunali con il concorso dello Stato") istituisce in Italia l'asilo nido come noi lo conosciamo tutt'ora, cioè come un «servizio sociale di interesse pubblico» (Art.1). Lo scopo principale dell'asilo nido è «provvedere alla temporanea custodia dei bambini, per assicurare una adeguata assistenza alla famiglia e anche per facilitare l'accesso della donna al lavoro nel quadro di un completo sistema di sicurezza sociale» (Art.2). In altre parole, l'asilo nido è per la legge n. 1044/71 ancora un servizio principalmente di custodia e assistenza, centrato maggiormente sui bisogni degli adulti, della società, dello sviluppo delle opportunità lavorative (in particolare della donna).

Questa legge rappresenta pur sempre un balzo in avanti rispetto all'Opera Nazionale Maternità e Infanzia (l'ente assistenziale italiano che fu fondato nel 1925 allo scopo di proteggere e tutelare madri e bambini in difficoltà), ma i bisogni educativi dei bambini sono secondari rispetto al bisogno di cura e sicurezza.

Il grande merito di questa legge è di aver incentivato la realizzazione diffusa (tramite appositi finanziamenti) dei primi asili nido comunali.

Inoltre, la legge n. 1044 del 1971, all'art. 6 (comma 3), precisa che gli asili devono «essere dotati di personale qualificato sufficiente ed idoneo a garantire l'assistenza sanitaria e psico-pedagogica del bambino». Questo apre la porta alla nuova figura dell'educatore/educatrice di asilo nido così come noi la conosciamo (diversa da quanto previsto nell'ONMI).

Su questo punto si inseriranno, tra l'altro, le successive leggi regionali che, a

partire dal 2000, cioè dall'entrata in vigore della legge 328/2000 che assegna alle regioni la materia di competenza degli asili nido, ridefiniscono parte delle caratteristiche degli asili nido e puntualizzano i requisiti per le educatrici.

Il 13 luglio 2015 è stata pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale la legge n. 107/2015, cosiddetta "riforma della Buona Scuola", che tra le varie azioni riforma anche gli asili nido e i servizi per l'infanzia, in particolare tramite la definizione del "sistema integrato 0-6 anni" (art. 181, comma e) e una serie di cambiamenti relativi alla figura dell'educatore di nido d'infanzia e del coordinatore pedagogico dei servizi per l'infanzia. La legge 107/2015, in riferimento agli asili nido, è in realtà una legge delega, con cui il Governo si impegna a definire, con appositi decreti attuativi, i vari punti elencati. Al momento mancano sia tali decreti, sia soprattutto le coperture finanziarie per renderli attivi.

Vi sono naturalmente molte altre leggi nazionali che disciplinano il funzionamento degli asili nido. E' tuttavia fondamentale ricordare la legge n. 104 del 5 febbraio 1992: "Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate".

Le leggi regionali, poi, sono dedicate principalmente all'applicazione pratica, su ciascun territorio, di aspetti della legge n. 104/71.

Nido arcobaleno

Prendendo atto della metamorfosi nel panorama medico-chirurgico e per facilitare quindi la transizione dal periodo di maternità al reinserimento lavorativo, un'ipotesi di soluzione sarebbe l'istituzione di asili nido interaziendali. A tal proposito, nei prossimi mesi la Società Italiana di Chirurgia (SIC) avvanzerà al Ministero della Salute una proposta di sondaggio tra i chirurghi sul livello di gradimento di questo servizio.

In primo luogo i genitori saranno chiamati a esprimere la propria opinione sull'apertura di un nido aziendale in ospedale. Successivamente si indagherà sull'effettiva utilità percepita di un asilo aziendale e sul motivo per il quale un genitore dovrebbe sceglierlo a discapito di un nido "normale".

Infatti, tra gli obiettivi preposti dall'introduzione di un nido aziendale vi è non solo la conciliazione delle esigenze delle famiglie con gli orari di lavoro, ma anche la costruzione di un rapporto di fiducia tra azienda e dipendenti quale è la cura dei propri figli.

Un'iniziativa del genere, inoltre, porterebbe vantaggi concreti sia al personale dipendente, sia all'azienda. Per i lavoratori ridurrebbe lo stress derivante dai tempi di trasferimento, evitando infatti un allungamento nel tragitto casa-lavoro per accompagnare i figli all'asilo nido. Ma oltre a conciliare gli impegni di lavoro con le esigenze familiari, questa misura consentirebbe di anticipare il rientro dalla maternità. Questo aspetto, unitamente ad altre problematiche, scoraggia spesso il rientro delle donne nel mercato del lavoro dopo la gravidanza.

Difficoltà di conciliazione famiglia-lavoro, orari e organizzazione del lavoro poco amichevoli, una divisione del lavoro familiare tra madri e padri ancora asimmetrica, servizi per la prima infanzia scarsi e costosi, oltre a mancati rinnovi di contratti precari o a tempo determinato spingono molte neo-madri a rinunciare

almeno temporaneamente all'occupazione, salvo trovare difficoltà a rientrare più avanti. Tutto ciò ha un impatto sul livello di retribuzione.

Secondo il rapporto 2017 dell'Inps, mediamente, un anno dopo aver fatto un figlio, le donne perdono il 10% della busta paga. Dopo due anni invece si arriva a guadagnare il 35% in meno. Molte volte questi fattori inducono una donna su quattro a lasciare il lavoro nei 24 mesi successivi alla nascita di un figlio⁸.

Anche l'azienda trarrebbe vantaggio dagli asili nido: vi sarebbe innanzitutto una riduzione delle ragioni di assenteismo sul lavoro. Poi potrebbe portare a un aumento della motivazione dei lavoratori con bambini piccoli e ne genererebbe dunque un ritorno positivo in termini di produttività aziendale. Questo servizio di qualità, infine, produrrebbe un miglioramento complessivo dell'atmosfera nel luogo di lavoro.

Per quanto riguarda il personale, gli operatori del nido saranno professionisti esperti nella cura del neonato che verranno inseriti in un contesto appositamente studiato, con adeguato arredamento e giocattoli adatti per ogni età. Un altro fattore da considerare è relativo alla proporzione tra il numero di bambini e adulti responsabili. In questo caso, le norme a cui fare riferimento sono di competenza regionale, variando per tutta Italia, ma in generale le camere infantili non dovrebbero avere più di sei-otto bambini con due-tre adulti.

Particolare attenzione verrà destinata all'igiene degli ambienti del nido.

⁸ Chiara Saraceno - Un figlio o il lavoro: diventare madre comporta un taglio del salario del 35%, Repubblica - http://www.repubblica.it/economia/2017/07/05/news/un_figlio_o_il_lavoro_diventare_madre_comporta_un_taglio_del_salario_del_35_-170036280/

La testimonianza di una moglie-madre-donna chirurgo

Scegliere la specializzazione in chirurgia generale nel 1994 fu per me una scelta “obbligata”. Sì, obbligata perché non avrei potuto scegliere altro. Ero attratta dalla chirurgia già durante il tirocinio al 4° anno di medicina. Inutile raccontare i tentativi degli amici e familiari di dissuadermi da una scelta che, secondo alcuni, non mi avrebbe consentito di avere una vita privata, un marito, i figli.

Certo, i sacrifici che una donna chirurgo affronta quotidianamente sono molteplici. E lo sono ancor di più quando si ricoprono ruoli di responsabilità. Far quadrare l'attività di un reparto, nel mio caso la direzione della senologia, non è impresa facile. Oltre alla sala operatoria ti ritrovi a dover fare i conti con la burocrazia, a elaborare ogni giorno strategie al fine di concretizzare la spesa sanitaria in modo proficuo tagliando gli sprechi. Organizzi i turni del team, rispondi alle esigenze del personale infermieristico e soprattutto, sempre con un sorriso, rispondi alle necessità e ai quesiti delle pazienti affette da cancro alla mammella.

Quando la giornata volge al termine vesti i panni della moglie ma soprattutto, se il tuo compagno è abbastanza comprensivo nel rispettare il tuo ruolo di professionista, ricopri principalmente il ruolo di madre. I figli pretendono a ragione attenzioni e tu contestualmente vuoi esserci, cerchi di recuperare il tempo sottratto. Ti affanni affinché anche a casa tutto sia perfetto. Sei pronta a ottemperare a ogni loro esigenza e la giornata non ti basta mai.

Le privazioni ricadono sui rapporti con le amiche, non hai tempo da dedicare a te

stessa. La palestra, una passeggiata, lo shopping rimangono sempre tra le cose che ti piacerebbe fare ma che sei costretta a rimandare. Forse ti puoi concedere giusto un trattamento decontratturante dopo infiniti turni di sala operatoria.

A volte la stanchezza fisica e mentale hanno il sopravvento. E non potendo disporre di uno spazio per il tempo libero, può fare capolino un pensiero triste misto alla voglia di riprendere un po' in mano la tua vita. Ma qual è la tua vita? Anzi cosa sarebbe la tua vita senza la chirurgia?

Ecco, quando sei un chirurgo innamorato della chirurgia, quando hai fatto questa scelta per amore e sai bene che non avresti potuto scegliere altro, ogni pensiero negativo svanisce. Ricominci con l'entusiasmo di sempre.

E se ogni tanto sei manchevole nei confronti delle persone che ami di più, avrai comunque trasmesso loro, soprattutto ai figli, questo sentimento di abnegazione e dedizione verso una professione complessa ma ricca di soddisfazioni.

Francesca Catalano

Vicepresidente Società Italiana di Chirurgia

Direttrice Unità Operativa Complessa Multidisciplinare di Senologia Ospedale Cannizzaro

Conclusione

Il percorso è tracciato. Come si evince dai dati riportati, la questione di genere nelle corsie ospedaliere avrà anno dopo anno un peso maggiore ed è quindi giunto il momento di sviluppare nuove politiche, nuove iniziative e una nuova organizzazione del lavoro che possa tener conto dei bisogni e delle necessità dei medici donna.

In questo contesto si inserisce la proposta dei nidi arcobaleno interaziendali che verrà avanzata nei prossimi mesi dalla Società Italiana di Chirurgia (SIC) al Ministero della Salute. Si tratterebbe di un primo passo molto importante, un miglioramento delle condizioni di lavoro delle donne che avrebbe ripercussioni positive sia sui dipendenti sia sull'azienda ospedaliera.

Con rispetto, ma anche con la certezza di conoscere approfonditamente l'ambito lavorativo nel quale operiamo, ci rivolgiamo alle istituzioni affinché questi dati e queste brevi considerazioni possano essere spunto di azione concreta per il neo-ministro della Salute, per il nuovo Parlamento e per la stampa, in un'ottica di sensibilizzazione della politica e dell'opinione pubblica a questa delicata questione.

Ufficio stampa



Via Sistina 121 - 00187 Roma

tel. 06.47818435-6 – info@theskill.eu

www.theskill.eu