

BOLLETTINO NOTIZIARIO

ANNO XLIX - SUPPLEMENTO DOSSIER 1/2018

CONVEGNO

QUESTIONE MEDICA AL FEMMINILE

Giornata Di Studio Promossa dall'OMCeO Bologna

SABATO 19 MAGGIO 2018

Presso la Sala Conferenze

Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Bologna,

Via G. Zaccherini-Alvisi 4, Bologna

SUPPLEMENTO AL BOLLETTINO NOTIZIARIO 10/2018 - SPEDIZIONE IN ABBONAMENTO POSTALE 70% - CN BO

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA
DIREZIONE E AMMINISTRAZIONE: VIA ZACCHERINI ALVISI, 4 BOLOGNA - TEL. 051.399745
ISSN 2281-4744 (edizione a stampa) - ISSN 2281-4825 (edizione digitale)



BOLLETTINO NOTIZIARIO



**ORGANO UFFICIALE
DELL'ORDINE
DEI MEDICI CHIRURGI
E DEGLI ODONTOIATRI
DI BOLOGNA**

DIRETTORE RESPONSABILE

Dott. Alessandro Nobili

CAPO REDATTORE

Dott. Andrea Dugato

REDAZIONE

Abbati dott. Pietro
Balbi dott. Massimo
Bondi dott. Corrado
Cernuschi dott. Paolo
Fini dott. Oscar
Lumia dott. Salvatore
Pileri prof. Stefano

I Colleghi sono invitati a collaborare alla realizzazione del Bollettino. Gli articoli, seguendo le norme editoriali pubblicate in ultima pagina, saranno pubblicati a giudizio del Comitato di redazione.

Publicazione mensile
Poste Italiane Spa -
Spedizione in abbonamento postale 70% -
CN BO

Autorizzazione Tribunale di Bologna
n. 3194 del 21 marzo 1966

Editore: Ordine Medici Chirurghi
ed Odontoiatri Provincia di Bologna

Fotocomposizione e stampa:
Renografica - Bologna

Direzione, redazione e amministrazione:
via Zaccherini Alvisi, 4 - Bologna
Tel. 051 399745

www.odmbologna.it

CONVEGNO

QUESTIONE MEDICA AL FEMMINILE

Giornata Di Studio Promossa dall'OMCeO Bologna

SABATO 19 MAGGIO 2018

Presso la Sala Conferenze

Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Bologna, Via G. Zaccherini-Alvisi 4, Bologna

RELAZIONI

Margherita Arcieri - Presidente AIDM, Associazione Donne Medico Bologna *Introduzione ai lavori*

Ivan Cavicchi - Docente Università Tor Vergata, Roma *La questione medica*

Giuliana Schlich - Consigliera OMCeO Bologna *Impatto sulla libera professione odontoiatrica*

Anna Esquilini - Consigliera OMCeO Bologna *Impatto sull'attività 118*

Mirka Cocconcetti - Componente Commissione OMCeO Bologna *Impatto sulla libera professione medica visto da una chirurga*

Paola Di Rocco - Segretario OMCeO Campobasso *Impatto su attività ospedaliera in Molise*

Maria Erminia Bottiglieri - Presidentessa OMCeO Caserta *Impatto sull'attività ospedaliera in Campania*

Anna Maria Ferrari - Presidentessa OMCeO Reggio Emilia *Impatto sull'attività ospedaliera in Emilia-Romagna*

Maria Assunta Ceccagnoli - Presidentessa OMCeO PE *Impatto sulla professione in Abruzzo*

Teresita Mazzei - Presidentessa OMCeO Firenze *Formazione e medicina di genere*

Anna Maria Calcagni - Presidentessa OMCeO Fermo *L'Enpam e la previdenza*

Monica Oberrauch - Presidentessa OMCeO Bolzano *Impatto sulla professione in una provincia autonoma*

Roberta Chersevani - Presidentessa OMCeO Gorizia *Impatto sulla professione in Friuli Venezia Giulia e leadership al femminile*

Giovanni Leoni - Vicepresidente Comitato Centrale FNOMCeO: *Le proposte in discussione sulla questione medica al femminile*

Maria Luisa Agneni - Pneumologa Specialista Ambulatoriale ASL *Riflessioni sulla questione medica al femminile*

Caterina Manca - Ausl Bologna Presidente Commissione Sanità Comune di Bologna *La violenza sugli operatori sanitari: un fenomeno in crescita*

Gabriella Minenna - Medico Psichiatra *La prevaricazione maschile. In aumento?*

INTERVENTI

Ornella Mancin - dell'OMCeO Venezia

Gemma Brandi - Medico Psichiatra

Stefania Alfieri - Medico Ginecologa AIDM Bologna

Ornella Cappelli - OMCeO Parma

Andrea Valeri - Omeopata

CONCLUSIONI

Ivan Cavicchi Docente Università Tor Vergata Roma

MODERATORE

Dottor Giancarlo Pizza Presidente dell'OMCeO Bologna

Dott. Giancarlo Pizza:

Buongiorno a tutti e grazie per essere intervenuti a questo appuntamento segnato da una tematica affrontata con un approccio diverso, importante, sottolineato dalla stessa caratterizzazione del titolo “Questione medica al femminile”. Essendo l’argomento di vasta portata, cerco io stesso di non essere ingombrante, attenendomi al mio ruolo di moderatore e porgendo subito la parola alla Dottoressa Arcieri.

Dott.ssa Margherita Arcieri:

Buongiorno a tutti, a tutte – prevalentemente – e a tutti. Vi ringrazio per l’adesione all’invito del nostro presidente dottor Pizza, a partecipare a questa giornata sulla Questione medica al femminile, tema molto importante, molto attuale e direi molto caldo, che oggi va sviscerato in tutte le sue sfaccettature.

È noto che vi è consapevolezza e coscienza comune del fatto che la componente femminile nella professione medica è in aumento rispetto alla componente maschile, per cui si verificherà una vera e propria transizione di genere. Ma questa transizione non deve essere soltanto di tipo numerico, quindi della componente numerica, ma deve essere una transizione che riguarda anche tutti gli aspetti della professione sul piano scientifico, nelle attività istituzionali ed anche nelle attività manageriali delle varie Aziende Sanitarie.

Tralasciando i luoghi comuni e gli stereotipi che si sono creati attorno alla figura della donna medico spesso accusata di *maternage* per il fatto che riesce a stabilire con il paziente l’empatia che è alla base della relazione medico paziente, quindi della relazione d’aiuto, quello che deve emergere oggi, da questa giornata, è che il merito e le capacità professionali devono andare oltre il genere. Quindi il merito e le capacità professionali non devono essere influenzati dal genere ma devono totalmente essere indipendenti.

Come donna medico e come Presidente dell’Associazione Italiana Donne Medico, sezione di Bologna, mi rifaccio a quelli che sono i principi dello Statuto dell’Associazione e, se guardate l’articolo 2, lo scopo dell’As-

sociazione è la valorizzazione del lavoro della donna medico in campo sanitario.

Valorizzare perché? Perché la donna spesso viene penalizzata nella sua attività professionale. Poche donne riescono a raggiungere dei ruoli apicali, pochissime riescono quindi a diventare direttore o primarie di struttura, soprattutto in alcune branche della medicina che sono di completo appannaggio della componente maschile, come per esempio le chirurgie, in particolare la neurochirurgia e la cardiocirurgia.

Ho conosciuto colleghe che lavorano nelle varie cardiocirurgie, le quali mi dicevano, appunto in base alla loro esperienza, che le donne cardiocirurghe vengono relegate spesso a mansioni di reparto o ad essere di supporto in sala operatoria. Ciò è veramente molto sconcertante perché non dovrebbe accadere, ma purtroppo queste discriminazioni succedono ancora.

La dottoressa Giuliana Schlich, che relazionerà dopo, ha redatto – in collaborazione con me – un questionario che è stato inviato a 1.050 donne medico iscritte all’Ordine dei Medici di Bologna, nella fascia di età fra i 25 e 45 anni, allargato anche ad altri ordini, fra i quali l’Ordine di Bolzano che è quello che ha ricevuto più risposte.

Sono state fatte domande specifiche riguardo ad alcune tematiche importanti, per esempio, quella della discriminazione degli incarichi che recita: *A suo giudizio vi sono discriminazioni nell’assegnazione di incarichi di base?*

Il 56,5% sul totale di 145 dottoresse che hanno risposto, quindi 82 dottoresse, ritiene che vi sia una discriminazione nell’assegnazione di mansioni e competenze, perché ritenute principalmente maschili.

Il 43,5%, quindi 63 dottoresse su 145, non ritiene invece che esista alcuna discriminazione negli incarichi.

Anche nel trattamento economico vi sono delle disparità e di queste disparità io stessa ho esperienza, perché l’ho vissuta in pieno. È una cosa veramente molto spiacevole, perché gli ambienti lavorativi non tengono in considerazione quelle che sono le effettive capacità, attitudini e competenze professionali delle donne medico che vengono perciò pe-

nalizzate spesso nel trattamento economico. Da questo questionario è emerso che il 66,8%, quindi 97 dottoresse su 145, ha risposto che non riscontrano una diversità sotto il profilo economico. Il 23,4%, quindi 34 dottoresse, riscontra invece una disparità. Il restante 9,8%, cioè 14 dottoresse, si è astenuto. Altro aspetto molto importante è che la donna medico ha delle difficoltà a conciliare il lavoro e la famiglia, per cui spesso rinuncia a formare una famiglia, rinuncia a procreare dei figli, oppure genera soltanto un figlio e questa è una forte penalizzazione.

In questo questionario che abbiamo redatto, alla domanda se ha figli e se la maternità è venuta prima o dopo la laurea, il 65,5%, quindi 95 dottoresse, ha risposto che ha avuto dei figli, e tra queste il 94,7%, cioè 90 dottoresse, li ha avuti dopo la laurea; 50 dottoresse hanno risposto che non hanno avuto figli: su 145 dottoresse, un terzo non ha avuto figli. Non conosciamo le motivazioni di questa condizione, che può dipendere anche dalla stessa fascia d'età del campione intervistato, perché a causa della difficoltà di inserirsi nel mondo del lavoro, la procreazione dei figli forse viene rimandata a un'età più avanzata.

Avere dei figli ha penalizzato il suo ruolo professionale? Il 70,5%, cioè 67 delle 95 dottoresse che hanno avuto figli, ritiene che l'aver messo al mondo i figli le abbia penalizzate, mentre il 29,5%, quindi 28 dottoresse sulle 145 non ritiene, invece, che la maternità abbia avuto modo di influire sulla professione.

Queste difficoltà si verificano soprattutto quando la donna, dopo una prolungata assenza per maternità oppure dopo un periodo di aspettativa, perché non dobbiamo dimenticare che le donne medico, oltre a dover conciliare lavoro e famiglia – come le donne in generale –, sono anche *caregivers* di genitori anziani oppure di familiari disabili. Quindi, dopo questi periodi, il rientro al lavoro è molto più difficile. Il percorso è nettamente in salita, perché si trovano difficoltà e degli ostacoli non solo nel reinserimento ma anche nella crescita professionale.

Altro tema molto importante che oggi deve emergere ed essere sviluppato è la violenza di genere, di cui parlerà la dottoressa Caterina

Manca. La violenza di genere e, soprattutto, la violenza nei posti di lavoro può avere varie forme: molestie, *mobbing* o anche forme di violenza fisica e di ricatti sessuali. È stato accertato che negli ultimi anni ci sono state 1.444.000 molestie sui posti di lavoro e questi sono dati veramente allarmanti. Bisogna cercare assolutamente di debellare e sradicare questo fenomeno alla base.

È vero che l'Associazione Italiana Donne Medico ha cercato sempre di farsi promotrice dei codici rosa e dei percorsi rosa che sono nei vari Pronto Soccorsi, dove la donna che ha subito violenza viene assistita da un team multidisciplinare che la accoglie sotto tutti gli aspetti, compreso anche l'aspetto medico legale. Questa è, però, una tutela che viene data e garantita alla donna soltanto quando la violenza è perpetrata, mentre noi dovremmo cercare di sensibilizzare l'opinione pubblica, le classi dirigenziali, le classi politiche e cercare di formare tutti gli operatori sanitari, in particolare formare i medici, affinché si possa intervenire prima che sia compiuta. Bisogna implementare tutti gli strumenti per fare in modo che quando c'è già sentore di una violenza che si potrebbe verificare, o se c'è una richiesta di aiuto, si cerchi di prevenire la violenza prima che si manifesti.

È un tema importante, perché in alcuni luoghi di lavoro, come nelle guardie mediche oppure nei presidi psichiatrici, sono successe già tante tragedie e tanti tipi di violenza, che dobbiamo trovare assolutamente modo di debellare.

Nel questionario, alla domanda se hanno subito molestie o *mobbing* il 28,9% ha risposto sì. Quindi 42 delle 145 dottoresse hanno dichiarato di aver subito delle molestie o di essere state oggetto di pratiche di *mobbing*. Il 71,1%, cioè 103 dottoresse, invece, non è stato oggetto di abusi fisici o psicologici.

Su un piccolo campione di 145 dottoresse, questo dato – condividerete – non è di poco conto. Bisogna quindi cercare di garantire la sicurezza e tutelare le donne medico sui posti di lavoro, facendo azioni, promozioni che cerchino di prevenire assolutamente abusi e violenze.

Abbiamo oggi, qui presenti con noi, 11 Presi-

denti donne degli Ordini provinciali, nessuna delle quali è nel comitato centrale e ci chiediamo il perché. Quali sono le motivazioni alla base di questa assenza? Non so rispondere, ma la presenza delle donne in quella sede, per la sensibilità rispetto ai temi della violenza, della discriminazione e rispetto a tutti i temi che ho prima descritto, avrebbe fatto sì che fossero affrontati e fossero elaborate proposte per contribuire alla formazione di leggi idonee e confacenti affinché questi fenomeni vengano sradicati, debellati o perlomeno ridotti.

Volevo parlare anche della medicina di genere, ma ne parlerò poi la dottoressa Mazzei, mi limiterò quindi a un minimo accenno. La medicina di genere, spesso misconosciuta oppure identificata da molti come la medicina che riguarda le differenze anatomiche, a carico quindi degli organi genitali, è in realtà la medicina che identifica le differenze anatomofisiopatologiche in ambedue i sessi. Da questa definizione già si evince quanto sia importante che vengano effettuati dei percorsi di diagnosi, di cura specifici e dei percorsi specifici di ricerca, soprattutto perché attualmente la ricerca riguarda soltanto la componente maschile e la componente femminile è assente: quindi questo ambito di ricerca deve essere sviluppato. Sicuramente la dottoressa Mazzei poi ne parlerà.

La legge Lorenzin all'art. 3, recuperando l'emendamento Boldrini, prevede che il Ministero della Salute entro 12 mesi dalla sua approvazione predisponga un piano volto alla diffusione della medicina di genere mediante divulgazione, formazione e indicazioni di pratiche sanitarie che nella ricerca, prevenzione, diagnosi e cura tengano conto delle differenze derivanti dal genere, al fine di garantire la qualità e l'appropriatezza della prestazione. Soprattutto l'appropriatezza delle cure perché, ripeto, essendo la ricerca riservata soltanto agli uomini, la donna per tutte le problematiche ormonali non riesce ad avere delle cure appropriate. Con questa legge la medicina di genere dovrebbe entrare a pieno titolo nel Servizio Sanitario Nazionale e speriamo che entri anche nelle Università italiane, perché nel corso di Laurea in Medi-

cina, fra le tante discipline dovrebbe essere inserita la medicina di genere. Al momento esiste soltanto a Padova e a Ferrara e si spera che possa essere introdotta anche in altre Università.

Dott. Giancarlo Pizza:

Grazie Margherita. Passiamo subito la parola al professor Cavicchi, uno dei pochi uomini che parlerà.

Prof. Ivan Cavicchi:

Buongiorno a tutti. Vorrei partire da un valore, dal valore di questa iniziativa. Non è la prima iniziativa di discussione sulla femminilizzazione della medicina perché, se ricordo bene, il primo convegno OMCEO su questo tema è del 2008, svoltosi a Caserta. Questo incontro ha una particolarità che vorrei sottolineare perché è la sua caratteristica principale. È il tentativo di prendere una questione, la femminilizzazione della medicina, come viene chiamata, toglierla dal suo isolamento, e metterla dentro una grande questione che si chiama "questione medica".

Questa è un'operazione importante e voglio dare atto al mio amico Giancarlo di averla pensata. Se la questione della femminilizzazione viene esaminata in modo separato dal resto, al massimo finisce con il tirare fuori dei problemi di tipo contrattuale, legittimamente contrattuali. Ma se la questione viene esaminata nel contesto della crisi di una professione diventa un'altra cosa. La questione assume immediatamente dei connotati particolari e delle valenze politiche.

Personalmente sono molto interessato a capire il contributo che può dare questo fenomeno, questa maggioranza delle donne nell'ambito più generale dei problemi della medicina e della sanità. Nella mia facoltà, già adesso, il 73% degli studenti sono donne, quindi nel giro di pochi anni noi avremo una svolta, una maggioranza di donne nella professione medica.

Personalmente sono interessato a capire se questo dato fa parte della questione medica e se contribuisce oppure no a risolvere la "questione medica". Questo è un connotato importante perché se contribuisce a risolvere

re la questione medica, voi capite che essere donna medico va molto al di là delle questioni delle quali normalmente discutiamo. Cioè assume un valore aggiunto, importante, per il quale è impossibile, lo dico subito, non far parte di un comitato centrale, tanto per capirci.

È ovvio che se qualcosa rappresenta un valore aggiunto per la professione deve stare non nel comitato centrale, ma nella rappresentanza. Si pone evidentemente un problema di rappresentanza, di qualità della rappresentanza.

In sintesi la questione medica io la definirei come l'insieme di tanti problemi. La compresenza di questi problemi, in uno stesso spazio e nello stesso tempo, crea quella che è una crisi professionale. Se non ci fosse questa compresenza e questa contestualità, tanti problemi insieme, non ci sarebbe la questione medica, avremmo solo dei problemi professionali. Avremmo il problema del contratto, del blocco del turnover, della medicina amministrata, della burocratizzazione della professione, della formazione ecc.

La questione medica, per non essere lungo, alla fine cosa fa? Incide sull'identità della professione. Io credo che oggi la professione "rischia" di perdere i suoi connotati fondamentali che l'hanno sempre definita nel tempo sino ad ora.

Perdere l'identità della professione non è una perdita burocratica; è una perdita sostanziale perché io non so immaginare un medico che non sia un medico, cioè che non abbia, ad esempio, una autonomia di giudizio. Se non ha l'autonomia di giudizio per me non è un medico.

La medicina amministrata, di cui parlo da anni, sostiene che se tu amministri un medico vuol dire che tu trasformi il medico in un non-medico, e trasformare un medico in un non-medico non è solo un danno "corporativo" ma è un danno sociale. Continuo a ritenere che la prima garanzia di un malato è un bravo medico, un vero medico.

Il disposto che sta alla base dell'Ordine voi lo conoscete – e io lo difendo con tutte le mie forze – è che il dovere professionale è la prima garanzia del diritto di un cittadino. Un

medico che non è in condizione di fare il proprio dovere è un medico che suo malgrado danneggia il cittadino. Questa è la grande alleanza che unisce la professione alla società. Ma torniamo alla questione delle donne. Vorrei soprattutto capire e ragionare insieme a voi, perché questa faccenda, a mio avviso – parlo da studioso – ancora non è stata inquadrata in tutti i suoi significati. Aspetta ancora di essere indagata, di essere inquadrata e di essere anche interpretata e quindi usata in tutti i sensi, anche in senso politico.

E davvero sono molto interessato a capire se una professione al femminile è un fattore di miglioramento del ruolo professionale. Lo dico subito, io penso di sì. Però non basta dirlo, bisogna dimostrarlo, bisogna connotarlo. Se fosse come penso, allora avere più donne medico è un vantaggio per la professione, ma lo dobbiamo dimostrare. Non bastano le chiacchiere. Allora è proprio questo che intendo fare. Oggi abbiamo un dato brutale, un dato numerico, esistono tante donne. Come lo devi interpretare? Vorrei dire subito che non è che dalla mattina alla sera le donne aumentano nelle facoltà di medicina. Questo è il risultato di un processo lungo che comincia nel momento in cui le donne hanno messo in campo il loro pensiero, ed ha a che fare con l'emancipazione. La femminilizzazione di cui parliamo è l'esito di un processo lungo. Quindi è un esito positivo di un processo di trasformazione che vede la ricollocazione della donna in una società.

Una sua riconsiderazione non è un fatto estemporaneo. Trovo assolutamente indifendibili quelle tesi che, facendo l'esempio delle Poste, dicono che le donne aumentano in medicina perché in medicina si guadagna sempre meno per cui laddove si guadagna meno vanno le donne. Queste sono delle stupidaggini colossali. Non è così.

Personalmente considero la presenza femminile in medicina come l'esito di un processo di emancipazione. Processo di emancipazione rispetto al quale la donna si è conquistata un accesso, una titolarità, con le sue lotte. Non è diverso questo dato da altri dati che sottolineano l'emancipazione della donna in una società. Non è diverso dalla legge 194,

non è diverso dal 405, non è diverso da tante leggi di emancipazione. Vedo Gemma Brandi e mi viene in mente la psichiatria, anche la legge 180 fa parte di un processo di emancipazione direi storico. I processi di emancipazione mi piacciono molto. Essi migliorano sempre una società migliorabile.

Allora cerchiamo di capire meglio se un processo di emancipazione può influire sui problemi che abbiamo.

Quando ho pubblicato la *Questione medica* (e book), ormai tre anni fa – nel 2015 –, inserii un capitolo che, se non ricordo male, chiamai “Le donne e la medicina”. Ma già prima, se non sbaglio nel 2010, inserii la questione delle donne medico tra gli ‘snodi cruciali’ della medicina e della sanità (*Sanità e medicina, snodi cruciali*, Edizione Dedalo 2010). Ma a parte me, fino al 2014, che è la data dell’ultimo codice deontologico, la questione femminile è stata del tutto assente e del tutto ignorata. A me fa pensare che il fenomeno della femminilizzazione sia stato ignorato sul piano deontologico anche quando a presiedere la commissione deontologica c’era una donna e successivamente a presiedere la FNOMCeO c’era la stessa donna. Ma se per certuni per cambiare la medicina basta essere donna, come mai essere donna non ha minimamente influito né sulla deontologia della professione né sulla rappresentanza ordinistica? Personalmente credo che la prima cosa che oggi si debba fare è aggiornare la deontologia: la deontologia non può essere indifferente alla femminilizzazione. Ed è quello che ha fatto il gruppo di Trento che ci ha proposto un riesame della deontologia medica.

Ricordo che la deontologia è la norma di autogoverno di una professione, e di cose da disciplinare deontologicamente relative alla femminilizzazione della professione ce ne sono parecchie. Ma mi riservo magari di farne qualche accenno più in là.

Per fare i miei ragionamenti ho deciso di ricorrere ad un *escamotage* usando un articolo di una mia amica, Sandra Morano. Lei in un articolo su QS (16 aprile 2018) propone delle tesi che, in qualche modo, meritano attenzione. La prima ad esempio è quella che la fem-

minilizzazione rappresenterebbe addirittura per la medicina un “cambio epocale”.

Vorrei capire se davvero è un cambio epocale ma soprattutto vorrei capire in cosa consiste un cambio epocale. Sono portato a credere che nessuna cosa può essere considerata un cambio epocale fino a che non definisco cosa sia un cambio epocale. Per me la femminilizzazione potrebbe essere semplicemente un turnover tra un genere ed un altro, nulla di più. Non solo ma se non definisco cosa è un cambio epocale potrei interpretare la crescita delle donne come un processo di maschilizzazione della medicina. Un po’ come le fabbriche tessili di una volta, ad alta presenza femminile ma con una organizzazione del lavoro basata sui maschi, che lavoravano come dei maschi, e soprattutto sotto la direzione dei maschi. Allora prima di dire se la femminilizzazione è un cambio epocale bisogna decidere che cos’è, in cosa consiste questo fenomeno della femminilizzazione.

Finora, francamente, nella letteratura che ho consultato, di considerazioni soddisfacenti non ne ho trovate. Il che vuol dire che abbiamo il problema di dotarci di un pensiero, di dotarci di un’interpretazione, di colmare un vuoto interpretativo.

Ora, per me, i cambi epocali per quanto riguarda la medicina sono di altro genere; per esempio la questione medica, la medicina amministrata, la crisi di identità del medico, è un cambio epocale, il cambio del malato che da “paziente” diventa “esigente” è un cambio epocale, anche la medicina positivistica che va in crisi è un cambio epocale. Però, a parte il cambio epocale, che ci siano tante donne è un dato di fatto innegabile, anche se non c’è ancora un’interpretazione soddisfacente. Dobbiamo quindi dotarci di una interpretazione soddisfacente.

A proposito di interpretazioni sembrerebbe che per affrontare la questione femminile dentro la medicina basti essere donna. Io a questo automatismo non ci credo. E lo dimostra proprio il fatto che pur avendo avuto donne a dirigere le Federazioni degli Ordini la questione delle donne medico non ha fatto nessun passo in avanti a partire proprio dalla rappresentanza. I mal di pancia sono

venuti dopo, cioè quando è stato eletto Filippo Anelli. Con Anelli presidente è sembrato più clamoroso non avere donne nel comitato centrale. A me è sembrato più clamoroso non avere donne nel comitato centrale quando alla Presidenza vi era una donna. Certamente essere donna è un requisito importante, ma se sei donna e, nello stesso tempo, non hai un pensiero appropriato al tuo essere donna, non serve essere donna. Non basta la declamazione: “siamo tante, ...”, ci vuole qualcosa in più secondo me. Cioè una declinazione culturale e politica.

Si afferma che c'è un cambio epocale, come se dal “siamo tante” si potesse automaticamente, linearmente dedurre che c'è un cambio epocale. Mi dispiace ma io non credo a questa interpretazione.

Le maggioranze a volte sono significative, a volte non contano niente. Chiaro! Cosa so di sicuro rispetto alla femminilizzazione? Dicevo dei numeri: so che questi numeri, questo è un dato interessante, aprono delle contraddizioni. Questo è un dato interessante. Tante donne aprono delle contraddizioni. Non è una cosa da poco. Le contraddizioni che secondo me si aprono subito, immediatamente, sono ad esempio quelle di tipo contrattuale ed è anche logico che sia così.

Veniva detto dalla Arcieri prima che ci sono anche contraddizioni sulla rappresentanza della professione, ed anche questo è vero. Tante donne dovrebbero essere rappresentate dalle donne in maggior numero. È un principio banale. Essere tanti significa essere rappresentati, cioè scatta un banalissimo principio di democrazia. Nella democrazia la maggioranza conta e dovrebbe contare anche dentro gli organismi della rappresentanza dai sindacati agli Ordini e alle società scientifiche.

Su questo apro una piccola riflessione. La femminilizzazione in casa FOMCeO è certamente una contraddizione tra le contraddizioni e, come dicevo parlando delle precedenti leadership al femminile, non recente. Non posso addebitare a Filippo Anelli la responsabilità di questa cosa, anche se Filippo Anelli è il Presidente dell'FNOMCeO, perché Filippo Anelli, come noi tutti, ha ereditato

un sistema sul quale forse faremmo bene a riflettere, il prima possibile, dove in questo sistema scattano dei meccanismi. Voglio dire che ci sia un'interdipendenza di troppo tra il soggetto sindacale e il soggetto ordinistico lo sappiamo tutti, allora non è che posso solo lamentarmi che non ci sono le donne. C'è stato un articolo di Antonio Panti, mi pare, che addirittura sosteneva l'idea che per risolvere la questione delle donne bisogna prima passare per il sindacato, cioè farsi eleggere dal sindacato e poi farsi eleggere negli Ordini. Questa la trovo francamente una tesi risibile. Il problema è ridiscutere il meccanismo. Io non credo che si debba che si possa risolvere la questione della rappresentanza al di fuori delle contraddizioni di tutta la rappresentanza, che sono estremamente importanti.

L'altra cosa che so è che questo numero di donne medico, elevato, coincide con altri fenomeni. Che aumentino le donne medico e “scoppi”, lo dico tra virgolette, la medicina di genere, non è un fenomeno casuale, cioè non è un evento privo di una relazione significativa di causa ed effetto, va interpretato, vuol dire che il criterio del genere altro non è che l'esplosione di una singolarità (faccio l'epistemologo e lo definisco così); il genere è semplicemente una singolarità che si impone ad un modello di conoscenza che ha sempre negato le singolarità perché è un modello di conoscenza molto standardizzato per modelli ecc.

Che aumenti il numero delle donne medico e nello stesso tempo “scoppi” la medicina di genere non è una coincidenza casuale, ha una significanza importante perché vuol dire che il valore della singolarità – quindi il genere come singolarità – è un valore importante. Arcieri nella sua introduzione ha detto una cosa che mi ha colpito, una cosa di buon senso che problematizzerei un po': ha detto che le capacità professionali devono essere indipendenti dal genere.

Se fosse così Sandra Morano non avrebbe più niente da dire, non avrebbe più motivo di parlare di medicina al femminile ecc. Credo di aver capito quello che Arcieri vuole dire. Vuole dire che la formazione di un medico deve essere fatta rispetto al medico; tuttavia non

posso negare che su una formazione di base debba esistere anche una formazione legata alla singolarità, perché la vostra letteratura mi dice che voi avete una singolarità e la singolarità coincide nel genere, ma se il genere è ininfluente rispetto al processo di formazione il problema della femminilizzazione lo risolviamo solo sul piano contrattuale, cioè non ha nessuna influenza.

Insomma io non credo a coloro che pensano che basti l'ontologia per cambiare la medicina, cioè che basti essere donne per cambiare la medicina. Io credo che all'ontologia bisogna aggiungere un po' di gnoseologia, di epistemologia, e di politica.

Secondo me cambiare la Medicina è un'impresa storica, difficilissima e complicatissima. Magari bastasse il genere a cambiare le cose.

Morano nel suo bell'articolo sostiene che è il genere che trasforma la medicina e addirittura dice che le donne sono capaci di "disfare" – uso il termine che lei ha usato – i paradigmi sostenendo che gli uomini non sono capaci di "disfarli".

Su questa tesi personalmente avrei molto da discutere, non per contestare che le donne siano capaci, è che so – dopo 40 anni che ci sto provando – che cambiare un paradigma non è una passeggiata.

La cosa che mi veniva in mente è che il paradigma al quale fa riferimento Sandra Morano, è un paradigma che, *ab ovo*, all'inizio, per essere scientifico, si fonda sulla negazione del genere umano, perché – dovete sapere – all'inizio dell'origine delle lingue indoeuropee i generi non erano due, ma tre: c'era il genere maschile, il genere femminile e il genere neutro.

Il paradigma che noi dovremmo cambiare, per essere scientifico, considera il malato come un genere neutro, cioè lo riduce a malattia, a organo, a sostanza quindi – se mi permettete la battuta – lo disumanizza, lo declassa dal genere umano al genere delle cose, degli oggetti.

Nel paradigma scientifico sul quale noi pogiamo tutto il nostro operare professionale, il malato è de-generato, nel senso che il suo genere umano è definito come genere neutro, cioè come una cosa.

Ecco, già cambiare questo è un bel problema e non credo che basti essere o maschi o femmine per ri-generare ciò che è stato de-generato. La ri-generazione del malato, cioè il restituirgli un genere umano, è un cambiamento rivoluzionario, che non facciamo noi ma ci viene imposto dalla società. La medicina non è esattamente come una scienza normale, come la fisica per esempio, l'astrofisica o la biologia. Queste scienze normali cambiano quando subentrano delle scoperte scientifiche che rimpiazzano quelle vecchie; ma in medicina i cambiamenti più importanti, quelli che la Morano chiama cambiamenti epocali, vengono da fuori, cioè dalla società, dalla cultura. Noi abbiamo il paradosso di aver sviluppato un grande progresso scientifico ma a paradigma invariato.

In medicina il *breakthrough* – come lo chiamano gli inglesi –, lo sfondamento, non è legato alla scoperta scientifica, ma è legato alla discontinuità sociale. È quando cambia la società che nascono i problemi per noi. È cambiato il malato, è cambiato tutto.

Da quando è nata la medicina positivista la società è cambiata, quindi il problema per il paradigma è il cambiamento sociale. Sono 40 anni che provo a "disfare un paradigma". Ma per disfare un paradigma dobbiamo pensare a come disfarlo, a come sostituirlo. Per esempio, questo genere neutro, quello che chiamiamo paziente, oggi nostro malgrado è diventato un genere umano, ma questo cambiamento ha conseguenze molto dolorose sulla nostra tradizione paradigmatica. Prendete l'esempio della relazione. Non hai relazioni con il genere neutro, hai solo giustapposizioni; le relazioni vere si hanno con il genere umano, ma nel momento in cui queste relazioni funzionano, il genere umano entra a far parte di un processo di conoscenza che fino ad ora è stato solo esclusivamente del medico. Tu non avrai mai una relazione con una malattia, tu avrai sempre una relazione con un malato, con un soggetto. Ma avere una relazione con un malato e avere una relazione con una malattia significa conoscere il problema in un modo completamente diverso. Sono sempre stato contrario agli umanizzatori della domenica che

riducevano il problema della relazione ad una questione deontologica, quella del “*volemosse bene*”, la teoria dell’amabilità. Non è così. Se noi abbiamo certe relazioni come medici è perché ragioniamo e cerchiamo di conoscere la malattia in un certo modo. La relazione che abbiamo – io la chiamo giustapposizione –, la relazione che dovremmo avere, dovrebbe essere una relazione dialogica, basata sul dialogo; la giustapposizione serve a conoscere la malattia, ma è il dialogo che serve a conoscere il malato: ma non è un cambiamento di poco conto, è un cambiamento davvero di tipo paradigmatico.

Le donne se vogliono dominare i cambiamenti paradigmatici, secondo me – scusate se lo dico brutalmente – devono produrre un pensiero di riforma. Che sino ad ora non esiste.

Se le donne riusciranno a presentarsi al Comitato centrale con un pensiero di riforma del paradigma essendo per giunta maggioranza, non possono essere lasciate fuori dalla porta.

Tutto qua.

L’altra cosa che dice sempre Sandra Morano è di parlare esplicitamente di “medicina al femminile”. Che cos’è la medicina al femminile? Vorrei capire, anzi, Titti [dott.ssa Teresita Mazzei], tu che fra poco ci parlerai di medicina di genere. Ma se la medicina di genere è un’altra cosa dalla medicina al femminile come io penso, che cos’è la medicina al femminile? Credo di intendere una medicina fatta da donne.

Mi viene in mente la scuola salernitana. A questo proposito c’è un punto che mi interessa approfondire e che voglio porre e che è presente sia nell’articolo di Sandra Morano che nel Convegno di Caserta del 2006.

E la teoria che mi lascia perplesso, lo dico subito, riguarda le capacità innate delle donne, quello che io chiamo innatismo. Le donne hanno di innato delle qualità, bastano queste qualità per cambiare la medicina. Dichiaro il mio dissenso completo con questa tesi. Per me non basta avere delle qualità innate per cambiare la medicina. La mia perplessità riguarda la sovrapposizione che fa anche Sandra Morano nel suo articolo tra il concetto di cura sociale al concetto di cura clinica.

Trovo francamente discutibile un’operazione del genere, eppure questo è quello che passa nel dibattito tra le donne. Io non credo che si debba fare una medicina innatista, cioè basata sulle qualità innate del medico. Ha ragione l’Archeri. Il medico deve essere medico in senso generale e vale per tutti. Poi che ci siano delle qualità personali è un altro paio di maniche. Al mio scetticismo nei confronti delle qualità innate delle donne medico aggiungo una sola eccezione, della quale con Titti abbiamo parlato più di una volta in tempi passati. L’eccezione è questa le donne rispetto agli uomini hanno una capacità relazionale maggiore; non so perché, non so come, però secondo me ce l’hanno.

Il discorso della relazione però anche qui è un problema da prendere con le molle, perché una relazione non è come dicevo prima, semplicemente, “*volemosse bene*”.

La relazione è a mio parere un modo di conoscere, quindi è un problema epistemologico. Allora se è vero che le donne hanno maggiore capacità relazionale – e probabilmente è vero –, allora le donne hanno il “dovere” di organizzare questa specificità in una epistemologia, cioè in una proposta epistemologica. Perché relazione come ha scritto papa Francesco è conoscenza.

Confermo quello che ho detto prima, non basta essere donne, anche le donne dovrebbero esprimere un pensiero. Detto ciò non mi posso prendere la responsabilità di dire che tutte le donne hanno capacità relazionali, vi sono delle donne che non ce le hanno. Così come vi sono degli uomini che hanno capacità relazionali. Però tendenzialmente posso dire che, per quanto mi riguarda, in alcune donne – non tutte – c’è una maggiore sensibilità relazionale.

Ora la sensibilità relazionale, torno a dire, è un fatto dirompente perché tutto il paradigma positivista non si basa sulla relazione come conoscenza, ma si basa sulla sua negazione, cioè il paradigma positivista è una conoscenza irrelata perché interamente basata sull’osservazione dei fatti.

Se vi andate a leggere le magnifiche lezioni di clinica che faceva Murri, troverete che egli diceva: “non vi mettete in testa di fare conget-

ture. Voi dovete solo credere a quello che vedete, perché tutto il primato della conoscenza clinica si basa sull'osservazione dei fatti". Noi proponiamo di cambiare il modo di conoscere della medicina passando dall'osservazione alla relazione. Se tu rimani nell'osservazione quel rompiscatole che si chiama malato continua a fare l'organo. Ma se tu sposti tutta l'attenzione sulla relazione, quel povero disgraziato non è più un organo ma diventa un rompiscatole che pretende addirittura di mettersi d'accordo con te sulla diagnosi, sulla terapia e su tutto il resto. Lo devi coinvolgere, non lo devi convincere, altrimenti ti porta in tribunale.

Per chiudere, sulla questione delle donne la prima cosa che direi, la prima cosa che io farei, è quella di aggiornare la deontologia sul problema della femminilizzazione. A Trento come vi dicevo l'abbiamo già fatto. È il risultato di un gruppo di lavoro che ho coordinato, che non aveva l'obiettivo di scrivere il codice, perché ciò compete all'OMCeO, ma aveva l'obiettivo di ripensare le basi della deontologia, perché oggi quella che abbiamo è diventata un rottame, cioè non è più adeguata ai cambiamenti.

Solo un dato per farvi capire: per 100 anni la deontologia ha disciplinato le condotte professionali. Oggi non ha senso disciplinare la condotta professionale di una professione che non si sa più che cosa sia. Oggi ha senso usare la deontologia per ridefinire l'identità dalla professione, e una volta che hai ridefinito l'identità della professione puoi "dedurre", tra virgolette, le discipline delle condotte. Vi invito a leggere il libro che pubblica l'intera elaborazione di Trento *Riformare la deontologia medica, proposte per un nuovo codice deontologico* (Edizioni Dedalo).

Tornando alle donne, cosa dovrebbe disciplinare una deontologia? Una deontologia dovrebbe innanzitutto prendere atto di questo fenomeno. Già questo sarebbe importante. Vi rammento che noi siamo in questo convegno, collocato nell'arco temporale che va dalla straordinaria mozione presentata da questo signore – Giancarlo Pizza – sulla questione medica, accettata dal Consiglio Nazionale della FNOMCeO e gli Stati Gene-

rali che si faranno nel 2019. Quindi noi nel 2019 andremo agli Stati Generali, dai quali scaturirà una vera e propria piattaforma sulla professione medica e sulla ridefinizione della professione medica.

Allora sulla deontologia di che cosa mi preoccuperei? Per prima cosa parliamo di deontologia, quindi parliamo di doveri professionali. Il primo dovere per un medico – se ha senso la medicina di genere, di cui ci parlerà Titti – è distinguere il malato secondo il genere. Oggi un medico non deve più assumere il malato come genere neutro o invariato; e già questa è una bella complicazione perché è inutile affermare – parlo della Lorenzin – che dobbiamo fare la medicina di genere, ma dietro c'è una tale discontinuità paradigmatica da far tremare le vene ai polsi. Cioè una trasformazione mica da ridere: devi cambiare le università, devi cambiare i programmi di formazione, devi cambiare un mucchio di cose. Quindi il primo dovere che ha un medico è, innanzitutto, di esercitare la sua professione distinguendo il genere. Cioè dando al genere un significato anche clinico, perché, come ci dirà Titti Mazzei, il genere è importante perché ha una influenza anche sulla cura, sul trattamento.

Poi i malati non devono essere assunti come genere neutro, quindi il medico ha il dovere di ridefinire un modo di "essere professione" rispetto al genere, perché c'è una distinzione importante tra "essere" medico, che vuol dire avere dei titoli di studio e aver fatto un percorso e "modo di essere" medico; modo che è la parte flessibile della professione. Ma il modo di essere medico scatta nel momento in cui tu hai una singolarità davanti, una specificità. Sei tu che ti devi adeguare al malato. Qui c'è tutto il discorso di quello che in questi anni ho chiamato il paradosso dell'appropriatezza inadeguata; cioè che noi siamo, ci sforziamo di essere appropriati secondo delle procedure e dei metodi, senza accorgerci che per essere appropriati siamo inadeguati alla complessità del caso. Quindi "buchiamo" il nostro vero obiettivo professionale, perché l'obiettivo della professione, come dice Ippocrate è, da qualche anno, essere adeguato ad una necessità. Questo è il punto. Non voglio affrontare

il tema dalla necessità, dico solo che negli ultimi anni il giudizio su ciò che è necessario, dal medico si è spostato altrove.

Quando il medico non giudica più su cosa è necessario, il medico non è più medico. Oggi il giudizio su cosa è necessario è basato su linee guida, protocolli, algoritmi, budget, limiti economici ecc., e il medico rispetto a questa cosa diventa un semplice esecutore, un *dispenser* come a volte dico.

Allora, l'altro dovere che metterei nel codice deontologico è il dovere di combattere le discriminazioni. Le discriminazioni dentro la professione. Nessun codice deontologico in tanti anni ha mai detto questo. Vorrei che si scrivesse che è dovere del medico combattere le discriminazioni intra-professionali. Se ci sono delle disparità di trattamento, se ci sono molestie, se ci sono discriminazioni legate al genere è dovere professionale del medico combatterle.

Un'altra cosa da considerare è che noi non viviamo nel vuoto cosmico, ma viviamo dentro dei sistemi organizzati. Allora l'altro obbligo che si impone è il dovere – parlo di deontologia –, lo dico in maniera semplice, di ripensare delle organizzazioni del lavoro equanimi.

Noi non possiamo andare avanti con delle organizzazioni del lavoro che, innanzi tutto, sono pensate con un malato a genere neutro; poi oltre ad essere pensato con un malato a genere neutro sono fortemente connotate al maschile, e ciò è indiscutibile. Allora non è che posso solo limitarmi alle norme contrattuali, debbo avere anche organizzazioni del lavoro “equanimi”, che non vuol dire quote rosa. Equanimi quali vuol dire che “si tenga conto” che i generi sono due. E che entrambi meritano delle organizzazioni.

Infine, l'ho già detto, si tratta di assumere il genere come il valore della singolarità. Non è che abbiamo fatto la rivoluzione, però siccome il codice deontologico compete alla FNOMCeO sarebbe cosa giusta e buona che nel codice deontologico fosse assunta la femminilizzazione come quota parte della questione medica e su questo dato si “espressero” delle norme deontologiche. Cioè dalle norme che obbligano il medico a comportarsi in un certo modo.

Poi è chiaro che su un altro terreno c'è tutto il discorso dei contratti, ma questo è l'aspetto “meno problematico”, secondo me, dal punto di vista almeno della fattibilità; perché è chiaro che, rispetto ad una presenza femminile, debbano esserci norme di tutela della specificità femminile; parlo della maternità, ma non solo maternità, di servizi adeguati, perché c'è il problema poi di adeguare e di tutelare certe specificità.

Chiudo ringraziandovi della pazienza che avete avuto per aver ascoltato questo discorso un po' disconnesso. Ecco però insisto nel punto politico. Sono convinto che la professione a maggioranza femminile costituisca un vantaggio per la professione in quanto tale, ma lo sarà, nella misura in cui questo vantaggio verrà espresso attraverso un pensiero, in una proposta, perché non credo ad un automatismo ontologico: sono donna per cui cambio il mondo. Non è così. Quindi mi auguro che ci sia questa produzione di pensiero. Grazie.

Dott. Giancarlo Pizza:

Avete capito qual è l'operazione che sta facendo Cavicchi: è da vent'anni che parla di questione medica e adesso pensa che questa dovrebbe diventare il punto d'appoggio per sollevare il mondo. Grazie Ivan.

La dottoressa Giuliana Schlich parlerà del questionario che è stato fatto e poi vi illustrerà come questo strumento ha immediatamente impattato sulla professione odontoiatrica.

Dott.ssa Giuliana Schlich

Gentili colleghe e colleghi, inizio subito col dire che quando il dottor Pizza una sera, al Consiglio, mi disse che dovevo essere relatrice a questo convegno, mi si è gelato il sangue perché è la prima volta che parlo in pubblico nella mia vita, avrete pazienza. perdonate i miei limiti e i miei deficit.

Piccolo inciso. In effetti la donna è discriminata: quindi da qui, secondo me, è bene partire: abbiamo cercato di recuperare dei dati, con questo questionario, che abbiamo proposto per raccogliere un vissuto esperienze e opinioni. Il questionario si compone di 19 domande di cui 12 a risposta chiusa e 7 a risposta aperta e, come diceva prima la dott.ssa

Arcieri, è stato inviato via mail a 1.050 dottoresse. L'Ordine di Bolzano ha avuto ottimi riscontri: ha risposto per il 61%, la maggioranza delle rispondenti appartengono all'Ordine di Bolzano e poi Bologna. Sottolineo che il 51% di chi ha risposto ha conseguito la laurea a Bologna, che pare rimanga ancora un'università prestigiosa. Tutte queste dottoresse, tra i 25 e i 45 anni, si sono dimostrate molto studiose, hanno conseguito un master e l'86,8% ha frequentato un corso di specializzazione. Nella loro suddivisione il circa il 27% sono libere professioniste, il 51% sono dipendenti ospedaliere e poi via via le altre. Vi è anche un 4,2% che non lavora.

Alcuni di questi risultati li ha già esposti la dottoressa Arcieri, quindi io proseguirò per sommi capi nella mia analisi. Anche questi dati sulla discriminazione e sulle molestie, rilevate nel 28% delle risposte circa sono allarmanti. Per quanto riguarda, invece, i congedi di maternità, mi preme sottolineare soltanto che ne ha usufruito il 67,3%. Presumo che nel restante dato delle persone che non l'hanno utilizzato, ci sia anche quel 27% circa di libere professioniste che normalmente non ne fruisce. Per quanto riguarda la flessibilità e la previdenza, lo stesso: il 59% circa delle persone che ha avuto figli non ha usufruito dell'assistenza integrativa o, comunque, non ne è a conoscenza. Il 70,5% delle persone intervistate che ha avuto figli ritiene che l'aver figli abbia penalizzato il ruolo professionale. Questo secondo me è un dato sconvolgente. Alla domanda relativa alla soddisfazione personale derivante dalla professione, secondo il 31% è alto, mentre per il 55% è medio. Nello specifico forse bisognerebbe indagare a cosa corrisponda un livello di soddisfazione alto, medio o basso.

Abbiamo raggruppato le risposte alla domanda "L'Ordine può fare qualcosa per lei?" e sono emerse questi suggerimenti sui consigli e le idee delle risposte.

Sicuramente portare avanti la questione femminile, e qui il dottor Pizza s'impegna in prima persona. Poi servizi gratuiti di baby sitter – so che la Presidente dell'Ordine di Bolzano in seguito ci dirà delle cose interessanti in questo senso. Certamente favorire iniziative

che equiparino l'accesso alle funzioni direttive di coordinamento. Tutte queste tematiche, quali l'accesso alle funzioni direttive, l'aumento delle assunzioni ospedaliere, la riduzione dei tempi, la stabilizzazione lavorativa, non competono all'Ordine ma possono essere oggetto di proposta.

Dopodiché, offrire un punto di ascolto dove le lavoratrici possano esprimersi liberamente e promuovere informazioni su possibilità di orari flessibili, magari tramite una commissione sindacati, dove possano svolgere incontri regolari, trovarsi, parlarne, mantenere aperto il dialogo credo che sia fondamentale e che qui, probabilmente, si possa organizzare uno sportello o un punto di ascolto con la funzione di creare un ambiente sicuro perché le donne si sentano libere di denunciare certi comportamenti inappropriati. Questo è un punto veramente critico. Non so dire bene come si potrebbe fare, ma va fatto perché, ripeto, c'è una discriminazione assoluta.

Sebbene la ricerca sia stata effettuata su un campione limitato, sono emersi problemi molteplici che richiedono un approfondimento, quindi credo sia importante demandare alla FNOMCeO, e, perché no, anche al Governo, nelle forme istituzionali deputate, le nostre proposte; e noi come Ordine ci impegneremo poi.

Mi trattengo ancora 5 minuti per quello che riguarda il mio piccolo contributo libero professionale oltre al questionario che riguarda la libera professione odontoiatrica. Nel 1982, giovanissima libera professionista, aspettavo qualche paziente in studio e si presenta questo signore molto elegante che chiede l'opera di un dentista. Lo feci accomodare, lui si sedette e incominciai a chiedergli di cosa avesse bisogno, quali fossero le sue necessità. Lui a quel punto sostenne di aver bisogno di un dentista. Io gli risposi che ero laureata in medicina, avevo fatto tre anni di specializzazione... tuttavia, egli ribattè: "Sì, ma vorrei un dentista, genere maschile, un e non una". Piuttosto arrabbiata con tutto il genere maschile inghiottii la mia, anzi, la sua discriminazione echiamai il mio socio di studio, perché comunque lo studio aveva bisogno del paziente.

Questo è stato il primo impatto con una discriminazione e parliamo del 1982. Sono passati 36 anni e ancora oggi alcuni pazienti, non la maggioranza grazie al cielo, mi chiamano signora, molto spesso anche le donne. Penso che qui ci sia da lavorare per ottenere un po' di uguaglianza.

Ora, è vero che è difficile declinare al femminile alcuni nomi, nonostante in molti paesi europei queste declinazioni vengono fatte, quindi ministra, avvocatessa, ingegnera, sono dei termini che nel corrispettivo italiano mancano, mentre decliniamo molto bene maestra, infermiera, cuoca, e non credo che questo sia, anche se sembrerebbe, un limite a una resistenza di tipo linguistico. Così all'orecchio suona male ingegnera. Io credo che in realtà questo sottenda delle ragioni di tipo culturale. Nel 1963 il Parlamento votò la legge per cui la donna può accedere a tutte le cariche. Siamo lontanissime, l'accesso risulta tuttora faticoso alle cariche pubbliche e, d'altronde, dobbiamo anche tenere conto che esistono delle frasi fatte, dei presupposti di partenza, perché in fondo nella donna prevale il sentimento sul raziocinio. Soprattutto in alcuni periodi della sua vita con una donna non si può ragionare e soltanto alcune donne molto importanti, famose, che sono o sono state eccelse nella loro vita professionale, sono riuscite a farsi ascoltare, come Rita Levi Montalcini; e sostengono giustamente che, da un lato, le donne nella loro vita hanno sempre dovuto lottare doppiamente portando due pesi, sia quello sociale, sia quello privato, dall'altro che sono la colonna vertebrale della società.

Essere una libera professionista comporta possibilità di scelta maggiore sui pazienti che si vogliono curare? Ora un dipendente sicuramente deve avere molti rapporti articolati e quindi dipende maggiormente da decisioni altrui e da maggiori discriminazioni. Una libera professionista può avere libertà, movimento, ecc. naturalmente tenendo conto di quello che fino ad oggi è il codice deontologico. Poi quando verrà cambiato, vedremo; ma per il momento non possiamo discriminare né su età, sesso, razza o religione. Quindi abbiamo bisogno di acquisire pazienti come

liberi professionisti, non ce li passa nessuno, però non possiamo discriminare, quindi dobbiamo trovare una via di mezzo in un difficilissimo rapporto.

Ora dobbiamo essere scelti senza effettuare discriminazioni in un sistema in cui uguaglianza di genere non c'è. L'Italia è ancora lontana dal raggiungere dei risultati soddisfacenti. In base all'ultimo indice ISTAT del 2017 è al quartultimo posto tra i 35 paesi sviluppati con tasso di occupazione del 48,8%. E questo soprattutto grazie al fatto che le donne lavorano. Ma questi risultati sono superiori soltanto nel settore della Salute, come in una media dell'UE, presumibilmente grazie al fatto che noi italiane viviamo tanto e che la legge Fornero ci ha allungato i tempi di pensionamento.

Nel mondo del lavoro comunque, in Italia tutt'ora, le donne fanno scelte compatibili più a sostegno del lavoro maschile e difficilmente contribuiscono con lo stipendio più alto alla parte economica familiare. Quindi mi sono chiesta, essere una libera professionista significa scegliere di guadagnare di più? Fino a 10-15 anni fa questo era sicuramente più vero, diciamo, perché come libero professionista uno poteva scegliere l'entità delle proprie parcelle. Oggigiorno sia la concorrenza che la crisi economica hanno limitato enormemente questo aspetto e forse un po' riequilibrato anche a giusta ragione il mercato.

Se si vuole guadagnare di più devono comunque aumentare le ore di lavoro e la presenza sul posto del lavoro. C'è uno strettissimo rapporto tra paziente e medico, come libero professionista, e se io mi assento dal posto di lavoro lo faccio un po' a discapito di questo rapporto che si è instaurato e se demando o delego sono poi a rischio sul tipo di rapporto che il delegato ha a sua volta con il mio paziente.

Quindi più mi assento dal posto di lavoro più rischio di perdere il paziente. Essere, quindi, un libero professionista significa ammalarsi di meno, naturalmente, mentre per un dipendente esiste tutta una serie di tutele come per esempio la retribuzione, indennità varie; per un libero professionista non vi è nulla se non

forse un'assicurazione privata. Ora la maternità è uno dei periodi in cui sperando che tutti si abbia un grande salute bisogna assentarsi o comunque mancare dal posto del lavoro per un periodo abbastanza lungo. Tutti questi termini: maternità a rischio, congedo per maternità, congedo per malattia, eccetera del figlio, sono termini sconosciuti ad un libero professionista. Quindi facciamo forse meno figli in quanto liberi professionisti? In Italia vi è un calo demografico riscontrato dal 2008 al 2016 di circa 100.000 unità. L'Istituto di statistica sottolinea che il calo è attribuibile principalmente alle nascite da coppie di genitori entrambi italiani e che avviene soprattutto per due fattori: le donne italiane in età riproduttiva sono sempre meno numerose e mostrano una propensione decrescente a fare figli. Io non sono riuscita a reperire dati in particolare attribuibili alla libera professione. Comunque in generale le donne in Italia sono scarsamente aiutate dal welfare, costrette a scegliere spesso tra maternità e carriera, tra gli affetti e la realizzazione sul lavoro, con una sensazione di essere sempre delle mamme imperfette, schiacciate dai sensi di colpa. Questa è una sensazione credo molto condivisa.

Trovare un equilibrio tra l'aspetto lavorativo e familiare è frutto di un grande lavoro di organizzazione del proprio tempo. Serve un network affidabile che ti aiuti. Per una libera professionista, a maggior ragione, bisogna trovare un modello personalizzato che tenga in considerazione tutte le variabili, sia familiari che lavorative e, in conclusione, essere liberi professionisti significa comunque avere alti livelli di preparazione ed essere costantemente aggiornati perché i pazienti scelgono, oltre l'umanità, anche la professionalità, e hanno diritto ad averla. La presenza al lavoro deve essere sempre costante, e sapere sin dall'inizio se si decide di avere un figlio servirà un'organizzazione molto ben strutturata per poter conciliare famiglia, figli e lavoro.

Oriana Fallaci, grande donna, diceva che essere donna è così affascinante ed è un'avventura che richiede coraggio, sfida che non finisce mai. Aggiungo che un intervento legislativo che facilitasse questa avventura sa-

rebbe gradito senza che noi ci sentissimo né offese né umiliate.

Dott. Giancarlo Pizza:

Grazie Giuliana. Volevo sottolineare che l'interesse per questo convegno ha fatto leva anche su qualche Presidente di Ordine, infatti abbiamo il dottor Roberto Carlo Rossi da Milano che ci ha raggiunto qui, e il dottor Bruno Di Lascio che è venuto da Ferrara. Faccio presente che oltre all'On. Pierpaolo Piastra, che si è precipitato da Roma, abbiamo anche il consigliere regionale Michele Facci, di questa regione, qui presente. Questo vuol dire che questa iniziativa solleva qualche interesse. Grazie per la vostra presenza.

E ora la dottoressa Anna Esquilini, una "118tista".

Dott.ssa Anna Esquilini:

Ringrazio il Presidente Pizza dell'invito e soprattutto lo ringrazio per averci salutato questa mattina dicendo "Buongiorno Dottoressa" perché abitualmente nella professione (almeno a me succede molto frequentemente) vengo chiamata signora. Quindi il mio titolo è signora. La mia laurea in Medicina e Chirurgia non ha nessuna nessun tipo di valenza.

Veniamo alla questione medica al femminile: ho un argomento un po' particolare, in relazione a quello che è il mio lavoro, cioè la questione medica al femminile relativa all'impatto sulle attività del 118. Indubbiamente quella del 118 è un'attività prevalentemente maschile ed è sempre stata appannaggio dei colleghi uomini: perché? Perché quando pensiamo al 118 pensiamo sempre a turni molto lunghi e molto faticosi, perché sono duri e, comunque, di 12 ore. Sono turni notturni e festivi, momenti nei quali si avrebbe più voglia di stare con la propria famiglia, almeno per chi ce l'ha. Chi ha figli, chi ha marito preferirebbe passare le festività natalizie o qualsiasi altra festività magari con la propria famiglia e non in turno su un'ambulanza, in auto medica o in un pronto soccorso.

Il lavoro, molto spesso, soprattutto per quello che riguarda il 118, quindi puramente l'assistenza territoriale, è un lavoro in un am-

biente difficile. Siamo fuori, siamo per strada, oppure entriamo nelle case dei pazienti. Entriamo fisicamente in una zona di confort di altre persone. Quindi bisogna sempre cercare di ricordare di farlo in punta di piedi. Assistiamo persone che stanno male e quindi entriamo in un luogo che non è il nostro ma è la loro zona di confort.

In più, dobbiamo gestire relazioni che sono estremamente complesse. Noi oltre ad avere la relazione con il paziente che, come diceva prima il professor Cavicchi, non è un organo che abbiamo appoggiato sul lettino e di cui ci dobbiamo occupare, ma una persona con cui dobbiamo interagire abbiamo una relazione con i familiari del paziente, che sono preoccupati per quella persona.

Inoltre abbiamo altro personale: ad esempio, io lavoro con infermieri e lavoro con volontari, in più ho tanto altro personale che è abituato a gerarchie molto rigide ovvero Polizia, Carabinieri, Vigili del fuoco, con cui mi devo obbligatoriamente relazionare, ed il fatto di essere donna per alcuni aspetti può risultare vantaggioso, per altri aspetti può risultare svantaggioso.

Tendenzialmente si viene messi un po' più da parte. A me capita molto frequentemente, quando c'è un intervento con i Vigili del fuoco, che il capo dei Vigili si relazioni con il mio infermiere, maschio, piuttosto che relazionarsi con me. Non mi sento né scavalcata né prevaricata per questo motivo, è semplicemente un'osservazione. Molto frequentemente si hanno più relazioni tra generi omologhi piuttosto che cercare una relazione con, tra virgolette, "gradi" omologhi. Questi sono tutti gli ambienti difficili in cui ci troviamo a prestare intervento. La domanda che pongo a tutti e che, prima di tutto, ho posto a me, è se è necessario declinare la questione medica al femminile in relazione al 118. Ritengo di sì. Ritengo che la questione medica al femminile sia da declinare il più possibile in tutte le sue sfaccettature, perché, come ha detto il professor Cavicchi, ritengo che possiamo portare grande innovazione e possiamo essere una svolta epocale, non perché siamo donne, non perché siamo numericamente maggiori ma perché abbiamo idee e un pen-

siero strutturato e probabilmente credo che sia ora di portare anche questa parificazione non solo numerica ma anche funzionale.

Nella nostra rappresentatività dobbiamo portare avanti le nostre le nostre idee, non perché abbiamo delle quote rosa e non abbiamo la necessità di essere salvaguardate come se fossimo animali rari, ma perché abbiamo idee, abbiamo un pensiero e abbiamo strumenti per portare avanti le nostre idee.

La sensazione che io ho quotidianamente lavorando è che le donne tendano a parificarsi il più possibile agli uomini e a non avere nessun impatto sulla realtà professionale nelle quali esercitano perché, per non, passatemi il termine, "disturbare" esattamente per non disturbare, per non arrecare disturbo a quella che è un'organizzazione, le donne cercano di fare tutto quello che fanno gli uomini, possibilmente anche di più, senza però portare un reale impatto. Ritengo che invece le donne potrebbero portare grandissime innovazioni. Il settore dell'emergenza è stato molto toccato negli ultimi anni anche dalla problematica che ha investito tutta la sanità che è quella del portare a un demansionamento, un cambiamento dei ruoli. Le donne perché ci sono, perché esistono, perché sono inserite nelle realtà in tutte le realtà professionali, devono in questo contesto portare a una ridefinizione, che io ritengo estremamente importante in questo momento, del ruolo del medico.

Questo io lo dico per il 118 ma in realtà lo dico a tutte noi, per tutti i settori. Ci sono settori, come mi potrà dire anche la collega Mirka Cocconcelli, che sono quasi appannaggio esclusivamente maschile e le donne se potessero verrebbero relegate a compilare cartelle, sostanzialmente, o a fare compagnia ai malati prima di entrare in sala.

Io ritengo invece che le donne possano e debbano portare ad una ridefinizione del ruolo del medico, e programmare tutte insieme l'idea di un nuovo medico per interrompere la degenerazione del nostro ruolo.

Un ruolo che sta cambiando: pertanto, dobbiamo prendere atto del fatto che la società è cambiata, i pazienti sono cambiati, non si fa più medicina come si faceva 50 anni fa, quindi anche noi dobbiamo essere pronti ad ave-

re un nuovo ruolo. Dobbiamo essere sempre medici con le nostre conoscenze scientifiche, con tutto quello che abbiamo imparato e ci hanno insegnato all'Università e che continuiamo a imparare quotidianamente, ma non possiamo più pensare di avere lo stesso ruolo che avevamo 50 anni fa, 30 anni fa, o solo 20 anni fa. Dobbiamo essere pronti a presentare una nuova idea, un nuovo pensiero per, appunto, interrompere la degenerazione del nostro ruolo.

Concludo qui, con questi interrogativi e con queste riflessioni e con l'auspicio che riusciremo a trovare proposte positive per la nostra professione che vede sempre più donne a esercitarla.

Dott. Giancarlo Pizza:

Grazie Anna. Adesso abbiamo la dottoressa Cocconcelli, che ci dirà cosa vuol dire fare l'ortopedico per una donna.

Dott.ssa Mirka Cocconcelli:

Ringrazio tutte le convenute perché è estremamente interessante questo convegno e quello che ho ascoltato. Mi preme sottolineare che l'unica persona che ha vinto 2 Nobel in due campi scientifici diversi è stata una donna, Marie Curie, in Chimica e Fisica, fece vincere il Nobel al marito Antoine Henri Becquerel e, dato che c'era spazio nella libreria, lo fece vincere pure alla figlia Irene e al genero Giulio.

Andiamo a vedere chi è stata la prima donna a laurearsi in Medicina: fu nel 1849 Elizabeth Blackwell ed in Italia, a 50 anni di distanza, la nota Maria Montessori. In Italia le donne medico, l'hanno ribadito le colleghe che mi hanno preceduto, sono oltre il 65%, tra i 30 e 40 anni e sono preponderanti le iscritte in medicina: 70%-73%. Due terzi del personale sanitario sono formati da donne e le donne medico in Italia sono un esercito pari a 160.000 circa (marzo 2018, dati FNOMCeO) e 40.000 prestano servizio presso il Sistema Sanitario Nazionale.

Alla luce di questi dati, io mi domando quando finiranno le disparità professionali nei salari, nelle carriere, nelle opportunità di carriera. Qual è il nostro problema? Il problema

vero è che se sei donna, chirurgo, con genitori anziani, o con minori e/o disabili a carico e se sei, in aggiunta, una libera professionista – e convengo con la Schlich –, il percorso lavorativo diventa ancor più problematico e tortuoso e le difficoltà di conciliare vita e lavoro aumentano esponenzialmente.

Devi conciliare la vita professionale con gli impegni della famiglia negli anni clou della carriera: devi conciliare i turni notturni, i festivi di guardia, la pronta disponibilità con le esigenze familiari, turni di lavoro ampiamente sopra le 50-60 ore settimanali che mal si adattano alle necessità della famiglia e con la libera professione.

L'ingresso delle donne in medicina, l'ha detto bene il professor Cavicchi, è portatore di domande che obbligano a ragionare sulle modifiche dell'organizzazione del lavoro e a pensare a nuovi modelli lavorativi. Ce lo diciamo da anni. Una società civile non si può più permettere di trascurare la componente medica femminile. Siamo nel ventunesimo secolo o no? Questo deve essere il secolo della riscossa, ponendosi dalla parte giusta della storia e abolendo quelle discriminanti e arretratezze socio-antropologiche. Quindi occorre assumere nuovi provvedimenti legislativi che tutelino le donne medico, dipendenti o libere professioniste che siano. Il cammino è lungo ma è improcrastinabile eliminare quegli atteggiamenti discriminatori – mi permetta dottor Giovanni Leoni (Lei oggi è il capro espiatorio della FNOMCeO) – che hanno permesso la recente esclusione della rappresentanza femminile dal Comitato centrale della FNOMCeO, anche considerato che i nuovi iscritti all'ENPAM sono per il 65% donne: quasi 7 iscritti su 10! La scarsa presenza femminile ai vertici delle istituzioni, dei sindacati, degli Ordini dei medici, degli ospedali privati e pubblici è un dato di fatto in tutte le regioni. Ma guardate quante donne rivestono la carica di dirigente medico con incarichi di struttura complessa, a tutt'oggi quante sono? Dai dati ISTAT, dal 12,3% del 13 maggio 2010, si è passati al 14,5% del 2016. Non è cambiato molto in 8 anni, per quanto riguarda le donne primario.

Quindi va cambiata la forma mentis perché è

da tempo immemore che abbiamo conformato questa forma mentis sulla biochimica litigiosa del testosterone. È necessario invece riflettere sulle diversità di genere che sono un valore aggiunto. Io non ho mai creduto ai falsi proclami, né agli spot politici sulla questione femminile. Io, donna medico, quello che ho guadagnato me lo sono guadagnato con la forza della ragione, della caparbieta e son sempre stata sempre molto pragmatica. Non voglio privilegi, ma chiedo norme che mi aiutino a conciliare i valori complessi come la libera professione, con la cura della famiglia, senza essere obbligata a scelte drastiche fra affetti e carriera, a cui il sesso femminile, solitamente, è più assoggettato.

Il professor Cavicchi ha citato Don Milani affermando che non c'è nulla di più ingiusto quanto l'uguaglianza tra disuguali; opinione che sottoscrivo pienamente perché davvero non c'è peggiore ingiustizia dell'uguaglianza tra disuguali.

L'11 dicembre 2015 all'Arcispedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia, al Congresso Nazionale delle Neurochirurghie, queste hanno ribadito il loro "no alle quote rosa" perché non ne hanno bisogno. Servono le quote di merito altroché quote rosa. Vi fareste operare da un chirurgo che è stato scelto in base alle quote rosa? Io no!! Sono entrata in ospedale perché ho superato un regolare concorso e non per quote o grazia ricevuta!

La rivendicazione dei nostri diritti professionali è giustificata dal fatto che questi diritti purtroppo non sono stati pienamente raggiunti, sia sul piano istituzionale ma soprattutto sul piano economico. Tra i dipendenti c'è una differenza di 12.000 euro in meno rispetto agli uomini (dati Eurostat 2018). Nella libera professione si parla addirittura di 20.000 euro di differenza fra uomini e donne medico.

Sono stata per lungo tempo e dirigente medico di primo livello presso il Policlinico Sant'Orsola-Malpighi e consulente ortopedico presso l'ospedale di Budrio, poi nel '98 mi sono licenziata: per andare a guadagnare di più? No, non è stata una scelta economica, ma una scelta di qualità di vita, cioè essere libera di gestire autonomamente il mio tempo,

anche a scapito di minor tutele sociali. Non era più fattibile che dovessi visitare in Pronto Soccorso 140 persone dalle ore 7:30 alle ore 14:00! Come faccio a vedere 130 pazienti ortopedici con disabilità motorie in 10 minuti, compresa la vecchina vestita a strati che impiega un quarto d'ora solo a svestirsi?

E poi mi si parla di malato al centro dell'attenzione, di malato al centro del Sistema Sanitario, non è così. Sono tutte falsità. Non si può visitare un malato in meno di 10 minuti.

È questa la relazione medico-paziente? Assolutamente no! Io, per visitare un paziente posso impiegare due minuti, mentre per un altro ho bisogno di 30/40 minuti. La relazione medico-paziente, la corrispondenza di amorosi sensi fra queste due categorie, ... l'umanità dov'è finita?

Aver imboccato la carriera medica per molte donne ha significato scegliere di rimanere single, o comunque ha creato pesanti conflitti familiari, almeno nel 66% dei casi, dati ANAAO. E nella Black List dei problemi, delle inefficienze e delle mancanze che riscontriamo quotidianamente annovero anche le politiche di tutela per la donna medico e per la famiglia.

In aggiunta, consideriamo perché le donne italiane non fanno figli e le donne medico ancora meno, ma per evidenti problemi di incompatibilità con il lavoro e per la mancanza di aiuti pratici.

Non è un caso se abbiamo il record galattico di denatalità. Prendiamo in considerazione alcuni dati estremamente interessanti, riguardo alla correlazione fra numero di figli e carriera. Il tasso di occupazione femminile, tra i 25 e i 54 anni, diminuisce all'aumentare del numero dei figli. Il 67% delle donne occupate sono senza figli, quelle con tre o più figli sono il 29% e non succede altrettanto in Europa, dove la maternità è tutelata. Da un sondaggio eseguito tra le donne occupate, quelle che hanno avuto un figlio, tra il 2003 e il 2007, hanno poi interrotto il proprio lavoro per la nascita del figlio nel 38% dei casi.

È, quindi, una falsità affermare che i figli non ostacolano il lavoro e la carriera. I figli, salvo eccezioni, possono ostacolare una carriera, o quantomeno frenarla. Allora quali dovrebbe

bero essere i correttivi? Dobbiamo fare lo sciopero del sesso come fece Lisistrata nella notissima commedia di Aristofane per avere i nostri diritti riconosciuti. Ora più che mai sono indispensabili politiche familiari adeguate, congedi parentali – ne hanno parlato prima le colleghe – flessibilità sul lavoro. Non solo il part-time, soprattutto la flessibilità sul lavoro e potenziare i servizi, quali la creazione anche di nidi aziendali. Inoltre, riconoscere il lavoro del chirurgo donna e del chirurgo in generale come usurante e gravoso, in quanto organizzato per turni, di notte, e nei festivi, come per le altre 15 categorie di lavoratori che svolgono un'attività definita gravosa come dall'ultimo decreto ministeriale, quello delle ostetriche o quello delle IP di sala operatoria.

Interpello a questo proposito Giovanni Leoni: tu che fai il chirurgo sai benissimo che il nostro è un lavoro usurante, che non ha orari. Quale il lavoro più usurante del nostro, con innumerevoli ore di straordinario non pagate? E mi rivolgo anche ai politici qui presenti: sostenete il ruolo materno, favorendo orari di apertura delle materne, degli asili pubblici adeguati anche al nostro lavoro.

Il medico ospedaliero lavora su tre turni: mattina, pomeriggio e notte, ma se l'asilo nido mi chiude alle 15:00/16:00 e io faccio un turno pomeridiano o notturno, non riesco a conciliare il lavoro con gli orari della materna, a meno che non abbia i genitori che mi aiutino, sempre che non siano malati.

È assurdo che la materna o la scuola chiuda in luglio e agosto. Il mio turno non finisce alle 15:00 o alle 16:00 e io non vado in ferie in luglio e agosto: se non ho i genitori a chi lascio il pupo? Quindi, avere figli influisce sulla carriera della donna chirurgo, soprattutto se è libera professionista, perché non ha orari, compromette l'accesso ai ruoli apicali, ha meno opportunità di aggiornarsi e, per le precarie coi contratti co.co.co, la possibilità di ottenere dei rinnovi contrattuali. Inoltre c'è anche il grosso problema del precariato che va tutelato, soprattutto tra le dottoresse che possono rimanere precarie per decenni. Quindi è fondamentale introdurre tutele per le giovani colleghe che spesso sono precarie

per decine d'anni, con stipendi, contratti che non permettono di usufruire di tutele quali la maternità, la gravidanza, la malattia, le ferie! Alcuni politici che non sanno di che cosa parlano sbandierano il part time come soluzione salvifica, ma non è il part time la soluzione percorribile perché solo una piccola quota di medici lo sceglie e ce lo conferma una indagine ANAAO.

Un sondaggio ANAAO del dicembre 2016 fa emergere che l'88,6% dei medici, pur avendone necessità, non ha fatto richiesta del part time, perché? Per paura delle ripercussioni sulla carriera e perché non si accede al ruolo apicale. Al di là della retorica io cerco una coerenza tra le parole e i fatti e mi hanno insegnato che se c'è un problema, devo trovare la soluzione. Quindi è indispensabile mantenere fede alle promesse. A tutt'oggi sia nel pubblico che nel privato accreditato se una collega rimane incinta è una iattura per quelli che rimangono in reparto e debbono sobbarcarsi doppi e tripli turni, perché la collega incinta non verrà mai sostituita e si può assentare (è nei suoi diritti!) dal reparto anche per 2 anni di fila.

Quindi, per il blocco del turn over, i medici che rimangono in reparto devono sobbarcarsi i turni della collega assente e salta tutto il piano ferie, salta il piano per le malattie, le ferie estive, ecc.

Un medico in reparto in meno fa la differenza, eccome se fa la differenza! Soprattutto nelle branche chirurgiche. Non parliamo poi se la collega incinta è una libera professionista.

L'articolo 37 della Costituzione recita: "La donna lavoratrice ha gli stessi diritti e, a parità di lavoro, le stesse retribuzioni (col piffero!!) che spettano al lavoratore. Le condizioni di lavoro devono consentire l'adempimento della sua essenziale (c'è scritto essenziale!!) funzione familiare e assicurare alla madre e al bambino una speciale adeguata protezione"; ed il concetto viene ribadito da una legge, la 125 del 1991 che obbliga le amministrazioni ad adottare piani di azioni positivi per rafforzare il concetto di parità uomo donna.

Ai politici presenti in sala chiedo: Ma quando mai si attuerà? Quindi è indispensabile cam-

biare l'organizzazione del lavoro perché in passato essa è stata concepita e strutturata su parametri maschili. I contratti di lavoro sono pensati per gli uomini e non sono adatti all'universo femminile che si deve assentare per assistere un genitore anziano, o un disabile, o un figlio.

I dati ISTAT ci illustrano che il 23% degli uomini italiani non dedica nemmeno 10 minuti al giorno al lavoro familiare. 10 minuti, nemmeno il tempo di spolverare in cucina, e la loro presenza costituisce per le donne un lavoro in più. Nella coppia il 77% del tempo dedicato alla cura di casa e famiglia è di pertinenza delle donne che si ritrovano così a dover fare due lavori. Finito il tuo lavoro, vai a casa e devi pure cucinare, pulire, accudire i figli/genitori, mentre solo il 23% degli uomini è impegnato, dopo il lavoro, nelle le faccende domestiche. Quindi, considerata la femminilizzazione della professione medica, è indispensabile e improcrastinabile introdurre la flessibilità nell'orario, soprattutto perché sono le donne ad essere il *caregiver* familiare, in 9 casi su 10, ricerca Ipsos del marzo 2018. Queste sono alcune delle proposte concrete e fattibili che andrebbero recepite con urgenza e dovrebbero essere prioritarie in una buona agenda politica, vista la marcata femminilizzazione della professione medica; si dovrebbe partire da queste considerazioni, rinunciando alla retorica delle solite quote rosa. A me non sono mai servite. Quindi, diceva prima il Presidente Pizza, datemi un punto di appoggio e io vi sollevorò il mondo.

Io non chiedo ai politici di aiutarmi ma pretendo che non mi ostacolino, è questo che chiedo. E che mi forniscano risposte adeguate a problemi concreti, perché queste istanze devono diventare il fulcro delle nostre politiche sociali. Io non voglio privilegi, non li ho mai chiesti, non li ho mai voluti, esigo ciò che mi spetta di diritto: fornitemi queste politiche sociali e ci penserò io a emergere. Ci penserò io a fare carriera. Le donne chirurgo e le donne medico in generale non hanno mai avuto bisogno di mostrare nulla se non la propria intelligenza. Bene. Il cammino è lungo ma se il grado di civiltà di un popolo, soprattutto quello italiano, si misura dalla posizione

sociale raggiunta dal gentil sesso, ahimè, ne abbiamo ancora di strada da percorrere.

Ho concluso. Il mio augurio va a tutte le donne presenti, ma soprattutto alle donne che hanno subito, che hanno sopportato, che hanno lottato contro le varie ingiustizie, che hanno lottato per far valere i propri diritti e che hanno permesso che quei diritti siano anche i miei, adesso. Quindi auguri a tutte le donne che si sono emancipate nella scienza, nella medicina, nella letteratura e auguri a tutte voi che avete messo al primo posto la vostra dignità e la vostra onestà.

Quando l'ingiustizia diventa legge, la ribellione diventa un dovere e... a chi ci contesta che è impossibile fare una certa cosa, io obietto che non dovrebbe disturbare chi la sta facendo.

Dott. Giancarlo Pizza:

Grazie Mirka. Grazie, sono contento di come si sta svolgendo questa riunione. Era il mio obiettivo fondamentale fare parlare le donne medico, far emergere i problemi e vedo che ci sono consigli per l'onorevole Piastra e per il consigliere Facci: visto che la nostra Regione spende l'85% circa del bilancio in Sanità, consigliere Facci, forse bisogna pensare a suggerire agli assessorati, ma anche alla Presidenza, che una riorganizzazione delle spese a favore delle donne, nel mettere in piedi certi servizi, potrebbe essere effettivamente utile. Bene. La dottoressa Presidente dell'OMCeO di Campobasso, Carolina De Vincenzo ha avuto un impegno odierno proprio a Campobasso e quindi non si è potuta spostare e ha mandato la dottoressa Di Rocco e la dottoressa Masciotra.

Dott.ssa Paola Di Rocco:

Buongiorno a tutti, ringrazio il Presidente dell'invito e tutti gli astanti. Sono Paola Di Rocco, sono il Segretario dell'Ordine dei Medici della provincia di Campobasso. Lavoro in qualità di dirigente medico presso il Pronto Soccorso e la Medicina d'urgenza dell'ospedale Cardarelli di Campobasso, condivido appieno sia gli argomenti e sia i toni anche della dottoressa che mi ha preceduto perché li viviamo quotidianamente in termini di ca-

rico di lavoro, di stress, di turni, di difficoltà di conciliazione degli impegni personali con quelli lavorativi. Comunque io sono qui per farvi un quadro della situazione ospedaliera nell'ambito della Regione Molise, che è una piccola regione con numeri piccoli che, devo dire, sono confortanti perché abbiamo dei numeri femminili abbastanza rappresentativi. Volevo partire da un discorso nazionale per riagganciarmi poi alla nostra realtà molisana. Si è visto che nel corso del tempo la presenza delle donne medico, in termini numerici, è aumentata sia in termini nazionali e vedremo poi anche nella nostra piccola regione del Molise. A livello nazionale nella fascia di età che va dai 70 a 74 anni si vede che il numero di donne medico è decisamente basso rispetto agli uomini, siamo nell'ordine dell'1,08-1,10%, via via si arriva ai giorni nostri, alle giovani e ai giovani colleghi neo-laureati o comunque sotto i 40 anni in cui c'è una prevalenza delle donne. Lo shift, l'inizio del cambiamento, si è avuto nella fascia d'età tra i 50 e i 54 anni. Nel Molise la situazione è simile. Se abbiamo una rappresentanza di donne decisamente bassa, con un rapporto appunto di 1 a 8 tra donne/uomini di medici nati tra il 1940 e il 1950, nella fascia di età tra il 1960 e il 1970 si raggiunge la parità tra uomini e donne in termini di rappresentatività numerica, per poi passare ad una prevalenza delle donne nelle fasce d'età più giovani che, fra l'altro, sono state oggetto del vostro questionario che è stato molto interessante. Propongo questo percorso anche da noi. Il futuro nell'ambito medico a livello di rappresentatività numerica è donna, per cui dobbiamo pensare in termini di femminilità nel contesto sanitario; è un discorso ampio, complicato e difficoltoso, anche perché talora si parla di femminilità in modo forse banalizzante. Si attribuisce alle donne, già per definizione, il ruolo di persone più attente, persone più sensibili, persone più accorte al dialogo, più empatiche. Io posso essere d'accordo personalmente con questo tipo di concetti, che però non devono essere generalizzati, perché non è detto che non ci siano uomini empatici o donne non empatiche e ne conosciamo tanti e tante.

Una cosa che vorrei invece stigmatizzare è che le donne che si iscrivono all'università e le donne che frequentano l'università nelle varie discipline, nei vari contesti di studio, sono tendenzialmente più brave degli uomini. Questo potrebbe essere un concetto interessante: non si tratta solo di empatia o di sensibilità femminile, cosa che è forse una discriminazione al contrario, ma di qualità del servizio offerto. Le donne sono mediamente più brave degli uomini perché, forse, noi donne tendenzialmente siamo più "secchione" degli uomini e abbiamo, probabilmente, più ansia da prestazione. Quindi possiamo fornire anche più competenza professionale e tecnica al di là della nostra capacità di comunicazione.

Un'altra sfida che dovremmo considerare è la gestione della sanità in termini manageriali ed economicistici, condivisibili o meno, con tutte le difficoltà e le criticità correlate. Dovremmo porci come obiettivo una maggiore competenza e preparazione in tal senso.

Nella tabella che presento qui segnalo la percentuale degli iscritti all'Ordine dei Medici di Campobasso che non si discosta dai numeri nazionali. Le donne sono ancora un po' meno degli uomini, però ci si sta avvicinando alla parità, anche tenendo conto che le donne iscritte alla facoltà di Medicina sono in numero molto maggiore rispetto agli uomini. Si arriverà quindi al superamento di questa disparità fino al sorpasso percentuale delle donne medico rispetto agli uomini. Purtroppo, però, come anche a livello nazionale, non c'è nessun avvicinamento a dei numeri che possono essere di parità tra uomini e donne nella copertura delle posizioni apicali, tanto è vero che su 30 Direttori di Unità Operative Complesse di ruolo che sono presenti nella nostra ASL regionale solo 3 sono donne e 27 sono uomini. Ho segnalato anche le nostre strutture private convenzionate: anche lì la situazione non è brillantissima. La più virtuosa in questo senso è la Fondazione Giovanni Paolo II, emanazione dell'Università Cattolica del S. Cuore di Roma che lavora sul territorio molisano, in cui c'è una perfetta parità.

Per quanto riguarda i Direttori di Unità Operative Semplici, è stato difficile estrapolare i

numeri perché la nostra Regione è sottoposta a un piano di rientro ormai da molto tempo e ci sono state periodicamente delle revisioni degli incarichi e, non essendoci stati concorsi, sono stati attribuiti i titoli in maniera pro-tempore con facenti funzione. I numeri sono pertanto in continua fluttuazione.

Un aspetto positivo, per quanto riguarda il Molise, è che nel Consiglio Direttivo del nostro Ordine dei Medici di Campobasso abbiamo una consistente rappresentanza femminile. Siamo 6 donne su 15 Consiglieri, il nostro Presidente è una donna, la dottoressa De Vincenzo, ci sono io come Segretario, quindi ci sono 2 donne nel Direttivo, c'è anche una donna tra i Revisori dei Conti. Anche nel contesto delle commissioni ordinistiche siamo ampiamente rappresentate. Oltre che nel tradizionale ruolo che ci viene affidato nella Commissione di genere e delle Pari Opportunità, che potrebbe essere affidato anche uomini, perché se si tratta di pari opportunità potrebbe essere anche così, abbiamo una rappresentanza femminile in tutte le commissioni.

Per quanto riguarda in particolare la commissione paritetica che regola i rapporti tra l'Università del Molise e l'Ordine dei Medici di Campobasso, di cui sono stata referente, da questa commissione è uscito un documento interessante che riguardava la medicina di genere. È stato posto all'attenzione della Conferenza dei Presidi delle Facoltà di Medicina, a partire dalla nostra università, il ruolo della medicina di genere, con promozione di percorsi formativi agli studenti di medicina di tipo trasversale, con attenzione alla medicina di genere durante tutto il percorso di studio.

Consideriamo, poi, tornando al contesto ospedaliero, altri aspetti, visto che la tematica era quella di favorire la tutela della donna. Nel contesto della nostra ASL c'è un asilo nido e ludoteca molto efficace, nei locali dell'Ospedale Cardarelli di Campobasso, dove vengono ospitati i figli delle colleghe, seguiti dall'età di 6 mesi fino ai 9 anni. Ha un orario di apertura molto flessibile che va dalle ore 7 alle ore 21, cosa che permette un'attività più serena da parte delle giovani mamme che lavorano in ambito sanitario.

Per quanto riguarda la mia esperienza personale, devo dire che nella mia vita di studentessa e poi di professionista non ho riscontrato grosse criticità nel mio percorso formativo, né discriminazioni, limitazioni all'accesso alle posizioni lavorative, fermo restando che condivido quanto diceva chi mi ha preceduto relativamente alla scarsa tutela e attenzione alla faticosità del nostro lavoro in termini di turni e di prestazioni che ci vengono richieste. Questo aspetto non è esclusivo del nostro genere, perché noi donne come gli uomini siamo sottoposte allo stesso stress.

La differenza si crea nei momenti in cui c'è quello che viene vissuto dalle aziende come un problema: la maternità. Se una nostra collega rimane incinta il carico di lavoro ricade sul resto del personale e questo è il problema principale, nel senso che la prospettiva è che anziché lottare per avere delle tutele maggiori si stigmatizza e si colpevolizza, quasi, la donna che rimane incinta.

C'è da segnalare anche un altro aspetto, che non c'entra con la questione femminile: l'insufficiente numero di nuovi medici e le criticità nell'ambito del turnover in rapporto alle esigenze della popolazione e ai fabbisogni di salute.

Per quanto riguarda le esperienze con i pazienti, anche in questo caso posso dire di non sentirmi discriminata o limitata, anche se sono capitati anche a me degli episodi come quello che raccontava la dottoressa odontoiatra, ed è successo non nel 1982 ma nel 2018. Quest'anno un signore anziano, di buon livello culturale, un ex professore di matematica novantenne che ho visitato per un problema di aritmia, quando mi ha vista ha storto un po' il naso, poi mi ha fatto un interrogatorio su come andavo a scuola, che scuola avevo fatto, se ero brava o no, e io gli ho detto che ero brava, che avevo preso pure 60 alla maturità. Mi ha guardata e ha detto: "le donne o sono belle o sono intelligenti". Non so cosa volesse dire e quindi... gli ho risposto che preferivo essere intelligente, e devo dire non sono riuscita a mantenere un freddo aplomb, rispetto al paziente visto come povero paziente anziano. I suoi figli e nipoti sono venuti rammaricati a scusarsi. E quindi

forse il cambiamento di generazione potrà garantire il superamento di queste forme discriminatorie.

Dott. Giancarlo Pizza:

Bene. Dottoressa grazie. Ed ora ha la parola la dottoressa Bottiglieri.

Dott.ssa Maria Erminia Bottiglieri:

Ringrazio il Presidente Pizza per il gentile invito. Mi era stato affidato il compito di parlare dell'attività ospedaliera in Campania. In realtà, ho modificato i contenuti della mia relazione dividendola in due parti: nella prima parte illustrerò i problemi nella professione medica femminile, alcuni aspetti dei quali sono stati già affrontati, nella seconda parte presenterò delle prospettive di cambiamento. Perché siamo qui. L'incontro è nato dalla problematica della scarsa rappresentanza delle donne in posizioni verticistiche in diversi settori, da quello lavorativo, a quello sindacale, a quello ordinistico ma, successivamente, abbiamo allargato il campo di interesse e abbiamo deciso di parlare della *Questione medica in genere*.

Le cause della scarsa rappresentanza di genere.

Cominciamo a fare delle ipotesi che poi analizzeremo.

Una causa potrebbe essere l'autoritarismo del mondo maschile, un'altra è legata alla difficoltà delle donne a proporsi perché non trovano interlocutori che le ascoltano, perché hanno il carico familiare che le opprime, perché sono meno disposte degli uomini a mettersi in gioco per tante difficoltà contingenti e così lasciano il campo libero a loro. Ultima motivazione è la compattezza del mondo maschile che non si riscontra sempre in quello femminile. Esaminiamo analisi a supporto di queste ipotesi.

Illustrerò i dati emersi dalle *surveys* che sono state condotte nel 2014-2016-2017, alcune a livello regionale altre a livello nazionale, e quindi passerò alla seconda parte della presentazione.

Da un sondaggio effettuato dall'Ordine Medici ed Odontoiatri di Napoli nel 2014 è emerso l'aumento del numero delle donne negli anni più recenti; infatti si nota che, se tra le

over 40 prevalgono gli uomini con il 68%, tra i più giovani si osserva una uguaglianza di rappresentanza tra i due sessi.

Altro dato che si evidenzia è quello relativo al periodo di precariato che è significativamente più lungo per le donne soprattutto all'inizio dell'attività lavorativa. Le over 40, infatti, rispondono di aver avuto difficoltà a trovare lavoro in passato mentre le under 35 la riscontrano attualmente.

Sulla percezione della discriminazione, relativa al solo momento dell'assunzione, non sono state riscontrate differenze tra i due sessi. Le motivazioni della discriminazione, laddove presente, sono prevalentemente di tipo politico.

Alla domanda più importante in questo sondaggio "ritieni giusta una maggiore presenza femminile nelle posizioni professionali apicali?" solo il 40% degli uomini ha risposto "Sì", a fronte del 77% delle donne. Inoltre, relativamente alla presenza femminile nelle liste elettorali dei consigli degli Ordini, anche qui solo il 56% degli uomini la ritiene giusta rispetto all'82% delle donne.

Dall'indagine condotta dalle donne ANAAO in Campania nel 2017 emerge che 576 donne ANAAO, ovvero il 24%, sono precarie, ma il dato più importante rilevato è che l'85% delle intervistate, come hanno già sottolineato le colleghe che mi hanno preceduto, riesce a malapena a conciliare lavoro e vita privata e quindi è di fronte ad una scelta.

L'ultimo sondaggio che vi illustro è quella condotto online dal settore ANAAO Giovani nel giugno del 2016 dal titolo *Gli ostacoli per una vita non solo di corsia: è anche una questione di genere?* Hanno partecipato 1.027 medici con prevalenza di sesso femminile. Si nota subito l'invecchiamento della popolazione che lavora perché il 38% dei colleghi che hanno risposto ha una età compresa tra 51 e 60 anni. Alla domanda relativa al numero di figli si nota che nella fascia di età compresa tra i 31 e i 40 anni, che dovrebbe essere quella più fisiologica per formare famiglie, la prevalenza degli intervistati non ha figli. Si deve aspettare alla fascia di età 51-60, per vedere aumentare il numero di figli, quindi molto più tardi rispetto a quello che ci aspetteremo.

Altro dato che emerge è che l'attività medica limita tutti i medici nelle scelte del tempo libero e degli hobby, nelle relazioni intrafamiliari ed interpersonali.

Non ci sono differenze tra i due sessi rispetto alle assenze dal lavoro per problemi di salute dei parenti o dei figli o per problemi di organizzazione familiare, mentre sulla gestione dei figli risulta che al 50% li gestiscono insieme, ma gli uomini nel 37% dei casi ammettono che li ha sempre gestiti la madre ed il 33% delle donne dice è sempre stata quasi tutta a carico suo.

L'aver figli ha influenzato il percorso professionale per il 55% delle donne perché essere madri le ha molto condizionate nel percorso di carriera (mentre il 53% sì????).

Relativamente al mobbing – indagato solo nel sesso femminile – il 67% delle donne più giovani (<31 anni), quindi all'inizio della loro carriera, dichiara che qualche volta ha subito mobbing.

La conclusione di questa indagine è la seguente: l'essere donna, giovane e con figli è una miscela pericolosa, perché sono queste le figure maggiormente oggetto di mobbing, *avance*, più penalizzate nei concorsi e nell'avanzamento di carriera. Il precariato che, oltre ad essere sempre in aumento, non si risolve, contribuisce pesantemente alla posizione di debolezza e ricattabilità delle giovani colleghe specialmente nelle specialità chirurgiche.

Di fronte a queste problematiche ci sono vie di uscita? Ci sono proposte? Quali sono le possibilità?

Ricordiamo l'articolo 37 della Costituzione, che ha prima letto la collega. Le proposte della ANAAO Giovani sono richieste di politica a tutela della famiglia prima ancora che della donna. Fare figli, accudirli, educarli non è una responsabilità esclusiva del genere femminile ma di tutta la società se vuole crescere e progredire. Fondamentale sarebbe prevedere la sostituzione delle assenze per maternità come è permesso nelle scuole e se non ci sono budget si creano, così come creare degli asili nido aziendali. Queste sono alcune proposte concrete e fattibili che andrebbero recepite con urgenza.

Altre proposte vengono dalla Conferenza Nazionale ANAAO Donne che si è tenuta a Napoli nel dicembre 2016, alla quale ho partecipato con tante altre colleghe provenienti da tutta Italia e che si è svolta con un *format* molto particolare. Nella prima parte della mattinata ci sono state delle relazioni frontali su alcune problematiche, poi siamo state divise in 10 gruppi e ci sono stati affidati degli argomenti su cui confrontarci. Alla fine ogni tavolo ha elaborato un documento che è stato comunicato in sessione plenaria.

Non vi farò vedere tutte le cose che sono emerse perché sarebbe impossibile, ma vi riporterò solo alcuni temi salienti che sono stati trattati, e alcune proposte. Prima di tutto il problema del numero delle donne in sanità, di cui ha parlato Cavicchi precedentemente. È importante liberarsi dalla suggestione che offre il dato numerico relativo al sorpasso delle donne in ambito medico, così come negli altri ambiti, perché questo dato numerico può essere controproducente. Potrebbe farci capire, pensare, convincere che il protagonismo femminile è vincente, che le donne finalmente ce l'hanno fatta a conquistarsi tutti i luoghi del mondo, quando non è così. Il dato numerico va cancellato; noi dobbiamo ambire all'autorevolezza femminile, e protagonismo non significa femminilizzazione. A questo noi arriveremo quando il dato numerico andrà in secondo piano e quando arriveremo a far pesare la qualità della differenza femminile. Dobbiamo fare proposte concrete e su questo ci dobbiamo battere e dimostrare il nostro valore non numerico ma qualitativo. Dobbiamo, cioè, dimostrare la qualità delle nostre proposte e le nostre capacità. Non dobbiamo e, soprattutto, non vogliamo occupare i posti che fino ad ora sono stati appannaggio degli uomini, non è questo che ci interessa. Dobbiamo fare la differenza, è quello che deve passare.

La professoressa Buttarelli, filosofa dell'Università di Verona, ha rilevato un altro aspetto della femminilizzazione: la reintroduzione delle relazioni in un mondo individualistico e disumano. Al primo posto bisogna mettere sempre le relazioni di cura che sono fondamentali. Per me è importante passare dall'os-

servazione alla relazione: abbiamo tanti pazienti in cui ci sono le malattie funzionali che, se non si affrontano con una relazione di cura, se non impara ad ascoltare il paziente anche con il cuore, lo stesso sarà convinto che non sia ben assistito, che non sia adeguatamente considerato. Quindi, passiamo dal concetto di lavoro di cura, appunto, al concetto di relazione di cura. Tale concetto della femminilizzazione deve essere trasmesso sin dall'epoca universitaria ed in tal senso è stato organizzato un corso "Per una Medicina al femminile" che si è svolto per la prima volta a Caserta nel gennaio 2017, di cui vi parlerò successivamente.

Vi riporto adesso alcune risposte che sono derivate dai gruppi di lavoro della Conferenza di Napoli. In un tavolo si è parlato del Contratto Collettivo Nazionale del Lavoro che è fatto per il lavoratore a tutto tondo senza differenze nei due sessi. Il problema è che ci sono incongruenze tra quanto è scritto e quello che è realizzato, come purtroppo capita in altre occasioni, perché in Italia molto spesso le leggi ci sono ma vengono disattese. Da un altro tavolo è emerso come per i giovani è mancato il sostegno alla maternità, perché non sono previste sostituzioni in caso di maternità per problemi di budget e non sono diffusi gli asili nido aziendali sul territorio italiano.

Da un altro tavolo è venuto fuori che c'è, purtroppo, scarsa conoscenza e consapevolezza dei diritti e la mancanza di coesione tra le donne. Questo è un aspetto fondamentale, la disunione delle donne è un problema rilevante. Le donne si propongono poco, e questo lo dico non solo per esperienza personale ma anche dal confronto con altre colleghe di varie parti d'Italia che erano presenti al mio stesso tavolo: si propongono poco, a volte, a prescindere dalle problematiche familiari o di figli. Quindi, riflettiamo su questo atteggiamento perché noi forse non abbiamo ancora acquisito la consapevolezza e conoscenza che ci dà la forza e ci dà la fiducia di proporci.

Attività dell'Osservatorio del 2015-2017.

Ho avuto il piacere di coordinare l'Osservatorio della Professione Medica ed Odontoi-

trica al Femminile grazie all'incarico che mi era stato conferito dalla precedente Presidente Roberta Chersevani. Il lavoro dell'Osservatorio non è durato 3 anni, ma poco più di un anno e mezzo, perché la riunione d'insediamento si è tenuta nell'aprile del 2016 e dopo maggio-giugno 2017 non ci siamo più riunite. Tra le cose realizzate, il fiore all'occhiello – tutto di Anna Maria Calcagni – è la tutela della genitorialità, di cui vi riferirò lei perché è un lavoro suo, che ha portato avanti con l'ENPAM ed ha completato in questo triennio.

Un altro problema affrontato e relativo alla nostra tematica, è il Corso "Per una medicina al femminile" la cui prima edizione (corso pilota) si è svolta a Caserta nel gennaio 2017, le altre due a Bari e Trento. Il Razionale del corso era di accompagnare la nostra scelta di diventare medica con una coscienza, cioè dobbiamo prendere conoscenza e consapevolezza del nostro cambiamento, della nostra diversità e della nostra differenza femminile. Esprimere il concetto della medicina al femminile è la capacità di trasmettere, cominciare ad insegnare con una diversa sensibilità. Una diversa capacità relazionale che – come affermato anche da Cavicchi – è maggiore nella donna. Dobbiamo insegnare anche alle giovani studentesse a livello universitario questa nuova mentalità di studiare e di approccio al paziente e alla medicina.

Nell'agenda dell'Osservatorio c'erano altri argomenti, in particolare la violenza a danno degli operatori sanitari ed il problema salariale, ma non siamo riusciti a portarli avanti perché il triennio si è concluso. Il problema salariale, in particolare, non è un problema italiano ma mondiale; recentemente c'è stata l'ultima pubblicazione su una rivista americana che ha confermato queste differenze tra uomini e donne.

Conclusioni Ritengo che alla fine qualche proposta l'abbiamo fatta ed una risposta a quei temi che l'amico Giancarlo Pizza ci aveva sottoposto nella sua e-mail l'abbiamo data. Spero che qualcuno li possa recepire, non solo a livello regionale ma anche a livello nazionale, perché senza il confronto con loro non riusciamo a raggiungere i nostri obiettivi.

Il tempo per cambiare è arrivato, però, dobbiamo finirlo di metterci gli uni contro gli altri (uomini contro donne), di fare il braccio di ferro per vedere chi è più forte. Dobbiamo lavorare insieme con un confronto costruttivo perché se noi siamo uniti abbiamo una maggiore possibilità di essere ascoltati dalla politica, da chi poi deve decidere queste linee che noi proponiamo. Se noi non siamo compatti e uniti la politica non ci ascolta. Vi ringrazio per l'attenzione.

Dott. Giancarlo Pizza:

Grazie Erminia, adesso invito la dottoressa Annamaria Ferrari Presidente dell'Ordine dei Medici di Reggio Emilia che ci parlerà dell'impatto sull'attività ospedaliera in Emilia-Romagna.

Dott.ssa Annamaria Ferrari:

Buongiorno a tutti. Direi che molte delle cose che avevo inserito nelle diapositive sono state dette. Quindi riprenderò per alcune cose alcuni dati, puntando sulla realtà locale dell'Emilia-Romagna.

In primo luogo volevo rivolgere l'attenzione su quello che è il momento in cui effettivamente l'iscrizione delle donne medico, a livello di FNOMCeO, è diventata preponderante. Nella fascia di età tra i 45 e i 49 anni delle nostre iscritte a livello nazionale, si iniziano ad avere effettivamente più iscritte donne. E questa tendenza non è più solo una tendenza ma si è trasformata in un dato tangibile.

Questi ad esempio sono i dati di Reggio Emilia – ho voluto portare anche i dati della mia realtà. A Reggio Emilia il passaggio alle maggiori iscrizioni di donne medico si è avuto anche più precocemente, di circa 7-8 anni rispetto al dato nazionale. Il momento in cui ci sono state più iscritte donne è stato quello delle nate dal 1960 al 1964. Quindi le donne medico che hanno attualmente 54-58 anni.

Se negli anni abbiamo avuto un progressivo aumento dell'iscrizione delle donne medico, ciò che non è accaduto per le odontoiatre. L'odontoiatria segue un po' il percorso delle discipline chirurgiche che sono effettivamente meno frequentate dalle donne. Da segnalare però che ci sono già delle Presidenti CAO.

Quindi oramai, in modo assolutamente indiscutibile, la professione medica si è femminilizzata. Anche se i dati ci mostrano ancora un totale con più medici uomini iscritti rispetto alle donne, in realtà nel giro di tre-quattro anni un gran numero di medici andrà in pensione e in massima parte sarà rappresentato da medici uomini. In quel momento effettivamente avremo la femminilizzazione più importante nella storia reggiana della professione.

Ora vi riporto alcuni dati del Ministero del 2014, dati non recenti ma sono gli ultimi pubblicati.

Sappiamo che i dipendenti del sistema sanitario nazionale sono in prevalenza donne, perché comprendono anche il personale infermieristico. Limitandoci invece ai medici dipendenti, le donne nel 2014 rappresentano il 40%.

Nel 2010, l'unico anno nel quale si distingueva il personale per sesso e per appartenenza regionale, in Emilia-Romagna il 44%, forse 40% dei dipendenti medici del sistema sanitario era rappresentato da donne, contro il 60% degli uomini. Ben al di sopra della media nazionale c'è la Sardegna, con quasi un 50% di donne medico impiegate nel sistema sanitario. Ma c'è da dire che la Sardegna ha una storia di emancipazione femminile molto antica, non solo in ambito sanitario.

Mostro ora i dati della mia realtà, quindi dell'Azienda sanitaria della mia città e della mia provincia, rappresentata da un'Azienda Sanitaria unica. Sul numero totale dei dipendenti ospedalieri il 54% dei medici ospedalieri sono donne, e abbiamo 16 donne Direttore che rappresentano il 19% di tutti i Direttori. È direttore di Unità Operativa il 3% dei medici donna contro il 15% dei medici uomini. E questo direi è il dato più significativo.

Dove si concentrano le donne medico e in quali discipline? Sicuramente più nella Medicina interna, in Anestesia e Rianimazione, dove la maggior parte degli iscritti alla specializzazione è donna; Medicina e Chirurgia d'accettazione e d'urgenza che rappresenta la disciplina dei medici di Pronto Soccorso e di Emergenza Territoriale. Molto meno rappresentate in Chirurgia generale, che è

lo specchio di quello che avviene in tutte le branche chirurgiche, tipo Otorino ed Urologia: in questo caso ci sono circa il 26% di donne.

Se consideriamo solo i Direttori, anche dove c'è una grossa preponderanza femminile, sono praticamente quasi tutti uomini. Anche l'Ostetricia e Ginecologia si stanno femminilizzando in ospedale, con 5 Direttori però tutti uomini; la Pediatria lo è già da tempo. La Cardiologia ha ancora una rilevante rappresentanza maschile, la Radiologia invece si sta effettivamente pian piano femminilizzando. C'è anche la rappresentazione delle varie componenti nelle direzioni sanitarie, ma questo quadro è tanto complesso che non vale la pena di essere illustrato.

Che cosa ci dobbiamo aspettare nel futuro? A parte il fatto che, come è già stato detto, stiamo vivendo una grossa crisi di reclutamento dei medici specialisti, negli ospedali – e chi lavora in ospedale lo sa – stiamo vivendo una crisi pazzesca soprattutto in alcune discipline dove a volte ci si trova a lavorare con metà del personale previsto in pianta organica.

Le specialità più colpite sono in primis la Pediatria, l'Anestesia e Rianimazione, l'Emergenza Urgenza con i Pronto Soccorso che stanno vivendo anni di vera crisi. Ortopedia Urologia, Medicina interna stanno iniziando ad avere problemi. La difficoltà è tale che se non verranno adottate misure eccezionali diventa difficile pensare ad una soluzione a breve termine.

In questo quadro si sa comunque che il futuro sarà declinato al femminile e che non si possa tornare indietro lo dice anche la scelta di tante donne all'Università.

Secondo me, nella crescita professionale e culturale di una categoria l'esempio di chi ha rappresentato la professione ad alti livelli è fondamentale. Noi abbiamo grandi esempi di donne coraggiose da seguire. Ho conosciuto donne coraggiose che per me sono sempre state un esempio, ho ovviamente conosciuto anche uomini dello stesso livello, a cui non voglio togliere alcun merito, però le donne coraggiose a volte debbono esserlo state molto di più, perché debbono lottare contro corrente, come ad esempio Ernesti-

na Paper che è stata la prima donna italiana laureata in Medicina a Firenze nel 1877, Maria Montessori che tutti conoscete, Rita Levi Montalcini, la prima donna italiana insignita del Nobel in Medicina.

Gli esempi non mancano.

Passo ora a mostrare alcuni dati che interessano quello che è il benessere lavorativo delle donne medico nella provincia di Reggio Emilia e ho constatato che l'indagine da cui derivano è stata fatta praticamente in tutti gli Ordini in tutta Italia. La rappresentante locale dell'Associazione delle Donne Medico sta lavorando molto nel nostro Ordine. È stato somministrato un questionario a tutte le iscritte al quale ha risposto quasi il 40%, 424 di cui 136 ospedaliere. I quesiti sono ovviamente concentrati sulle problematiche che possono insorgere con la famiglia e quindi alla conciliazione Lavoro/Famiglia e vediamo che anche da noi un terzo delle donne iscritte non ha figli, un po' in tutte le età considerate. Colpisce che le più giovani, effettivamente, siano quelle che più frequentemente non hanno figli – quasi nel 60% dei casi – e poche si spingono oltre i due figli.

Ho sentito accennare prima alle problematiche della turnazione notturna, e della turnazione in generale per il lavoro ospedaliero, che rappresenterebbero un grande ostacolo alla realizzazione di una famiglia. Ritengo che il lavoro regolare, con una turnistica cadenzata, con notti che permettono, in aderenza all'orario europeo, il riposo adeguato prima e dopo il turno notturno, rappresenta un lavoro che ben si adatta ad una organizzazione familiare, che necessita di una certa regolarità.

Porto ad esempio la mia Unità Operativa dove lavorano in maggioranza medici donne che in massima parte hanno più figli – anche tre, quattro, cinque – per dire che si può effettivamente, anche se con fatica e con la necessaria grossa collaborazione, conciliare in modo soddisfacente il lavoro ospedaliero con una gestione familiare.

Le donne che hanno risposto al questionario si sono anche espresse circa la suddivisione del lavoro nella gestione dei figli e circa il 50% riesce a gestirlo alla pari insieme il part-

ner; il 39% deve gestirlo in forma propria. Questo significa che il 90% ha un ruolo fondamentale nella gestione familiare.

Sulle tutele vado rapidamente. Le tutele ci sono, perché effettivamente una donna può vivere una gran parte della gravidanza sollevata dal lavoro e tanti mesi di maternità accanto al figlio e alla famiglia. Quindi le tutele per legge ci sono tutte. Il problema non sono le tutele dovute per legge, ma è la volontà o la possibilità di accedervi. E questa possibilità dipende anche dall'ambiente in cui si lavora, perché effettivamente, l'assenza dal lavoro in una équipe di piccole dimensioni, che già soffre di riduzione di personale, di precariato, di non sostituzioni delle donne medico in gravidanza e maternità, è un'assenza che pesa molto.

Quindi tutti questi aspetti e il fatto che effettivamente il lavoro d'équipe risente di queste assenze, fanno sì che la donna non utilizzi tutte queste tutele o che le utilizzi con grosse difficoltà o risparmiando sui tempi. Questo probabilmente è uno dei maggiori problemi segnalati. L'altro problema, è rappresentato dai ruoli apicali e i ruoli di responsabilità. È innegabile che nel momento in cui non si partecipa al lavoro dell'équipe in continuazione, sfruttando appieno i periodi in cui effettivamente si può costruire la propria carriera, perché ci sono lunghi periodi che si devono dedicare ad altre priorità, è innegabile dicevo che questi aspetti pesano sugli avanzamenti di carriera e alla fine abbiamo una penalizzazione sulle carriere delle donne. Questo è un problema reale.

Abbiamo detto che la femminilizzazione della medicina dovrebbe portare dei cambiamenti, ma io credo che i cambiamenti siano già in atto e che stiano superando ogni nostra aspettativa, rendendo forse inutili le attuali analisi del fenomeno.

Un'ultima cosa sulle quote rosa. A mio parere dobbiamo stare attente a dire no alle quote rosa perché il no alle quote rosa andrebbe bene in un mondo ideale in cui ogni progressione di carriera, a tutti i livelli, riconosce merito e qualità come prime prerogative di cui tenere conto. Nella fase attuale è probabilmente ancora necessario forzare il sistema

per garantire adeguata rappresentanza e favorire quindi un cambiamento di paradigma. In conclusione: le donne medico curano meglio, l'avete detto tutti. I risultati di un'indagine sul lavoro di donne ospedaliere mostrano che lavoriamo con concetti e con una metodologia diversa, che facciamo lo stesso lavoro ma in modo diverso – e ciò porterà sicuramente a grossi cambiamenti nel mondo della medicina. I dati mostrano che la donna impiega due minuti in più per la visita del paziente, la donna medico rimane più a contatto con il paziente. Quindi va incontro a quella che si definisce come umanizzazione della medicina, va incontro ad alcuni bisogni già largamente espressi.

La slide di chiusura rappresenta un tris di donne medico eccezionali. Quando ho visto questa fotografia me ne sono innamorata perché sono tre donne medico americane che hanno avuto importanti difficoltà nella realizzazione dei loro progetti e nonostante tutto hanno realizzato tanto, ma sono state premiate solo in età avanzata, quando già uscite dalla competizione professionale, e lo sono state con tutti gli onori e tutte e tre insieme. Grazie!

Dott. Giancarlo Pizza:

Grazie Annamaria. Ora la dottoressa Ceccagnoli, neopresidente dell'Ordine di Pescara, ci parlerà di quale impatto c'è in Abruzzo.

Dott.ssa Maria Assunta Ceccagnoli

Buongiorno, grazie dott. Pizza, grazie all'Ordine dei Medici di Bologna. Sarò molto breve perché non amo parlare a lungo. Però alcune cose le devo dire. Senza tanti preamboli, perché i dati parlano da soli.

Per rimanere nel tema sono andata a riprendere dei dati statistici – sono dati pubblicati dal Ministero della Salute, un po' vecchiotti, del 2013, ma non molto è cambiato – e ci parlano della femminilizzazione della professione. L'abbiamo rilevata in più occasioni per cui non mi dilungo. Aggiungo dunque una piccola riflessione sulla rappresentanza negli organismi ordinistici. Sulla Federazione Nazionale sappiamo molto bene qual è la situazione, ma la affronterò successivamente. Per quanto riguarda gli Ordini Provinciali,

nel 2012 soltanto l'1,9% degli Ordini aveva donne Presidenti, Gorizia e Fermo; nel 2018 – quest'anno – abbiamo 11 Presidenti donne dell'Ordine, siamo lievemente aumentate, registrando un incremento del 10,47%. In questa situazione però sappiamo molto bene che non siamo rappresentate adeguatamente nella Federazione Nazionale, in cui abbiamo un'unica donna, la dottoressa Ferrari. .

Ho fatto una piccola fotografia della attuale situazione della Regione Abruzzo sulla componente femminile rappresentata presso i vari Ordini.

La situazione dell'Ordine di Chieti ha una rappresentanza di donne del 36%, che fa il paio con Teramo. Ma mentre a Chieti almeno una donna è presente nel Direttivo e fa il Segretario, a Teramo non c'è nessuna, c'è ora però il Presidente della CAO. La situazione più svantaggiata è all'Aquila dove non c'è nessuna donna nel direttivo. Ora soltanto 7 donne sono presenti fra i rappresentanti tra consiglieri, commissione odontoiatrica e revisori. La rappresentanza delle donne giunge solo al 28%. La situazione sicuramente migliore è quella dell'Ordine di Pescara dove abbiamo una rappresentanza femminile del 52%: 3 sono le donne rappresentate nel direttivo, oltre a me che sono il Presidente ci sono il Segretario e il Tesoriere; poi le altre, 5 Consiglieri. Per quanto attiene le tre commissioni, abbiamo 3 donne nella commissione odontoiatrica, 2 nel collegio dei revisori. Questa fotografia è per me una piccola soddisfazione. Abbiamo lavorato negli anni, abbiamo avuto anche dei colleghi illuminati, e il lavoro congiunto ha portato a questo risultato. .

Sappiamo qual è la situazione della Federazione Nazionale e non c'è dubbio che questo è un *vulnus* della democrazia rappresentativa della classe medica. Abbiamo visto la carenza anche negli Ordini provinciali, nei sindacati, nell'EMPAM, nelle società scientifiche e quindi questo, ovviamente, non ci fa affatto piacere. Però mi trovo molto d'accordo con quello che ha detto stamattina Cavicchi.

Adesso faccio alcune considerazioni che mi aiutano poi a fare una piccola proposta, o almeno quello che a me sembra una propo-

sta per il futuro. I contesti, l'abbiamo detto, sono tutti difficili: la medicina è in piena crisi e sappiamo quanto sia complessa ora e quanto lo sia la professione medica. I medici sono sempre meno valutati, l'abbiamo sentito più volte stamattina, e in questo momento la professione si sta femminilizzando. C'è turnover e abbiamo una vita pesantissima.

Però abbiamo visto anche che, comunque, la femminilizzazione potrà portare delle novità. Io credo che porterà un rinnovamento ma, come è già stato anticipato stamattina, questo rinnovamento non sarà automatico. Dovremmo poter portare delle idee che aiutino a fare scattare quel rinnovamento che noi tutte auspichiamo perché la sola differenza di genere non è sufficiente. È necessaria ma non sufficiente. Quindi il "genere" medico, l'ho già anticipato, non credo che da solo potrà aiutarci. Serve una progettualità, serve ripensare tutta la professione, serve ripensare la medicina, perché assistiamo ad un grande cambiamento. Tutto è cambiato: gli *stakeholder*, il contesto, l'economia, la società è cambiata, quindi bisognerà fare qualcosa per questo. Sappiamo che i cambiamenti non sono facili ma, secondo me, a questo cambiamento devono lavorare uomini e donne, come già è stato detto; ma non solo i medici, anche perché la nostra professione, la medicina, non è fatta solo da medici ma da tante professioni. Ovviamente tutta questa attività deve essere supportata da una formazione, perché se non c'è una formazione adeguata non andiamo da nessuna parte. Quindi ben vengano tutte quelle iniziative a livello universitario con master – penso al master della dottoressa Mazzei – che aiutano ad arricchire tutto il quadro, se non c'è anche questo non perveniamo a nulla.

Da dove ricominciare? Di solito ho poche convinzioni, ma su questo non ho dubbi.

Ne parlavo stamattina a colazione col professor Cavicchi, a cui dicevo che in questi giorni, per preparare la relazione, ho cercato di pensare a come impostare questa relazione. Ero perplessa, perché l'Abruzzo si inserisce in un contesto nazionale e non ritenevo che fosse così interessante focalizzare l'attenzione sulla mia regione d'adozione.

Quindi ho fatto ricerche e letto, andando anche a vedere il blog e i testi che ha scritto il professor Cavicchi. Un po' sconsigliata dalla complessità e dall'ampiezza dell'argomento oggetto oggi di questo convegno, ho trovato però una serie di idee che mi hanno assolutamente convinta.

E io credo, in questo mi sono ritrovata con Cavicchi, che comunque occorre ripartire dalla deontologia. Perché?

Parto da me: nell'ambito della professione sono un medico un po' anomalo, perché nasco come gastroenterologo, poi mi sono occupata di igiene, adesso sono nell'organizzazione come nello staff della Direzione Generale e mi occupo anche di comunicazione istituzionale, Ufficio relazione con il pubblico. Quindi sia come ordinista ora, sia come responsabile dell'Ufficio relazione con il pubblico, tocco con mano, vedo le persone, vedo la sofferenza, sento i reclami, il disagio. Quindi, ora se dobbiamo ripartire per recuperare un ruolo importante nell'ambito della medicina, io credo che sia d'obbligo ripartire dalla deontologia, e secondo me solo da questo.

Del resto il medico lo ha sempre fatto in qualche modo, a partire da Ippocrate ad arrivare a questo ultimo secolo, i medici hanno capito l'importanza del darsi delle regole. Abbiamo avuto per tutto il secolo scorso, e anche in questo, un susseguirsi di codici deontologici: circa una decina o giù di lì. L'ultimo l'ho approfondito da quando sono diventata Presidente perché, confesso, non lo conoscevo. L'ho visto, l'ho letto, l'ho studiato e abbiamo ritenuto appena insediati di fare un corso sulla deontologia. E non mi è piaciuto perché, io penso, ormai non ci rappresenta; anche se capisco che fa lo sforzo di toccare tutte le tematiche che ci riguardano.

Secondo me è dal codice deontologico che dobbiamo ripartire. Ma soprattutto da che cosa. Io credo che si debba ripartire da qui. Ho soltanto ora fatto una piccola carrellata di alcuni articoli che secondo me dovranno essere rivisti e sviluppati. Ovviamente ci dobbiamo preoccupare della qualità professionale, ci dobbiamo preoccupare di quello che veniva chiamato anche il Governo Clinico,

ora con gestione del rischio clinico, appropriatezza e quant'altro.

Ora ci dobbiamo preoccupare dell'aggiornamento, dobbiamo sviluppare fortemente il rapporto con i colleghi perché, anche di questo parlavo stamattina col professor Cavicchi, secondo me i peggiori nemici dei medici sono i medici stessi. Quindi dobbiamo assolutamente curare la qualità in senso lato e quando parlo di qualità della professione, penso alla qualità tecnica. E quindi sotteso c'è ora il problema della formazione della qualità organizzativa, perché noi non possiamo dire di dare una vera qualità se la nostra organizzazione non è di qualità; talvolta i medici e tutti i professionisti della medicina lavorano malamente perché c'è una cattiva organizzazione, vuoi per carenza di personale, vuoi proprio per problemi di organizzazione del lavoro.

Quindi qualità tecnica, qualità organizzativa e poi arriviamo al *vulnus* importante che è la qualità della relazione. È emerso molto bene stamattina quanto, probabilmente, le donne sono migliori – passatemi questo termine – dal punto di vista relazionale. Ora abbiamo anche il dato fornitoci dall'articolo di Harvard, che mi ha incuriosito molto e me lo sono subito fotografato, dove sarebbe anche documentato questo aspetto della maggiore attenzione delle donne, e ovviamente mi fa piacere. Quindi qualità, è da questo che secondo me che dobbiamo ora ripartire. Io ho il bernoccolo da sempre della qualità e nel corso degli anni questo convincimento è aumentato.

Del *vulnus* della democrazia nella Federazione abbiamo già parlato e io credo ora che la Federazione si dovrà fare carico di questo. È corretto e sottoscrivo che la questione è che la femminilizzazione della professione è una parte del grosso problema.

Credo, comunque, che effettivamente le donne possano dare un aiuto in questo "salvataggio" della professione.

Dott.ssa Teresita Mazzei:

Ho pensato fosse utile portare dei dati che si riferiscono alla presenza delle donne nell'Università. Partendo dall'Università degli Studi di Firenze e andando sui dati del Ministero

dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca Scientifica, alla base della piramide noi abbiamo un determinato numero di ricercatori a tempo indeterminato del quale le donne costituiscono una gran parte: il 65% di ricercatori a tempo indeterminato sono donne e per i ricercatori a tempo determinato il 56%. I ricercatori si distinguono in di tipo A e di tipo B, nuove figure che ha introdotto la Gelmini. Il ricercatore di tipo B è quello che ha la carriera assicurata, quello che ha più prospettive future e quasi sicuramente per concorso può accedere o salire ai gradini più alti della carriera professionale: 69% donne. Quindi la base della ricerca medica universitaria è fatta dalle donne; purtroppo, però, quando si sale all'apice della piramide vediamo che solo circa il 40% delle donne è professore associato, e solo il 20% professore ordinario. Se guardiamo il panorama nazionale delle università statali italiane, limitandosi all'area o6 e cioè a quella delle scienze mediche, qui vediamo che le donne hanno circa la parità con i maschi anche per quanto riguarda i ricercatori a tempo determinato sia di tipo A che di tipo B (43 e 51%). Di conseguenza, la metà della formazione del medico attuale e anche del medico futuro sta in capo alle donne, molto meno se si guarda i professori associati (29%) e i professori di prima fascia (17%). L'Università quindi non sfugge a quello che abbiamo visto a livello ospedaliero: le posizioni apicali sono poco rappresentate dalle donne medico e sono ovviamente privilegio più del sesso maschile. I motivi sono ben noti: la donna sacrifica la sua carriera a tante conciliazioni che le spettano (cura dei figli e degli anziani). Il problema però che è stato posto stamani, e cioè il motivo per cui siamo qui: siamo tante, siamo di più, ma meno ai vertici, meno in ruoli direzionali sia nell'ospedale, sia nell'università e anche fra i direttori di AFT. Dobbiamo rispondere alle domande basilari che ha posto all'inizio Ivan Cavicchi senno tutto il senso di una giornata come questa si riduce veramente a poco. Parliamo della relazione di cura. Quell'articolo pubblicato nel dicembre 2016 su «JAMA» è stato una profonda gioia per la sottoscritta: 2 milioni di pazienti, 1 milione e 811 mila e 800 mila primi ricove-

ri 1, 2 1 milione e 200 mila secondi ricoveri. Sono dati enormi che attestano che la donna medico è più empatica, dedica più tempo al processo di relazione, ascolta di più il proprio paziente e cerca di fornire risposte anche quando queste risposte sono ardue da fornire. Però quel dato su milioni di pazienti, permettete, pubblicato su questa bella rivista ci ha colpito particolarmente.

La relazione tra medico donna e paziente illustrata in «JAMA» diventa medicina basata sull'evidenza. Questa relazione, questo rapporto di cura genetico epigenetico è maggiormente patrimonio del genere femminile che del genere maschile e su questo dobbiamo basare anche la nuova medicina. Una medicina che va al di là delle cattedre. Qui vi ho portato dei numeri: 17% professori ordinari, 29% associati, ma noi quando facciamo lezione insegniamo le nostre discipline, non insegniamo metodologie di cura, non insegniamo come accogliere il paziente. Quella è un'esperienza che facciamo sul campo.

Quindi forse la novità, l'apporto di questo aumento delle donne, sarà una relazione di cura diversa, una relazione di cura che ci auguriamo diventi patrimonio anche dell'altro sesso. L'altra cosa che mi ha molto colpito della relazione di Ivan – anch'io lo seguo, non è piaggeria – è la questione del “paziente neutro”. Bene, la medicina di genere è quello che sarà la risposta al togliere quel genere neutro al nostro paziente. Le donne sono diverse come paziente rispetto agli uomini, hanno anche le stesse malattie se pure percentualmente evidenti in maniera diversa, però la sintomatologia è diversa, rispondono in maniera diversa ai farmaci. I farmaci, lo sappiamo bene e ce lo ripetiamo da tanto tempo, sono studiati sul volontario sano di sesso maschile del peso ideale di 70 chili e poi si trasportano all'universo femminile con più reazioni avverse, più interazioni farmacologiche, tutta una cascata di eventi che vedono sfavorito spesso il nostro sesso. Comunque trovarsi davanti un paziente di sesso femminile o di sesso maschile fa la differenza.

FNOMCeO si è impegnata molto nel far crescere la Medicina di Genere, già erano partiti in maniera autonoma i vari Ordini Profes-

sionali: Ferrara dal 2008, poi Padova. A Padova c'era la cattedra di Giovannella Baggio (in medicina di genere). Ancora, Firenze, le donne medico e la medicina di genere. Se guardiamo chi si interessa di medicina di genere sono prevalentemente donne, prevalentemente donne medico. Noi abbiamo fatto un convegno nel giugno del 2014 e la Toscana è stata un po' l'antesignana nel portare avanti questo argomento. Dal 2014 al 2015 è stata creata questa Commissione Gruppo di lavoro sulla Medicina di Genere FNOMCeO costituita prevalentemente da donne. All'inizio, tutte donne, a gran voce chiedemmo una presenza maschile: grazie ad Annamaria Ferrari che ci ha sempre fatto da referente nel comitato centrale è arrivato Walter Malorni, direttore del Centro di Riferimento di Medicina di Genere dell'Istituto Superiore di Sanità. I nostri obiettivi: formazione specifica di medici e odontoiatri. In teoria le 106 sedi ordinistiche sono un teatro eccezionale per poter formare il medico che si è già laureato. Solo da quest'anno accademico è partita in moltissimi atenei italiani la sperimentazione della docenza per i nuovi iscritti a Medicina e Chirurgia sulla Medicina di Genere: dal primo anno di medicina e da quest'anno accademico i ragazzi sentiranno parlare di Medicina di Genere. Fra 6 anni, quindi, il nuovo medico conoscerà un po' di più queste differenze di genere, però c'è da formare, alfabetizzare tanti medici (400 mila in Italia) sulle differenze di genere. C'eravamo proposte anche di informare il cittadino ma soprattutto essere attivi nella rete nazionale della medicina di genere, di cooperare con le istituzioni sanitarie ed essere di stimolo alla ricerca. FNOMCeO fa parte di questa rete della medicina di genere che vede come centralità l'Istituto Superiore di Sanità, il Centro Studi Nazionale su salute e medicina di genere di Padova e la Società Internazionale. Molte società scientifiche hanno branche o sezioni speciali dedicate alla medicina di genere, in molte Regioni si sta parlando e si sta cercando di organizzare la sanità italiana con differenze di genere. Abbiamo incominciato a fare corsi nel 2015, abbiamo proseguito nel 2016, a Campobasso abbiamo parlato di gene-

re, equità, appropriatezza delle cure, ancora a Firenze, poi c'è stato un bel simposio a livello del congresso nazionale della Federazione a Rimini (maggio 2016) dedicato alla Medicina di Genere: qui abbiamo parlato di demenza, di malattie respiratorie croniche, di farmaci, di osteoporosi e di questo simposio abbiamo pubblicato gli atti. Nel 2017 abbiamo fatto corsi da Pescara a Udine, Venezia, Pistoia. Qui è stato fatto il primo corso agli odontoiatri nel quale è stato sottolineato il dolore di genere: è diversa la soglia del dolore per le donne e diversa la risposta delle donne e degli uomini agli analgesici. Treviso e Milano ci hanno ospitato per i corsi, poi siamo stati presenti al Congresso Nazionale di Parma ed il 14 di aprile eravamo a Rimini dove si sta fondando un Centro di Medicina. Oggi a Campobasso si sta svolgendo un convegno sul tromboembolismo e differenze di genere: nuovi anticoagulanti e risposte diverse ai farmaci.

Esistono in Italia due master in Salute e Medicina di Genere: è partita la Basilicata nell'anno accademico 2015-16 ed a Firenze siamo alla seconda edizione del master di secondo livello in Salute e Medicina di Genere. Anche qui gli iscritti solo donne; donne non solo medico ma anche infermiere, ostetriche, altre lauree sanitarie. FNOMCeO ha pubblicato dati di Medicina di genere nel 2013, il Congresso fiorentino su donne medico e la Medicina di Genere nel 2014, e, ancora, ha pubblicato il Simposio di Rimini. Stiamo registrando per FNOMCeO un corso FAD su Salute e Medicina di Genere. La Medicina di Genere, sostenuta prevalentemente da donne medico, può essere un elemento a favore per quello che la componente femminile può fare per migliorare o per portare un cambiamento positivo alla nostra professione.

Dott. Giancarlo Pizza:

Grazie Titti. Ed ora un consigliere di amministrazione dell'ENPAM, la dottoressa Calcagni. Credo sia un magnifico esempio di contrappasso.

Dott.ssa Anna Maria Calcagni:

Ringrazio Giancarlo. Oltre ad essere consigliera di amministrazione dell'ENPAM, co-

ordine anche le Presidenti donne medico. Giocare su più tavoli serve per conoscere un po' meglio le problematiche e cercare di integrarle. Quando mi hai dato l'argomento, la specialistica ambulatoriale esterna, pensavo me l'avessi assegnato per dispetto, perché comunque il mio passato è di specialista interna, e ho avuto la responsabilità sia a livello regionale che nazionale. Poi, siccome sono una persona precisa, ho studiato, l'ho fatto, ma a questo punto non ve lo presento a meno che non me lo chiediate espressamente.

Quello di cui voglio invece parlarvi oggi è "L'Enpam e la previdenza". E questo perché alla previdenza in genere non si pensa per tempo e poi quando è il momento di andare in pensione ci si lamenta di quello che si va a prendere, del fatto che non corrisponde alle aspettative.

La funzione di un sistema previdenziale è quella di redistribuire delle risorse correttamente prodotte per garantire pensioni di vecchiaia, di invalidità, ai superstiti, e le prestazioni assistenziali.

Quando sono entrata in Enpam nel 2010 – questo è il mio secondo mandato nel Consiglio di amministrazione – non si parlava ancora di **assistenza strategica** e la previdenza era la parte preponderante. Pian piano abbiamo lavorato per cambiare la prospettiva e ci stiamo interessando molto alla componente assistenziale con un'ottica diversa. Stiamo passando cioè da una visione lineare della previdenza, in cui i contributi degli attivi servono a pagare le pensioni, a una visione **circolare** in cui le risorse debbono andare anche a finanziare prestazioni a sostegno degli iscritti durante la vita lavorativa e il lavoro stesso dei giovani. Il sistema deve essere efficace ed efficiente. Deve garantire cioè una pensione adeguata e deve essere sostenibile nel tempo. L'Enpam garantisce una riserva legale di 13 anni e la tenuta del sistema per i prossimi 50 anni.

Tuttavia, sul sistema previdenziale intervengono fattori che nel tempo si modificano e che hanno a che fare non solo con l'invecchiamento della popolazione ma anche con la situazione lavorativa dei medici, la capacità reddituale, la mobilità. E su quest'ultimo

punto vi segnalo una situazione allarmante. Sono numerosi i **giovani medici** neolaureati che scelgono di non iscriversi all'Ordine qui in Italia ma decidono di andare direttamente **all'estero** dove non hanno obblighi di iscrizione, possono fare la specialità che vogliono e sono retribuiti in modo superiore rispetto al nostro sistema. Oltre alla situazione dei giovani dobbiamo pensare anche alla **progressiva femminilizzazione** della professione, con le eventuali criticità connesse.

C'è poi da considerare l'influenza dei fattori economici, dell'inflazione, del Pil, dei redditi dei giovani, del blocco del **ricambio generazionale**. I contratti e i compensi dei medici sono bloccati da 10 anni.

Ho sentito parlare molto qui di dipendenti ma le categorie mediche sono diverse: non ci sono solo i colleghi che lavorano come dipendenti, che peraltro non rappresentano più una categoria "al sicuro" se pensiamo al **problema della stabilizzazione** dei contratti, alle forme atipiche come i contratti co.co.co. In altre parole non ci sono più le garanzie di una volta, nemmeno per chi lavora in ospedale.

Ci sono anche i colleghi che lavorano in convenzione con il SSN, i medici di medicina generale, gli specialisti ambulatoriali e gli specialisti esterni. C'è il problema della **programmazione** e il buco che si sta venendo a creare nella medicina del territorio. Insomma, non è giusto a mio parere che le donne medico parlino solo di questioni più specificamente attinenti alla loro condizione.

Per poter avere una visione delle criticità e delle eventuali strade da percorrere bisognerebbe il più possibile avere una visione d'insieme. Perché è insieme che vanno affrontate le questioni più urgenti.

Stiamo ancora aspettando il rinnovo della convenzione per i medici di medicina generale. Gli specialisti ambulatoriali lo hanno avuto solo per la parte normativa, ma non dal punto di vista economico. Ci fanno firmare i contratti senza impegno economico, quindi a costo zero, e noi siamo fermi a 10 anni fa. E con questo dobbiamo reggere comunque tutto il sistema. Sono fermi i fondi di ponderazione. Diminuiscono i medici e i contribuenti.

C'è poi un **patto intergenerazionale** da tenere in piedi e da alimentare perché è quello che ci garantisce. Se manca il ricambio generazionale, il sistema non può reggersi. Speriamo quindi in un cambiamento che dobbiamo sollecitare tutti insieme perché il problema interessa tutti, i colleghi dipendenti e i convenzionati.

Ho portato tanti dati. Eccone alcuni: le domande di riscatto stanno aumentando, forse la gente è stanca e vuole cercare di andare in pensione prima avvalendosi appunto del riscatto, mentre calano le domande di ricongiunzione, anche per via dell'introduzione del cumulo previdenziale.

Sicuramente c'è una **progressiva femminilizzazione** della professione che non è *tout-court*. È un aumento che si sta verificando nel tempo, e con il tempo ci sarà quell'inversione, **ma ad oggi la prevalenza è ancora maschile**, anche se nel 2016 per la Quota A le donne iscritte sono il 54%.

C'è una **difformità sul territorio italiano** e secondo me dovremmo incominciare a leggere anche questa, dovremmo incominciare a valutare anche quest'aspetto quando poniamo dei problemi. Vi ho portato tutti i dati e in particolare quelli per la Quota B del Fondo di previdenza generale

Quello che vorrei sottolinearvi è che comunque ancora, tranne nella Pediatria, sono gli uomini ad essere prevalenti. C'è poi una differenza sui redditi che emerge confrontando i redditi medi, per sesso e per regione geografica, con una netta **differenza tra Nord e Sud**. Anche su questo ho portato i dati analitici per chi fosse interessato sulle varie categorie, pediatri, ambulatoriali, convenzionati e transitati.

Per quanto riguarda gli specialisti esterni, c'è da sottolineare il fatto che si tratta di una situazione che va monitorata perché il fenomeno è una cartina al tornasole di come il Sistema sanitario pubblico abbia poche opportunità. Non è un caso che sono in aumento gli specialisti esterni sotto forma di società, che stanno invadendo la sanità. L'Enpam ha fatto un accordo con le società professionali che stanno versando i contributi previdenziali.

Veniamo nello specifico al tema della fem-

minilizzazione. Il **reddito medio delle donne** è penalizzato rispetto agli uomini. Per di più le donne hanno un'aspettativa di vita più elevata degli uomini, quindi alle donne dobbiamo garantire una pensione per un tempo più lungo.

La differenza salariale fra uomini e donne è del 27,2% a discapito delle donne. Le donne con meno di 24 anni dichiarano un reddito di 16.750 euro contro i 18.600 degli uomini di pari età.

È una differenza già significativa il 10%, che poi nel tempo sale e tra i soggetti dai 41 ai 50 anni arriva al 35,6%. Dopo un certo livello, i guadagni medi rilevati per le donne smettono di crescere, al contrario di quello che invece avviene per gli uomini. La differenza uomini/donne è significativa se valutiamo l'entità di quello che viene versato. Il reddito medio è penalizzante per le donne sia al Nord che al Centro che al Sud. Quindi qual è il discorso? Le donne guadagnano di meno, hanno contratti a singhiozzo e spesso accumulano dei buchi contributivi per la maternità e per la cura dei famigliari.

Questo conferma i dati segnalati dalle colleghe. Le future pensioni delle donne saranno amare. Già oggi sono più basse del 36% rispetto a quelle degli uomini; è un problema a cui dobbiamo pensare, lo dobbiamo valutare e dobbiamo trovare quei correttivi che impediscano una simile prospettiva.

Qual è l'altra cosa che ha fatto l'Enpam? Spero di avere il tempo necessario perché questo è un fiore all'occhiello da portare all'attenzione come il risultato di un lavoro di donne. Come Sumai, dovendo partecipare al tavolo delle trattative, ho fatto un questionario nel 2013 nell'ambito di una rete costituita da rappresentanti di tutte le regioni italiane, chiedendo quali fossero i problemi prevalenti che dovevamo portare nelle trattative. È venuto fuori che non erano le quote, non era la rappresentanza. I problemi prevalenti erano: la tutela della maternità e la flessibilità nel lavoro.

Ho quindi portato la problematica all'Osservatorio, a livello sindacale e parallelamente abbiamo fatto il rinnovo contrattuale, ma senza costi. Abbiamo utilizzato solo 1 o 2

escamotage per migliorare una certa situazione ma non in modo risolutivo.

A livello di Jobs Act qualche cosa per le donne è stato realizzato, ma di fatto non viene applicato. L'unico campo dove ho avuto risposta è stato proprio l'Enpam, il cui Presidente, Alberto Oliveti, è sensibile a queste problematiche e lungimirante nel cogliere anche il problema generale della denatalità in Italia. Abbiamo costituito un gruppo di lavoro a cui ha partecipato anche Roberta Chersevani, Alba Latini Presidente Cao di Teramo, la Strusi che è una specialista ambulatoriale molto preparata e la dottoressa Basilico del Ministero.

Il percorso non è stato facile, né immediato, pensando all'iter previsto per le modifiche regolamentari: le proposte infatti devono passare attraverso i Ministeri vigilanti che sono alquanto restii ad approvare qualsiasi modifica ed è forse la difficoltà più grossa che abbiamo affrontato.

Comunque, il regolamento Enpam alla fine è passato, anche grazie all'intervento personale di Roberta Chersevani e mio, che ci siamo recate appunto ai ministeri, come dire "con la cenere sulla testa".

È una risposta che abbiamo voluto dare alle donne. Abbiamo aumentato le **indennità di maternità**, garantendo ulteriori 1.000 euro alle dottoresse con reddito inferiore a 18.000 euro. Siamo già arrivati a dare in un anno 1.000 integrazioni.

La **gravidanza a rischio**: molti contratti in medicina generale e anche nella specialistica ambulatoriale non prevedono la gravidanza a rischio; abbiamo abolito il limite reddituale e abbiamo riconosciuto 1.500 euro. Sono pervenute 100 domande. Il **bonus bebè** di 1.500 euro per le spese del primo anno di vita del bambino comprese quelle di nido e baby-sitter, 866 domande, per una spesa di più di 2milioni di euro. Poi per le **lavoratrici part-time**: faccio un esempio, se hai incarichi professionali ad ore, che hanno quindi un minimo di ore, garantiamo l'indennità minima. Le **specializzande** in medicina: mentre le specialiste erano coperte perché contribuivano all'Inps, quindi usufruivano delle norme dell'ente di previdenza pubblico, le specializzande in medicina generale non erano co-

perte. Ora lo sono grazie all'Enpam. In più è possibile coprire il buco contributivo con versamenti volontari: nel periodo della maternità le dottoresse di medicina generale sono penalizzate perché non viene conteggiato ai fini dell'anzianità contributiva. Con il nuovo regolamento ora è possibile con versamenti volontari.

Abbiamo introdotto l'**iscrizione degli studenti** al quinto e sesto anno. 2.004 sono gli studenti che si sono già iscritti, con una prevalenza di donne. È una grande opportunità che andrebbe diffusa. L'89% ha pagato al momento dell'iscrizione e l'11% fa un debito d'onore. Da parte dell'Enpam è un segno di rispetto anche per l'autonomia dei giovani, consentendo loro di avere con questa iscrizione anticipata più anni di anzianità contributiva utile ai fini previdenziali, e di creare già un rapporto con gli Ordini e con l'Enpam, oltre a tutte le tutele previdenziali e assistenziali a cui hanno diritto fin da subito come i colleghi già abilitati, ovvero gli aiuti economici in caso di bisogno, i mutui agevolati per la prima casa e lo studio professionale, i sussidi per la maternità, e altro ancora.

Dott. Giancarlo Pizza:

La dottoressa Oberrauch viene da Bolzano e mi ha promesso che parlerà in italiano.

Dott.ssa Monica Oberrauch:

Grazie Presidente per questo invito. Ho sentito tante bellissime relazioni, quindi io non mi soffermo più di tanto su concetti che sono già stati affrontati. Vorrei solo aggiungere che la poca natalità in Italia è dovuta anche la poca disponibilità maschile a supportare, ad aiutare la donna nell'educare e portare avanti insieme la questione famiglia e bambini. Questo io spesso l'ho visto, l'ho dovuto notare. Ma c'è anche un'altra cosa che in Italia forse è poco presente: una rete sociale che invece esiste in Germania, Austria, Svizzera e paesi scandinavi. Io sono molto in contatto con i nostri vicini, paesi esteri, e vedo altre cose. Noi in provincia di Bolzano siamo agli inizi della questione al femminile.

Io sono la prima Presidente donna, quindi finora era un po' il sonno continuo. Io non por-

to dati, porto solo la situazione dell'Ordine che si sta impegnando per le colleghe donne, ma anche per i colleghi ovviamente. Abbiamo nel nostro focus anche i nostri amici. C'è da fare la distinzione tra compatibilità di lavoro e famiglia. Questo è un tema cruciale anche per noi ovviamente. Ho appena fatto un censimento fra le colleghe, per conoscere quante hanno bisogno di un posto per il bimbo o di assistenza al bimbo, non solo dalle 8:00 della mattina alle 15:00 del pomeriggio, ma 24 ore, perché noi ovviamente abbiamo i turni che vanno oltre e quindi deve esserci anche la possibilità che il bimbo possa pernottare. Questa è un'attività che io ho iniziato con il nostro Assessorato alla Salute e quindi adesso siamo nel bel mezzo del cammino, abbiamo quindi individuato la *tagesmutter* cioè, tradotto in italiano, "mamma da giorno", però queste accolgono il bimbo nella loro casa, lo accudiscono, può pernottare da loro, quindi è accolto in una famiglia. Queste mamme sono state formate in un processo di accreditamento da parte dell'Assessorato e quindi anche loro sono sotto sorveglianza continua. Non è che una mamma all'improvviso dice io accolgo i bimbi, accudisco i bimbi degli altri. No, devono seguire un percorso formativo specifico.

La compatibilità delle nostre colleghe a tempo pieno, tempo libero, part-time, come riusciamo in questo? Le colleghe in questo hanno ben poca scelta perché se si lavora che sia part-time che sia tempo pieno, che sia tempo super parziale, non lo so, il tempo libero a disposizione è pochissimo alla fine, Io vedo per me stessa ma lo vedo anche per le mie colleghe. Dalla mattina alla sera tardi si corre e si organizza. Quindi l'obiettivo è trovare una situazione che sia in sintonia con l'orario di lavoro; questo l'avevamo già detto, stradetto, e lo ripeto ancora. Queste associazioni funzionali territoriali AFT che adesso si stanno creando in tutto il territorio italiano, e quindi anche da noi, che siano volte ad un'organizzazione lavorativa favorevole. Di questo noi ovviamente dobbiamo farci promotrici.

La professione. Il focus sta sulle condizioni di lavoro, quindi noi dobbiamo cercare di creare un miglioramento. Cosa vuol dire? Vuol dire

creare una sintonia tra lavoro e vita familiare, vita privata, un nuovo modello di vita, tempi di lavoro flessibili; anche questo l'abbiamo già detto quindi io non mi dilungo più di tanto su questo, però vedo molta assenza da parte dei mariti delle nostre colleghe ad assumersi il carico di lavoro che gli spetterebbe. Perché è così, questa è la realtà con la quale noi dobbiamo fare i conti, purtroppo.

La carriera. Rende felice avere una carriera, ma essere in carriera rende felici le donne? Io credo di sì, perché no? Come rende felici gli uomini, essere in carriera, così è per le donne, ma dobbiamo entrare e, laddove non sono presenti, creare i comitati alle pari opportunità perché si diano delle chance alle colleghe di avere una carriera.

Un altro punto importantissimo e sul quale io mi impegno molto è dare l'opportunità alla carriera mediante una pianificazione strategica, come fanno i maschi. Noi dobbiamo dare un mentore alle nostre colleghe per permettere di pianificare in modo molto strategico la loro carriera. Pianificare le pubblicazioni, pianificare di entrare in commissioni di lavoro, fare un proprio piano nel tempo e nello spazio, strategico. E su questo bisogna dare loro del *mentoring*, perché noi abbiamo vissuto questo con la nostra esperienza. Allora possiamo a nostra volta fare da madrine a queste colleghe. Prenderle per mano – io parlo di colleghe giovani ovviamente, e interessate, perché anche questo ci deve essere, l'interesse. Prenderle per mano e fare con loro un piano. Un piano che vada dalla A alla Z.

Questa potrebbe essere una risposta per il professore (Cavicchi), di dare temi alla medicina al femminile – perché io, sinceramente, mi aspetterei più risposte da parte maschile verso le donne colleghe, ad esempio di dare alle donne colleghe questo spazio: di fare pubblicazioni, di andare ai convegni anche internazionali e di riuscire a stringere relazioni internazionali. Di dare il tempo di effettuare la ricerca scientifica – ci vuole tempo per fare questo, non lo si fa tra un ambulatorio e il figlio che aspetta in casa, non è possibile, bisogna avere il tempo e la pace. Perciò madame Curie aveva due-tre tate per le sue figlie, per avere il tempo di dedicarsi alla ricerca.

Quindi tante, dopo la nascita di un figlio, certamente non eccedono nel lavoro perché non ne hanno più la possibilità perché impegnate nel lavoro di cura. Il sentirsi emozionalmente tirati tra il lavoro e il figlio come succede a me oggi non aiuta a concentrarsi sul lavoro. Io certamente ho nostalgia di mio figlio, lo vedo pochissimo, però oggi sono qua e ho questa sensazione di divisione.

Tuttora le colleghe sono poco presenti nella carriera e nelle posizioni dirigenziali, ma questo non perché le donne non vogliono ma perché viene data loro poca possibilità. Io credo che alle colleghe non è presente questa questione di strategia per arrivare ai posti dirigenziali, per fare carriera. Ci vuole impegno. Ci vuole una freddezza nella pianificazione come fanno i nostri colleghi maschi. I maschi sono così. Ecco, questo potrebbe essere il nostro patto di solidarietà. È un programma di mentoring che rivolgiamo alle nostre colleghe giovani. Quindi noi chiediamo comunque, noi che siamo un po' più anziane, che abbiamo già fatto tante cose, ugualmente di entrare nelle commissioni di lavoro, perché solo entrando in commissioni di lavoro noi possiamo cambiare, possiamo dare risposte, possiamo fugare questioni e così via. Il nostro deve essere anche un *engagement* per la politica, nella solidarietà e nella democrazia del paese, perché siamo noi alla fine che diamo un apporto culturale, sociale alle donne. Tutte le altre donne ovviamente sono le nostre sorelle in questo. Non solo le nostre donne, le nostre colleghe medico, ma chiunque e quindi io credo che stringere un patto di solidarietà con le altre donne sia una buona cosa.

Cambiare modelli organizzativi. Questo l'abbiamo già detto, l'hanno già detto anche le mie colleghe.

Medicina di genere. Anche su questo tema, io non credo di dover aggiungere tante cose. Professioni al femminile. Noi ci impegniamo nelle politiche sanitarie, noi promuoviamo il lavoro scientifico mediante fondazioni, bisogna che noi creiamo fondazioni e mediante queste, che sono una strategia, creare lavoro scientifico per dare spazio al lavoro scientifico, similmente alla politica negli Stati Uni-

ti. Perché se noi aspettiamo continuamente iniziative da parte dello Stato Italiano nella ricerca scientifica non arriviamo. È un lavoro continuo e quindi non deve e non può smettere.

Dott. Giancarlo Pizza:

Grazie Monica. Confermo che la puntualità è stata teutonica. Complimenti. Adesso c'è l'intervento della dottoressa Roberta Chersevani, Presidente di Gorizia ed è stata Presidente del Comitato Centrale nella scorsa, diciamo così, legislatura tra virgolette. Quindi potrà darci uno spaccato anche di che cosa vuol dire avere una donna in Comitato Centrale, in una posizione di rilievo qual è quella della Presidenza.

Dott.ssa Roberta Chersevani:

Giancarlo (Pizza) ha tolto la pausa caffè e quindi non mi ha consentito di recuperare prima la mia presentazione. Devo intanto ringraziarlo per la sensibilità e la perseveranza che dimostra quando affronta problemi della professione, e questa di oggi può essere sicuramente una occasione. Il titolo non l'ho scelto io, lo ha scelto Giancarlo ed è stato in parte modificato dalla nostra coordinatrice Anna Maria Calcagni. Una prima parte è relativa alla professione in Friuli-Venezia Giulia mi limiterò ad un paio di esempi.

Doriana Potente è stata Presidente dell'Ordine dei Medici di Gorizia dal 2000 al 2005 in tempi veramente antichi, perché in quegli anni non credo ci fossero altre Presidenti, poi sono subentrata io. In ambito odontoiatrico Maria Gemma Grusovin, Presidente CAO dal 2003 al 2011. Questo ha cambiato la sanità in Friuli-Venezia Giulia? Non lo so. Però sicuramente le elezioni dell'Ordine dei Medici sono sempre state frequentate, sono sempre state effettuate durante la prima convocazione e vi ricordo solo gli ultimi dati quelli del 2017. Hanno votato il 38% dei medici e 51% degli odontoiatri. Ogni tanto ci ricordiamo di questo problema della scarsa vicinanza dei nostri iscritti a quelle che sono le nostre attività in alcune situazioni, in alcuni ambiti, in alcune province. La seconda parte della mia relazione invece è stata affidata a una definizione di

leadership e ho recuperato una conferenza che era stata organizzata dall'Ordine dei Medici di Firenze nel 2011; allora coordinavo la Consulta deontologica e mi era stato chiesto di parlare di leadership.

E allora rapidamente andiamo un po' a vedere questi punti. Intanto una coscienza di sé. Intanto credibilità. Stamattina abbiamo sentito parlare dei problemi delle donne. Charlotte Whitton è stata sindaco di Montreal e diceva che "...le donne devono fare qualunque cosa due volte meglio degli uomini per essere giudicate brave la metà", ma aggiungeva "per fortuna non è difficile". Ginger Rogers è morta nel 1975, ma è ancora vivo il ricordo per quelle di noi che hanno qualche anno in più e se hanno visto i film con Ginger Rogers e Fred Astaire. Fred Astaire era considerato il grande ballerino, lei faceva esattamente tutto quello che faceva lui, coi tacchi alti e camminando all'indietro, ma ci si ricorda più di lui che di lei.

Ancora le caratteristiche della leadership. L'empatia, quel cercare di condividere le sensazioni, di condividere le problematiche, di essere pronti a riconoscere comunicazioni non verbali, a rilevare quelli che sono i sentimenti sottostanti, a comunicare interesse, e ancora onestà.

Comunicazione: non solo saper parlare, non solo saper comunicare ma anche riuscire a stabilire questa sorta di legame. Mi ricordo un libro uscito qualche anno fa, *Il cervello delle donne* di Louann Brizendine, neuropsichiatra che diceva che nel cervello delle donne c'è una maggiore agilità verbale, c'è una maggiore abilità a stabilire profondi legami di amicizia, la maggiore facoltà di decifrare emozioni e stati d'animo da espressioni facciali e tono della voce, maestria nel placare i conflitti. Mi viene in mente quella biochimica a cui faceva riferimento la collega stamattina, una abilità nello svolgimento di compiti e ancora per la leadership una vision. Durante un viaggio in India di qualche anno fa, poco prima di quel 2011, quando ho parlato di leadership, avevo recuperato un testo scritto su Gandhi e sulla sua leadership, sulla forza che questo omino era riuscito a trasmettere a chi lo circondava, perché a parte la mission aveva la forza di un sogno, aveva degli ideali, aveva una tensione

creativa, coerenza, spirito di servizio – questo forse vorrei sottolineare in particolare – oltre che coraggio, oltre che la possibilità di controllare l'ira. Tutte caratteristiche da tenere presente. E poi ancora il leader che è disponibile al cambiamento. Disponibile al cambiamento perché, come ci insegna Darwin, quella che sopravvive non è la specie più forte, ma quella che è capace, in qualche modo, di adattarsi alle necessità del cambiamento. Umanità e umorismo. Sono caratteristiche degli uomini, sono caratteristiche delle donne.

Ho con me una tabella di Zenger e Folkman. Se andate a fare una ricerca sul web digitando Zenger Folkman trovate che sono pronti a fornire in continuazione dei corsi sul Management e dei corsi sulla Leadership. In questa tabella riassuntiva di uno studio svolto circa 3 anni fa sulla leadership concludono che le donne hanno risultati migliori degli uomini: 48 è il totale per per i maschi e 56 per le femmine; quindi sono dei parametri che hanno valutato. Le donne tendono ad avere iniziative, tendono a migliorarsi, alta integrità morale e onestà, ricerca di risultati e ricerca di aiutare gli altri, ricerca di motivarli, ricerca di creare relazioni. .

In una ricerca dell'IPSOS del 2006, *Lo stile di lavoro*, illustrata/recensita da «la Repubblica», si mettevano a confronto – fra l'altro – i due stili di lavoro, maschile e femminile. Se andate a vedere alcune caratteristiche esaminate – quali far prevalere la gerarchia, decidere da soli, elaborare proposte innovative, far circolare informazioni, rispettare gli altri, rapporti amichevoli – in qualche modo avete la riproduzione di quello che Zenger e Folkman illustravano in modo meno iconografico, ma comunque probabilmente con lo stesso significato.

Da radiologo che si interessava molto di senologia ho ritrovato questo simpatico articolo di Umberto Veronesi, sul «Corriere della Sera» del 2009, dove parlava delle caratteristiche che le donne possono avere: capacità di conciliare necessità lavorativa e procreativa, resistenza al dolore e alla fatica, motivazione, attaccamento al lavoro, senso della giustizia, ricerca dell'armonia, sensibilità artistica e

culturale, capacità intellettuale di ragionamento e concentrazione, maggior forza decisionale e minore aggressività, tendenza alla pace, assenza di conflitti. In qualche modo si va delineando un po' una certa differenza.

E ancora mi piace condividere con voi queste parole di Giuliano Amato in un testo che è uscito nel 2006 in cui parlava di leader e paragonava Alessandro Magno e Penelope. Diceva che la leadership deve avere una doppia attitudine. Deve avere la capacità di guardare avanti, di spingere avanti e anche quella però di cucire e di mettere i pezzi assieme. Alessandro e Penelope. Con lo spirito di conquista di Alessandro Magno senza la capacità di tessere relazioni e rapporti necessari a sostenere l'azione si rischia di arrivare in Oriente da soli. Ma se si fa soltanto Penelope, tessere contatti, mantenere un consenso che divengono fine a se stessi, si rischia di arrivare alla paralisi.

Ma ancora, in questa leadership, la ricerca di priorità, ancora la ricerca di un equilibrio tra lavoro e vita personale, ancora la ricerca del tempo per sé, altrimenti non si arriva da nessuna parte. Per le donne – l'abbiamo sentito serpeggiare stamattina – prevale la rinuncia, c'è poca ambizione per il denaro, la continuità è anche un figlio, l'abbiamo sentito. Prevale una qualche cultura di genere che viene alla fine portata dentro di noi già da piccole. Il potere non è visto come immagine, il potere è visto come un mettersi a disposizione. De Gasperi, l'uomo che ha vissuto momenti importantissimi per il nostro paese, diceva che le donne sono più aperte alle ragioni ideali che non agli opportunismi.

Mi viene da pensare a un menu dove sicuramente noi donne leggiamo da sinistra verso destra ma ho visto leggere spesso da destra verso sinistra. Probabilmente siamo più preoccupate per le calorie.

Leadership è una delle tante definizioni sulla possibilità di influenzare e in qualche modo mobilitare e motivare i membri di un gruppo sociale per raggiungere un obiettivo. Talento naturale sicuramente sì, esperienza specifica, quell'adattamento che abbiamo già visto, ma anche apprendimento, studio.

In uno dei tanti viaggi all'inizio del mio man-

dato ho trovato un manualetto delle decisioni strategiche che mi ha subito incuriosito. È una serie di modelli grafici su argomentazioni varie per chi vive accanto agli altri ed è costretto in qualche modo ad avere un percorso di vita facendo sì che anche gli altri abbiano il loro percorso di vita. E mi ricordo che mi avevano molto colpito i vari schemi e tabelle che spiegavano come capire se una squadra funziona, come gestire i collaboratori in modo corretto, come formare un team da un gruppo. Molto spesso uno si trova a lavorare assieme a persone che non si è scelto ma che altri hanno scelto, e il problema diventa ancora più complesso. Allora il piccolo manuale indica la necessità di renderci conto che è bene che ognuno ragioni con la propria testa e allora diventa rispetto delle diverse modalità di pensiero. Un altro testo che mi è stato utile è *L'arte di trattare le donne* di Schopenhauer, che seppure datato – l'autore è morto nel 1860 – è davvero molto contemporaneo, quindi se vi capita questo libro fra le mani andate a leggervelo. E sto andando verso la fine.

Mattarella, l'8 marzo di quest'anno, parlando delle donne parlava di tenacia e di impegno per superare le discriminazioni, per rimuovere gli ostacoli all'ingresso delle donne nella vita pubblica, per ridurre le disparità nel mondo del lavoro, nell'accesso ai servizi, nella vita familiare. Ma soprattutto è il secondo paragrafo del suo discorso che mi ha colpito di più quando afferma: "persistono barriere da superare, squilibri da colmare ma abbiamo sempre nuove prove di come le pari opportunità delle donne costituiscono uno degli antidoti più forti alle chiusure oligarchiche". Questo termine mi ha fatto andare a ricercare poi tutto il testo del discorso. Chiusure oligarchiche, immobilismo sociale e disuguaglianze economiche che abbiamo già sentito stamattina.

Tedros Adhanom Ghebreyesus è diventato il direttore generale dell'OMS lo scorso anno e avevo seguito la vicenda perché uno dei nostri direttori generali del Ministero è stato chiamato da Tedros a collaborare. Fra suoi discorsi mi era piaciuto in particolare questo passaggio: "la parità di genere è possibile se siamo pronti ad ammettere che ci sono don-

ne con talento accanto a noi. Il problema è che non lo vogliamo ammettere”. Abbiamo ricordato stamattina Caserta – 28 settembre 2008, il primo convegno. Io ero Presidente provinciale da pochi mesi e lo ricordo come un momento di forza, guardavamo al futuro, eravamo già pronte ad andare avanti, a declinare al femminile la medicina, dove questo declinare voleva tradursi in spiegare ma in qualche modo, sotto sotto, il significato era del declino della medicina. Sono passati un bel po’ di anni. Credo che questo fosse il messaggio che usciva da quel convegno: spingere le donne a partecipare e chiedere un equilibrio di rappresentanze nei Consigli provinciali dell’Ordine. È ancora un grande *work in progress*; il fatto che le Presidenti adesso siano tante di più ma che anche le Vicepresidenti siano tanto aumentate mi fa ben sperare.

Dott. Giancarlo Pizza:

C’è ora il dottor Giovanni Leoni, attuale Vicepresidente del Comitato Centrale della Federazione, che cortesemente ha sostituito Filippo Anelli. Leoni è un chirurgo di fama, vedo molti dei suoi articoli su “Quotidiano Sanità” che hanno grande successo. . Giovanni, quello che ti chiediamo è sapere cos’ha in animo il Comitato Centrale per questo problema, che voi già conoscete, e che avete cominciato ad affrontare e sono sicuro che tu deluciderai.

Dottor Giovanni Leoni:

Grazie per l’invito al Presidente Pizza, grazie a tutte quante le Presidenti che saluto da qui. Io sono Vicepresidente da circa tre mesi e mezzo, sono al secondo mandato da Presidente dei Medici di Venezia. Sono Segretario di un sindacato degli ospedalieri, a livello del Veneto, e faccio ancora il chirurgo generale – domani sono di guardia 6 ore ma me le faccio, così oggi posso stare qui con voi –. Ma avere l’aggancio con la mia realtà ospedaliera è un elemento importante. Anche noi veneziani abbiamo la prima donna laureata al mondo che era la filosofa Lucrezia Cornaro Piscopia, e di questo siamo molto orgogliosi anche perché, vedete, l’anno era il 1646. Naturalmente io non metterò tutte

quante le tabelle che avete messo voi durante la giornata però è chiaro che l’evoluzione della presenza femminile è stata ben analizzata. Anche nel nostro Ordine, la tendenza dà un’inversione del 60-40% in favore delle nostre neolaureate neoiscritte.

Allora diciamo che l’evidenza della trasformazione l’abbiamo analizzata anche noi, perché la problematica implicava anche un’evoluzione per quanto riguarda la trasformazione del lavoro al femminile.

Dicevo poco fa, ma erano i miei cavalli di battaglia anzi tempo, che il rispetto della gravidanza ed il rispetto della turnistica sono sempre stati fondamentali per quanto riguarda il tipo di rapporto di lavoro a livello ospedaliero, perché io vengo da una generazione di persone che hanno fatto le guardie da 24 ore, 12 ore e turni di reperibilità, come diceva la dottoressa Coconcelli prima.

E quindi in certe branche della nostra professione, che sono soprattutto quelle collegate con l’urgenza e l’emergenza, questo tipo di stress alla fine viene tollerato male da noi che siamo dei maschi, e ancor peggio dalle donne che molte volte dicono “alla fine io ho scelto di fare una professione, non di fare un martirio” – come dicono le mie nuove specializzande. Le problematiche di turnistica cominciano l’estate e molti sanno che cosa vuol dire.

È difficilmente percepibile all’esterno quella che è la vita all’interno di certi reparti e questo pone il problema di carenza di personale. Quindi cambiare la professione al femminile vuol dire anche far rispettare le regole, le regole per i turni, per le gravidanze e soprattutto fornire il supporto a quello che una attività di donna richiede, con asili nido, supportando le persone che sono nella parte più feconda della loro vita, perché dopo i 30 anni sapete benissimo che la curva di fertilità cade e dopo succede che le donne sacrificano la possibilità di avere una famiglia, dei figli ecc., per la propria professione.

In altri paesi del mondo questa cosa è stata già risolta. Io penso che semplicemente il rispetto delle regole potrebbe essere la sola soluzione da attuare.

Noi ci siamo occupati anche come Ordine di

Venezia della problematica affrontata oggi, perché questo è il mio vissuto, precedente l'attuale al Comitato Centrale. Anche per quanto riguarda la violenza domestica di genere, abbiamo organizzato degli eventi assolutamente articolati per cercare di essere il più possibile omnicomprensivi su problematiche a tutto tondo su questo tipo di problema. Naturalmente abbiamo sviluppato iniziative anche per quanto riguarda i minori, con un ringraziamento alla Commissione Pari Opportunità del mio Ordine che si è presa l'onere di organizzarle tutte.

Come primo lavoro, come prima problematica che è stata affrontata livello di Federazione, a livello di Comitato Centrale, come emergenza è stata la violenza sugli operatori. Questa sugli operatori perché io, uscito dalla mia dimensione provinciale o regionale, quando sono finito al Nazionale mi sono reso conto di altre realtà, soprattutto al Centro-Sud di cui onestamente non conoscevo la portata. Ho letto gli articoli, o sapevo per sentito dire, ma quando cominci a capire come sono le condizioni di lavoro, che per noi sono scontate io ho fatto sia la guardia medica, due anni e mezzo, ho fatto il medico di pronto soccorso, due anni e mezzo, prima di fare il chirurgo generale. Quindi due tre esperienze le ho vissute; oltretutto mia moglie è anche lei medico, quindi è una problematica emersa in famiglia, come tipo di attività, ma pur nello stress abbiamo rilevato tutto sommato certi standard che non ho trovato al Centro-Sud.

Al Centro-Sud le sedi di guardia medica sono abbandonate. Io onestamente non sapevo che una dottoressa era sola quando faceva il turno notturno e apriva anche la porta per ricevere la gente dentro. Perché nel nostro mondo e nel nostro ambiente ancora le guardie mediche, per esempio, sono solo a domicilio. Non esiste la ricezione notturna tanto, per capirsi. Quindi bisogna sentirlo raccontare, e vedere gli articoli, vedere i video per capire quali sono le dimensioni, la gente che è stata violentata, gente che è stata minacciata in posti di lavoro privi di quelle che sono le più banali norme di sicurezza: la porta allarmata e collegamento diretto con

la polizia, telecamere di sorveglianza. Direi che sono requisiti minimi, non mi pare una cosa drammatica, ma non ci sono.

Allora la problematica è stata tale per cui noi con il Presidente Anelli ci siamo adoperati per un Osservatorio con il ministro Lorenzin, sono partiti i tavoli discussione con il Comandante generale dei NAS e con la direzione della programmazione sanitaria, per evidenziare a tutto tondo questo tipo di problema che hanno considerato prioritario quanto l'evoluzione della professione.

Naturalmente questo è un problema di inadeguatezza. Le inadeguatezze strutturali dipendono da Ministero, Regioni, ASL. Servono degli investimenti, cioè servono dei soldi. Si deve investire su cose su cui non si è investito fino adesso e non si vuole investire. Nostro compito è quello di spostare l'interesse politico verso questo tipo di investimenti da questo punto di vista. Questo l'abbiamo considerato prioritario. Quindi questo è consistito nell'aver la possibilità di confrontarci col Ministro Lorenzin, che è stata sicuramente disponibile – soprattutto l'ultimo periodo del mandato, quando l'abbiamo conosciuta – a questo tipo di problema.

C'era però tutto quanto un pregresso da sistemare, d'accordo che adesso è diventato più evidente, perché prima le cose forse si sapevano però erano un po' sotto altre pratiche. Almeno la vedo così, non mi do altro tipo di spiegazioni; soprattutto alcune trasmissioni nei media ci hanno dato una mano a quello che è lo sblocco del sistema, che non è cosa da poco.

Alla fine della chiusura dell'Unione poi capire che certe determinazioni tipo l'aumento delle borse di studio per i medici, il triennio dei medici di Medicina Generale che sembrava cosa fatta, passano da 800 a 2.000 per risolvere il problema della pensionistica e del recupero di quello che è la possibilità di paziente di curarsi ancora dal medico di base, medico di famiglia normale, per non parlare degli ospedalieri. Gli ospedalieri andavano dopo, intanto sistemavamo questo qui. Detto, fatto, sottoscritto, col sottosegretario capodipartimento Kinè e poi la cosa si arena un metro dopo. Perché? perché se

tu fai anche delle belle discussioni ma non c'è poi la spinta politica dell'applicazione vedremo come andrà avanti questo nuovo governo che sta partendo perché si parla di investimenti per fare queste cose qua.

Quindi noi come FNOMCEO alla fine ci siamo riuniti in federazione, e abbiamo preso atto di quelle che sono le evoluzioni del nuovo Comitato centrale che è stato eletto nel rispetto delle regole degli Ordini.

È vero, quest'anno c'è solo Annamaria Ferrari revisore dei conti. Del resto le candidature, gli equilibri erano noti da tempo e questo è stato il risultato. Personalmente sono Vicepresidente in maniera quasi indipendente dalla mia volontà, nel senso che uno viene eletto, chiamato, poi può accettare o meno. Allo stato questo comitato centrale ha avuto una legittimazione, son venuti a votare tutti i 106 Presidenti di Ordine, ha avuto 1.700 voti Anelli e 1.600 il segretario 1.700, il segretario 1.500, 100 voti. Siamo stati anche a posto come graduazione per non avere grossi problemi. Poi tutti quanti a caduta. Quindi siamo stati alla fine legittimati anche dal voto dei nostri colleghi che sono i Presidenti degli Ordini. Le donne sono aumentate come Presidenti di Ordini e Presidenti CAO quindi in progressione c'è quella che è la trasformazione al femminile anche per quanto riguarda la FNOMCEO così come per i gradi dirigenziali. È solo questione di tempo e non manca tanto tempo. Penso che ci sarà un'evoluzione anche abbastanza rapida nei prossimi 5-10 anni. Facciamo una foto di com'è la FNOMCEO adesso e confrontiamola fra 10 anni, vedrete che sarà completamente differente. L'evoluzione nel mentre adesso per colmare questa situazione che comunque si è verificata, è stata quella di coinvolgere tutte quante le commissioni, comunque ci sono anche come organo operativo della federazione e sono numerose e distribuite nei vari ambiti. Questo è quanto quello che vi posso dire io, in tre mesi e mezzo di attività a livello della Federazione. Per quanto riguarda il lavoro svolto, abbiamo sicuramente continuato con Maria Erminia Bottiglieri e con Maria Calcagni, che oltretutto sono persone di

esperienza per gli incarichi precedenti, più le nuove Presidenti che hanno assunto altri tipi di commissioni, come la Medicina di Genere con la professoressa Mazzei, e vedremo l'evoluzione, spero a stretto giro di posta. Noi continuiamo comunque la nostra attività anche a livello ordinistico per quanto riguarda la violenza perché purtroppo è sulla stampa quotidiana e l'evoluzione di quello che è la medicina di genere che è sentita sia a livello centrale che a livello periferico; noi a livello periferico tutto sommato lo sentiamo, perché molto banalmente fa parte della professione medica.

È una problematica che dev'essere sviluppata adeguatamente. Ed è vero che è fresca perché vi sono rivoluzioni scientifiche che sono non recentissime ma neanche proprio, diciamo, conosciute dal grande pubblico medico negli ultimi vent'anni è una acquisizione abbastanza recente. Per quanto riguarda invece la revisione del codice di deontologia medica, di cui si parlava anche con Ivan Cavicchi all'inizio, io l'ho vissuto. L'ho vissuto questo codice di deontologia medica perché ero Vicepresidente all'epoca; è stato un parto diciamo abbastanza prolungato con una Commissione articolata che aveva come responsabile, come Presidente della commissione ontologica, la Presidente Chersevani (che è quella che mi ha fatto Presidente qualche anno fa e che ringrazio dell'onore), e che ha avuto una durata anche notevole per quanto riguarda ordini, votazioni, emendamenti.

Chiaramente si può fare sempre meglio, però non posso dire che i due anni quasi passati a ragionare agli Ordini – perché ognuno si era preso un pacchettino di articoli che doveva rivedere per i fatti suoi, avevamo diviso tutti quanti il codice a spezzoni, poi ci siamo confrontati – non siano stati utili per quanto riguarda la crescita professionale e la crescita di quella che è la responsabilità principale, alla fine, della Federazione che è il Codice Deontologico, con tutte quante le declinazioni rispetto a tutti gli Ordini che lo compongono.

Io con questo ho finito, è possibile che facciamo qualcosa a Venezia e vi inviteremo

tutte, quelle presenti, perché faremo sicuramente un evento con “Venezia in Salute” che dovrà essere adeguato su vari tipi di temi nella celebrazione dei 40 anni del Sistema Sanitario Nazionale, e per il quale dovremo trovare anche uno spazio.

Questa giornata mi ha dato un'altra idea, un ulteriore stimolo per la celebrazione nel cambio generazionale e anche di genere nella nostra professione.

Dott. Giancarlo Pizza:

Grazie Giovanni. Ci sono alcuni altri interventi, la dottoressa Maria Luisa Agneni, per favore, grazie.

Dott.ssa Maria Luisa Agneni:

Ringrazio il Presidente Pizza dell'invito e della fiducia che mi ha accordato essendo io una specialista ambulatoriale pneumologa di Roma ma né Consigliera né Presidente di Ordine. Porto delle riflessioni fatte insieme alla dottoressa Ornella Mancin dell'OMCeO di Venezia, che è qui in sala e che ringrazio moltissimo. Non ho dati da mostrarvi, non ho slides, ma semplicemente delle considerazioni e dei pensieri da proporre.

Vorrei per prima cosa rispondere al professor Cavicchi che stamattina, fra i quesiti che ha posto che mi sembra siano stati piuttosto disattesi negli interventi che si sono susseguiti, chiedeva a noi donne in che cosa consista la femminilizzazione della medicina.

Ci ha domandato: “come e perché le donne medico hanno qualche cosa di diverso nell'agire la propria professione? ... Dovremmo comprendere i tratti che le connotano per trasmettere correttamente quello che nella professione stanno apportando e soprattutto le loro potenzialità”.

Vorrei rispondere facendo solo un esempio e riferirvi di una provocazione che ho lanciato ieri a Napoli ad un convegno di pneumologi per lo più molto qualificati. Durante la mia relazione ho chiesto: “facendo centinaia e centinaia di spirometrie ai pazienti che visitiamo vi siete mai accorti che, a valori funzionali identici, c'è una diversa percezione della dispnea? intendo a parità di genere, a parità di costituzione e di percentuale

di scostamento dalla normalità”. Dapprima nessuno mi ha risposto, poi un primo collega uomo ha ipotizzato che se avessimo utilizzato pletismografi anziché spirometri avremmo avuto dati più accurati che avrebbero fatto emergere sottili ma significative differenze fra i pazienti; quindi la spiegazione, secondo lui, sarebbe tutta nel mezzo di misurazione. Poi finalmente una collega ha ipotizzato che anche il luogo di vita potrebbe essere determinante! “A Roma vivere al centro storico o di fronte ad una grande villa comunale potrebbe fare la differenza per non parlare di chi vive a Taranto vicino l'ILVA”, e ancora un'altra collega: “se un paziente ha un vissuto infantile di dispnea per patologie respiratorie in tenera età avrà una percezione della dispnea da adulto diversa da quella di un fumatore che gradatamente solo dopo i 60 anni ha cominciato per la prima volta ad affannarsi in salita”. Bene, questo è un esempio, professor Cavicchi, di come le donne medico comprendono quello che c'è nel proprio paziente, che non è degenerato ma che è finalmente una persona perché, come ho poi sottolineato, l'errore di considerare la respirazione solo uno scambio mero di anidride carbonica e di ossigeno non deve essere più fatto, perché il respiro è fortemente simbolico per tutto il nostro essere: è il simbolo della vita e fortemente governato anche dall'emotività e dalla propria storia anche e non solo di patologie. È evidente che la donna sia molto più attenta alla complessità del malato che soffre, ma non certo per dote innata. Stamattina ho sentito parlare di doti innate femminili ma mi indigno se qualcuno afferma che le donne sono meglio degli uomini perché sono più accoglienti, perché hanno la capacità di prendersi cura degli altri da sempre, o perché sono amabili. Questo è mortificante per il nostro essere medico, perché siamo molto, molto di più.

Entriamo nell'argomento del convegno e della mia relazione.

Le donne all'interno del mondo medico hanno un evidente problema di rappresentatività. Questo l'abbiamo capito. Non è superfluo ricordare che, pur essendo così

numerose, presto numericamente più degli uomini, le donne hanno una rappresentanza del tutto ininfluyente negli organismi della *governance* della professione.

Sorvolo sui numeri che sono stati già trattati dalle precedenti relazioni. La cosa è apparsa in tutta la sua chiarezza quando alla FNOMCeO è stato presentato il Comitato Centrale che è totalmente privo di donne medico. Di fronte a questa anomalia rappresentativa, chiamiamola così, alcune di noi hanno tentato di sollevare il problema, ne abbiamo scritto sul «Quotidiano Sanità», anche con un discreto apprezzamento. La Presidente Mazzei, qui presente, ha tentato di organizzare, in tempi rapidissimi, una riunione delle donne per riflettere insieme sull' accaduto, e per farci in qualche maniera propositrici di una soluzione.

Ci siamo trovate a Firenze, ma poi la mozione si è persa nel nulla. Intanto le nostre Presidenti hanno accettato quello che potrebbe essere considerato un ripiego, se non fossi così certa della loro autorevolezza e non fossi così certa che comunque qualche risultato per la questione medica al femminile lo porteranno.

Ma torniamo alla rappresentatività nel mondo medico: perché le donne che sono attualmente quasi il 50% dei medici non hanno una giusta rappresentanza numerica nelle istituzioni della *governance*? Agli uomini piace dire che non si trovano donne disposte ad impegnarsi così tanto perché hanno molto, molto da fare, oltre a fare il medico. Oppure perché non sono interessate. Altri addirittura dicono che non siamo in grado di emergere e di essere competitive con loro nella *governance* delle istituzioni.

A nostro avviso ci sono due tipi di problemi che vi vorrei consegnare: uno all'interno del sistema, e uno correlato alle nostre caratteristiche. Perché non ci possiamo sottrarre da una responsabilità che in parte è anche nostra.

Il sistema di rappresentatività così come è costruito è penalizzante per la donna. Questo è il centro del problema, sistema costruito dagli uomini per gli uomini. Del resto come anche l'organizzazione del lavoro me-

dico è costruito e pensato soltanto per loro. Da sempre.

Ma c'è anche un problema interno alle donne. Cioè una tendenza delle donne ad essere nella *governance* al seguito degli uomini, senza la capacità di un pensiero autonomo, portatore di valori del proprio sentire e del proprio agire della professione. Anzi, mi correggo, senza la possibilità di esprimere un pensiero autonomo, per la mancanza del permesso interno a poterlo fare.

Naturalmente i due problemi sono complementari e si amplificano fra di loro. Un sistema costruito ad uso e consumo dell'uomo, una non capacità ma soprattutto possibilità di esprimere le proprie caratteristiche e il proprio pensiero della donna.

Un altro problema da considerare è quello dell'ausiliarità delle donne. Le donne medico nella *governance* della professione sono quasi, con le dovute eccezioni, come le suore nella Chiesa. Tanto brave e tanto operose ma non diranno mai messa. Veramente noi ce l'abbiamo avuta una papessa, ma non sappiamo se e quanto le sia stato permesso di esprimersi e di agire il suo ruolo. In ogni caso è una rara eccezione, una rondine non fa primavera.

Infatti, negli Ordini e nella FNOMCeO siamo in genere collocate, per non dire relegate, negli osservatori e nelle commissioni. Come se affrontare questi problemi fosse sufficiente alla questione medica al femminile. Ma questi sono problemi da affrontare su un altro piano! Non si può pensare di recingerci dentro riserve, per poi esprimere soltanto i problemi sindacali! Soltanto i problemi che mancano gli asili nido per i bambini? Soltanto perché i nostri contributi hanno un buco nell'ENPAM durante il periodo della gestazione o del puerperio? Questi non sono problemi da questione medica. Questi sono problemi importanti ma sindacali o di altro genere. Come anche la Medicina di Genere è così interessante così innovativa, professoressa Mazzei, ma ho l'impressione anzi il timore, che anche quello può diventare una ghettizzazione.

Ci facciamo interpreti di questa nuova scienza, di questa nuova conoscenza e ci

accontentiamo di questo? Vi ricordo che a tutt'oggi noi non siamo degne di sedere ai tavoli che contano, l'abbiamo già sentito negli interventi che mi hanno preceduto. Ma il nodo da sciogliere è che a noi sta bene stare nelle commissioni; è che noi sta bene stare in questi recinti, e sentiamo che per noi è adeguato questo. Con gratitudine lo accettiamo, e non andiamo oltre.

Ma qualora riuscissimo ad esprimere un pensiero autonomo sulla *governance* della professione come sull'organizzazione quotidiana del lavoro poi si affaccia uno spettro successivo, cioè la violenza sulle donne. Perché la violenza sulle donne può essere correlata alla libertà di esprimere un pensiero autonomo nel mondo medico? perché nel pacchetto "Violenza Sulle Donne" non c'è solo lo stupro, ma c'è anche la violenza passiva. Quando noi abbiamo delle idee nuove e le comunichiamo, i nostri colleghi o le istituzioni rette dai colleghi, può succedere che se ne appropriano o, meglio, che le saccheggino appropriandosene. Oppure può succedere che non le sentano per niente, e che ne rimangano indifferenti. E questa è anche violenza. Diciamo che il più delle volte ci ignorano. Sappiamo che la nostra condizione professionale ogni giorno oscilla fra la drammaticità degli svantaggi, i soprusi, le molestie, con ripercussioni certe sulla penalizzazione delle carriere, e sulla preclusione ai ruoli di maggiore responsabilità, la tolleranza e l'iperadattamento, per quieto vivere. In una condizione lavorativa pensata e costruita ad uso e consumo maschile.

Per sopravvivere molte di noi, e soprattutto quasi tutte le dirigenti apicali, sono costrette ad adottare comportamenti mascolinizzanti: mettersi la tuta mimetica, gli anfibì, assumendo tristi e imbarazzanti atteggiamenti, rinunciando ad un nuovo paradigma più adeguato e consono. Rinunciando alla sperimentazione di nuove relazioni, di nuove sfide.

Questo è uno dei motivi per cui le donne spesso non votano le donne, preferiscono l'originale.

Se ci fosse stata una adeguata rappresentanza presso il Consiglio dell'Ordine di Catania, che vede solo due donne su 20 con-

siglieri, e una donna su 20 consiglieri nella Fondazione dello stesso Ordine, forse la collega che ha subito violenza alla guardia medica non si sarebbe sentita così abbandonata dalla istituzione che la vede iscritta, perché si aspettava molto di più, e solo le donne sanno la differenza fra incidente sul lavoro e stupro.

E dunque, quando la sensibilità femminile avrà possibilità di esprimersi nella nostra professione? Ognuna di noi può raccontare storie di intimidazioni, di aggressioni verbali, di mobbing, di isolamento quando timidamente tentiamo di far emergere un nostro pensiero autonomo. Facciamo difficoltà a dircelo, ma questo, forse, è il momento di esporlo.

Allora, per concludere. È in atto una fase nuova all'interno della FNOMCeO, aperta in maniera coraggiosa e determinata dal Presidente Anelli. Finalmente si affronterà la questione medica della professione che ha preso coscienza della propria crisi epocale, e che si mette in gioco con una progettualità riformatrice. Naturalmente per chi non è donna questo non è un problema perché il sistema cammina lo stesso.

La strategia può essere definita anche senza le donne. Ma non è pensabile che si possa affrontare la questione medica senza una visione anche al femminile, ignorando di fatto che c'è stata una transizione di genere in sanità. L'ingresso delle donne in medicina non è neutro, ma portatore di domande che obbligano a ragionare su modifiche dell'organizzazione del lavoro e sui nuovi modelli professionali. Per il bene di tutta la professione.

Non è pensabile che esista un pensiero riformatore che non tenga conto della doppia specificità di cui è composta la professione oggi. E di questa specificità noi donne medico dobbiamo esserne portatrici in maniera incisiva. La questione medica è comune alle donne e agli uomini. Il problema dell'identità della professione e del ruolo in questa società è comune alle donne e agli uomini. Il futuro incerto della professione è un problema comune alle donne e agli uomini e dunque non si può rinunciare all'apporto delle donne.

Noi non rivendichiamo l'esistenza di una questione medica al femminile, perché i problemi specificatamente delle donne esistono ma si dovranno affrontare su altri piani. Noi lamentiamo l'esclusione di almeno la metà del cielo dal suo governo politico. Come donne quindi chiediamo di lavorare per la FNOMCeO per accrescerne la forza e la credibilità, convinte che non è la FNOMCeO che si deve occupare di noi ma che noi, insieme con gli uomini, ci dobbiamo nell'immediato futuro occupare della FNOMCeO.

Bisogna che ci sia un po' di coraggio e dunque la FNOMCeO dovrebbe mettere in discussione la logica attuale della rappresentatività che di fatto ci penalizza, eliminando la logica dell'ausiliarità delle donne nei confronti di una rappresentanza ingiustificatamente solo maschile. E deve pronunciarsi nei fatti a favore delle donne, definendo una piattaforma di lavoro che abbia dentro la doppia specificità e che lavori per la risoluzione della questione medica a partire dagli Stati Generali. Speriamo che avrà il coraggio di farlo. Il vento di cambiamento che sta attraversando la FNOMCeO non può non investire anche questo aspetto, portando un vantaggio di credibilità politica per la FNOMCeO e per la professione e un vantaggio per tutta la società.

Di contro però le donne si devono impegnare ad elaborare un pensiero autonomo, portatore dei valori e della sensibilità del proprio genere. Dobbiamo impegnarci ad uscire dai recinti in cui per anni siamo state relegate, cominciando a guardare la professione a 360 gradi, senza limitarci ai problemi squisitamente femminili, dobbiamo denunciare con coraggio le situazioni di "violenza", e non necessariamente di quella più cruenta, subite nel posto di lavoro. Non è un cammino facile, ma il cambiamento può avvenire solo se ci impegneremo davvero senza aspettare che qualcuno lo farà per noi.

Dott. Giancarlo Pizza:

Va bene, non mi occuperò più di voi. Grazie dottoressa, un intervento appassionato. Dottoressa Caterina Manca. La dottoressa

è medico legale ed è Presidente della Commissione Sanità al Comune di Bologna. Parlerà della violenza sugli operatori sanitari, un fenomeno in crescita.

Dott.ssa Caterina Manca:

Buongiorno, ringrazio tutte le presenti ed il Presidente Pizza per avere organizzato questo importante evento sulla "questione medica al femminile" ed avermi coinvolta. Ringrazio e saluto anche la collega Nucci con la quale ho condiviso l'idea di trattare oggi il tema della violenza sugli operatori sanitari. Voglio sottolineare che quando abbiamo proposto al Presidente Pizza di inserire questo argomento lo stesso ha aderito subito con convinzione. Quindi davvero grazie! Si tratta di un argomento che ritengo importante e fondamentale, un'emergenza del mondo sanitario che va affrontata, come la violenza tutta, con urgenza in quanto rappresenta un enorme problema di salute pubblica.

La violenza sugli operatori sanitari è sicuramente un fenomeno in crescita. Il Vicepresidente della FNOMCeO ci ha appena raccontato che si sta lavorando in questa direzione. Il professor Cavicchi ha detto una cosa di fondamentale importanza e cioè che il codice deontologico deve per forza farsi carico del dovere di intervenire contro le discriminazioni. Si tratta di un obbligo etico e morale, uno dei tanti passi da fare su questo tema, sulle discriminazioni ed anche sugli stereotipi.

In Italia si è iniziato a parlare pubblicamente di questo tema in seguito ad un fatto di cronaca che ha coinvolto una donna medico in Puglia, fatto che si è concluso con un femminicidio. Questo per dire che il tema è strettamente correlato alla violenza di genere. Nelle slides che presento a proposito, parto dalle definizioni di violenza in generale, violenza di genere in specifico e di aggressioni e violenza sugli operatori della sanità. La violenza non è solo fisica, sessuale ma è anche psicologica, economica ecc.

A proposito di definizioni e per attenerci al tema specifico assegnatomi, è utile precisare cosa si intende per violenza sul posto di

lavoro, ossia ogni aggressione fisica, comportamento minaccioso od abuso verbale che si verifica in occasione di lavoro.

Ma quali sono le dimensioni del problema? Non abbiamo dati reali in merito ma quella che si percepisce, che si conosce, è solo la cosiddetta punta dell'iceberg, con lo stesso concetto applicabile alla violenza di genere, anche se in questo ultimo caso ci sono i dati ISTAT regolarmente raccolti anche nel nostro paese. In sintesi siamo di fronte ad un fenomeno ancora poco studiato e sotto-stimato.

Diverso è sotto questo aspetto il contesto internazionale in quanto alcune realtà si occupano da anni del problema. Il Regno Unito nel 1999 ci diceva che le aggressioni in PS costituivano il 50% delle aggressioni totali. Per quanto ci riguarda abbiamo i dati dell'INAIL che testimoniano che il 70% di casi di violenza sul posto di lavoro interessa le donne. Per questo è una questione femminile.

Meno di un quarto d'ora di tempo non basta per parlare di questo problema, ma è sicuramente fondamentale almeno accennarlo, mentre è indispensabile ed emergente intervenire fattivamente nelle realtà lavorative con azioni e programmi di contrasto.

Quello che vedete in slide è un articolo del 12 aprile 2018, pubblicato sulla «Repubblica», che riporta i dati relativi alle aggressioni contro gli operatori sanitari in Italia nel periodo compreso tra il 1984 ed il 2016 analizzati dalla IPASVI; come vedete i medici più a rischio sono quelli di guardia medica (9 su 10). I dati sono sicuramente allarmanti, il 32% dei medici coinvolti sono uomini, il 68% donne. Questi sono alcuni ritagli del giornale «La Sicilia» relativamente alle aggressioni in Sicilia, anche perché voi sapete e qualcuno forse lo ha già detto che gli episodi di aggressione sono, per frequenza, più comuni in Sicilia, segue la Puglia e poi al terzo posto vi sono Lombardia e Sardegna.

Questi sono invece i dati dell'area metropolitana bolognese. Io lavoro a Bologna, sono un Medico Legale e lavoro nell'Azienda Sanitaria; mi occupo in realtà anche del contrasto alla violenza. Nell'Azienda sanitaria esiste un coordinamento aziendale.

Ma mi preme particolarmente dare atto, in qualità di Consigliere Nazionale della AIDM, che l'argomento di specie è particolarmente seguito e sentito, a livello nazionale, dalla AIDM (Associazione Italiana Donne Medico).

Tornando ai dati, in questa slide vedete un rapporto delle donne Medico dell'Ordine dei Medici della provincia di Roma che conta oltre 15.000 donne iscritte. Il lavoro si basa sulla disamina di 1.597 casi e da qui si desume che le donne medico hanno subito, nella loro carriera, almeno un episodio di violenza, anche solo verbale, nel 71% dei casi.

Queste sono le indagini delle aggressioni del personale sanitario del NURSIND, sindacato delle professioni infermieristiche, che si sta occupando da un po' di questo problema somministrando dei questionari da cui emerge che il 60,9% degli intervistati percepisce il fenomeno in aumento, mentre secondo il 16,4% è in forte aumento.

Come sicuramente già saprete i servizi di emergenza e urgenza sono quelli a maggior rischio; i fattori di rischio sono numerosi, quali ad esempio le lunghe attese nelle zone di emergenza ed il ridotto numero di personale durante alcuni momenti della giornata. Per brevità non li leggo tutti, ma volevo sottolineare che sicuramente c'è anche un problema di organizzazione del lavoro e dunque la necessità di intervenire in questa direzione.

Altra riflessione: la violenza ha dei costi. Non se ne parla quasi mai, ma come vedete per l'anno 2012 si stimano in 278.118 le giornate di infortunio (sono i dati dell'INAIL) con un costo corrispondente pari a 30 milioni di euro ovvero il 22% degli infortuni totali denunciati all'INAIL.

Forse questo genere di dati serve per far smuovere le organizzazioni; che si deve intervenire, in tal senso, ci viene sottolineato da documenti non proprio recenti ma in essere, quali raccomandazioni ministeriali del 2007.

Gli episodi di violenza contro gli operatori sanitari sono degli "eventi sentinella" intesi come "evento avverso di particolare gravità, potenzialmente evitabile che può comporta-

re morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del Servizio Sanitario”.

Questo è il documento che ha lo scopo di favorire l'analisi dei luoghi di lavoro e dei rischi correlati, nonché l'adozione di iniziative e programmi di prevenzione: attualmente non ci sono ancora tanti programmi o, forse, diciamo che non vengono applicati.

Relativamente al quadro normativo nazionale (d.lgs. 81/08) non dimentichiamo che il datore di lavoro ha la responsabilità di gestire e prevenire le problematiche relative alla sicurezza dei lavoratori e vigilare sui rischi presenti. Occorre rivedere tutti i piani di valutazione dei rischi sia delle Aziende in particolare di quelle sanitarie.

In questa *slide* vedete le segnalazioni inoltrate dai sindacati degli operatori sanitari e la mozione del Consiglio Nazionale FNO-MOCeO a promozione della campagna di sensibilizzazione “Chi aggredisce un medico aggredisce se stesso”. Ecco le iniziative realizzate in Puglia, a Napoli ed a Palermo; nel Sud Italia si sono mossi moltissimo su questa tematica. A Bologna, vedete dall'articolo di un quotidiano, che un medico radiologo ha realizzato un corso per i medici per difendersi dalle violenze. La proposta è nata a seguito di una aggressione avvenuta al Policlinico Sant'Orsola-Malpighi che ha visto come vittima una collega radiologa la quale è stata aggredita durante il servizio.

Altro punto importante: esistono delle procedure aziendali da seguire in revisione.

Cosa fare? sicuramente creare programmi di prevenzione *ad hoc* ed implementare quelli esistenti; tenere alta l'attenzione sul tema con percorsi di formazione, informazione e sensibilizzazione *ad hoc*; Non dobbiamo dimenticare gli aspetti organizzativi, l'hanno detto tutti e lo ribadiamo, bisogna sicuramente intervenire sulla organizzazione del sistema salute.

Concludo con le ultime tre *slides* per dirvi semplicemente che non sono d'accordo con la collega che affermava stamane che le donne in generale e le donne lavoratrici in particolare vanno “a seguito” dei colleghi maschi. Io credo che esista un modo tutto

al femminile di fare medicina, caratterizzata da precisione, determinazione e voglia di fare che non è migliore o peggiore ma diversa, specifica. A proposito ci tengo a dire che il tema del contrasto alla violenza sugli operatori sanitari è stato messo come primo punto nei lavori della Commissione Pari Opportunità dell'Ordine dei Medici che, grazie al Presidente Pizza, io e la collega Nucci coordiniamo. Questo perché la commissione tutta ha ritenuto che si tratti di un argomento di primaria importanza, una emergenza sanitaria che necessita di intervento urgente e indifferibile. Nell'ambito del ruolo politico che ricopro nel Comune di Bologna in particolare in qualità di Presidente della Commissione Sanità vorrei occuparmi fattivamente del tema con l'aiuto di tutte e tutti coloro che ritengono il problema preminente.

Questa è una *slide* che ho aggiunto a seguito dell'intervento della collega di Reggio Emilia che ha mostrato di dati dai quali risulta che nel 2010 solo la Sardegna aveva un numero di donne medico pari al 50%. Probabilmente, dice la collega in relazione, perché la popolazione femminile sarda è storicamente e caratterialmente caratterizzata da una forte autodeterminazione e tenacia tipiche. Viste le mie origini e le tante illustri donne medico citate dall'amico e collega Mirka Cocconcelli, ho voluto porre l'attenzione su quella che fu la prima donna medico condotto d'Italia, Adelasia Cocco, che era sarda, la cui tenacia ed il suo valore trovarono il giusto riconoscimento in una società in cui iniziavano a germogliare i semi dell'Istruzione femminile. Non dimentichiamoci che parliamo del 1914.

Concludo appropriandomi di una bellissima frase di Robert Half che sottolinea come “la perseveranza sia ciò che renda l'impossibile possibile, il possibile probabile, il probabile certo.

Dott. Giancarlo Pizza:

Grazie Caterina, comunque questo è un Ordine che non bada al colore politico, come sapete, ma bada alla sostanza delle cose nell'interesse della professione, dei cittadini per cui la professione opera ma soprattutto

l'Ordine opera. La dottoressa Manca è consigliera del PD, la consigliera Cocconcilli è consigliera della Lega. Ora parlerà la dottoressa Gabriella Minenna, medico psichiatra, alla quale potremmo chiedere perché i maschi sono così cattivi. Prego.

Dott.ssa Gabriella Minenna:

Allora, ringrazio naturalmente il dottor Piz-za e la dottoressa Schlich che mi hanno fatto la proposta di partecipare oggi a questa giornata. Devo dire che molte cose sono state già dette, per cui di qualcosa farò sintesi, qualcosa salterò e su qualcosa mi troverò a riparlare.

Mi ha fatto piacere la richiesta di partecipazione a questa giornata ma al tempo stesso ha rimesso in moto in me pensieri anche spiacevoli. Questa questione infatti ha determinato anche per me, non senza mille ripensamenti e sofferenza, le dimissioni circa tre anni fa da un ambito, quello istituzionale, che ho sempre amato e in cui mi sono prevalentemente riconosciuta, per il quale ho lavorato trent'anni, ma per il quale il prezzo da pagare si è rivelato costantemente e progressivamente troppo alto. Quindi mi riferisco ai carichi di lavoro, alle guardie, alle festività, le reperibilità, alla solitudine in cui l'operatore si può trovare; penso al timore, alla paura che ho attraversato negli ultimi anni nel pronto soccorso, nelle guardie notturne, perché i primi tempi eravamo affiancati da infermieri, invece ultimamente ci ritrovavamo, parlo ancora al presente per i miei colleghi, in stanze nascoste all'interno del pronto soccorso, in piena solitudine dove può succedere di tutto. E quindi sono situazioni che mettono molto in difficoltà e fanno riflettere.

Ripeto, quindi ho lavorato per trent'anni nelle istituzioni e in ogni ambito e in ogni occasione l'evidenza, rispetto a scelte, decisioni e il vissuto che ne derivava, è sempre stata quella che la "Stanza dei Bottoni" fosse comunque in mano a colleghi maschi.

Una sorta di distribuzione dei ruoli al maschile e nel caso di riconoscimenti o promozioni, la sensazione dominante, emergente, era che queste venivano generalmente elar-

gite come concessioni – chiaramente non posso generalizzare.

Questa è stata la mia esperienza, l'esperienza di anni e di luoghi che ho frequentato e anche di colleghe con cui mi sono confrontata. Quindi, diciamo, promozioni vissute come concessioni e non così scontate, parimenti nel caso di colleghi, magari più giovani, e con minore anzianità di servizio. E forse per gli uomini c'è il timore di essere oscurati e sono quindi incapaci di godere dell'altrui successo o iniziativa creativa. A loro discapito l'evidenza che per loro è totalizzante l'investimento, l'identificazione nel ruolo professionale. Quindi la differenza fra sono un medico o faccio il medico. Sono un medico, che significa che questo porta poi a un bisogno di controllare il proprio territorio, a fare molta fatica nella concessione ad altri. Quando Cavicchi dice che "... non è sufficiente essere tante, bisogna avere dei pensieri, bisogna avere dei progetti". Quello che le dico è che non è vero che è così semplice, non è scontato e quindi mi collego a quello che diceva la dottoressa Agneni. A volte viene ostacolata la creatività, la progettualità, non è facile che il collega maschio accetti la leadership femminile. Io lo dico per esperienza vissuta, passata, trascorsa. Posso accennare a un progetto molto bello, integrato, che non è riuscito a prendere forma a livello del Dipartimento in cui ho lavorato fino a poco tempo fa, ma il progetto è stato raccolto subito da un privato, che attraverso una cooperativa sicuramente più illuminata e avanzata, ha preso il progetto e ha fatto sì che diventasse veramente un lavoro d'avanguardia per i giovani. Chiudo la parentesi.

Le donne, il cosiddetto sesso debole, in trincea. Guardie festive e notturne, carichi di lavoro impensabili e il cosiddetto sesso forte, che in breve tempo riusciva, e riesce, a rivestire ruoli di potere – chiaramente generalizzo – e quindi a sottrarsi al lavoro quotidiano più da catena di montaggio e per questo più frustrante. Naturalmente non si può generalizzare, ma sono convinta che molte donne medico si riconosceranno in questa mia affermazione.

Il mio pensiero va anche nel senso che spesso

alcune colleghe – ma penso che vada sicuramente letto anche in altri ambiti, soprattutto nel mondo politico – nonostante siano sollecitate con proiezioni carrieristiche, non abbiano voluto, per scelta, colludere con questo tipo di sistema, o non abbiano voluto rinunciare ad un maggiore impegno in prima linea, volto alla cura della relazione con il paziente. Ma tutto ciò deve poter essere sostenibile con carichi di lavoro sopportabili, tempo da dedicare, formazione adeguata, eccetera. Altresì esistono donne medico che necessitano, per la loro storia personale, di una sorta di riconoscimento, approvazione, legittimazione da parte dell'uomo, e mi rifaccio a quello che diceva la dottoressa Agneni.

Bisogno, dicevo, di riconoscimento da parte dell'uomo – e anche qui non si può generalizzare ma l'ho vissuto, l'ho visto –, vissuto come un padre, con maggiori competenze, energia, vigore a cui delegare la potenza e la forza di portare avanti decisioni, scelte e progetti. Rimane la domanda: com'è possibile non riconoscere alla donna, da sempre contenitore generativo e procreativo, la capacità di proiezione verso la costruttività e il futuro? Com'è possibile non appoggiare, sostenere ampiamente queste caratteristiche: la capacità di comprendere in senso psicologico, quindi avere dentro, tenere dentro la mente e avere dentro di sé e quindi di farsene carico in maniera profonda, di accudire l'altro, gli altri, il gruppo, di curare il gruppo, allo stesso modo per cui è colei che generalmente tiene insieme le famiglie e celebrando rituali così importanti nel trasmettere codici, abitudini familiari, che sostengono in maniera allargata la società.

La capacità di dividersi e giostrarsi fra impegni e ruoli anche discordanti, e mi rifaccio al discorso della Coconcelli, capacità di tenere su vari fronti, di dover tenere, attivatrici di risorse con maggiore competenza nella comunicazione, nella mediazione.

Capacità che oggi più che mai sembrano indispensabili per affrontare i nuovi scenari culturali, politici e sociali. Naturalmente ci vuole maggiore welfare, maggiore struttura della società, ecc. Tutte cose già dette in maniera molto pertinente.

Dunque, la dottoressa Chersevani ha parlato già a lungo della differenza sul cervello femminile, aggiungo solo che l'«Almanacco delle Scienze» del CNR del 2016, riporta un articolo sulle differenze tra il cervello dei maschi e quello delle femmine che così riassume lo stato delle ricerche. Di differenze ve ne sono a livello sia strutturale che funzionale. In generale gli uomini hanno più neuroni, materia grigia, e le donne hanno maggiori connessioni, materia bianca. Ciò significa, e riporto dal testo per semplificare al massimo, che la percezione popolare della differenza tra maschio e femmina è riassumibile pressappoco nel concetto che le donne sono intuitive, multitasking; gli uomini logici e razionali. Non è un'idea peregrina. Oggi sappiamo che l'encefalo di una donna pesa 1.200 grammi, quello di un uomo un po' di più, 1.350. Inoltre, il cervello maschile ha anche un maggior numero di neuroni, e cito Giulio Maira dell'Istituto di Neurochirurgia del Gemelli di Roma. La novità si ritrova nel fatto che il cervello delle donne possiede le sue caratteristiche peculiari, originali, tra cui un maggior numero di connessioni tra i due emisferi, favorite da un corpo calloso più sviluppato. Uomo e donna, è sempre più evidente, sono dunque diversi in tutto, strutturalmente e funzionalmente ma proprio per questo complementari. Come a dire che anche secondo le neuroscienze che solo con entrambi, cervello maschile e cervello femminile, si legge la realtà a 360 gradi. Come trasformare e rendere tutto questo fruibile al meglio, per poter creare e potenziare una classe medica rispettosa delle differenze e tesa alla maggiore integrazione? La sfida si concentra nel riuscire a guardare al maschile e al femminile con uno sguardo che abbracci la complessità e non la appiattisca. Ciò significa riuscire ad allargare il proprio personale orizzonte di senso, lontano da stereotipi che fanno perdere altre stimolanti prospettive.

Dott. Giancarlo Pizza:

Ci sono due brevi interventi ora, della dottoressa Mancin e della dottoressa Prandi.

Dott.ssa Mancin:

Il mio non è un intervento strutturato, ma un intervento a braccio che nasce da quello che ho ascoltato stamattina in questa aula. Quindi chiedo scusa se può risultare poco articolato.

Partirei da un punto che ha sottolineato il professor Cavicchi stamattina: la femminilizzazione deve essere tolta dal suo isolamento. Io condivido totalmente questo concetto. Noi donne, che oggi rivendichiamo un ruolo e una visibilità all'interno della *governance* della professione, che constatiamo di essere numericamente cresciute tantissimo, ci siamo isolate. Ed è colpa anche nostra se non ci riusciamo ad uscirne.

Riprendo dei concetti espressi dalla Dott.ssa Agneni nel suo intervento che condivido e a cui ho contribuito. Noi donne medico ci siamo accontentate di occuparci di questioni femminili. Siamo quelle che stanno dentro ai Comitati Pari Opportunità e gli Osservatori Femminili, siamo quelle che si occupano della violenza di genere, della violenza sui bambini, della maternità, asili nido ecc.; noi ci occupiamo di tutta una serie di questioni che vengono definite "a carico delle donne". Questo non è un male ma non può bastare. Noi donne siamo inserite in ambiti squisitamente femminili e non ci siamo costruite un pensiero che guardi alla professione a 360 gradi. Ci accontentiamo di trattare questioni professionali che tradizionalmente sono specificatamente femminili. Quindi ci siamo costruite con le nostre stesse mani un "recinto" entro cui siamo rinchiusi e isolate. Ma da questo isolamento dobbiamo uscire con un pensiero che sia nostro e che tenga conto del nostro genere femminile; un pensiero che guardi a tutti gli ambiti della professione con lo sguardo e la sensibilità propria del nostro genere senza rifarci ai modelli maschili.

Noi tendiamo a ripercorrere spazi che sono degli uomini perché non ne conosciamo altri e finiamo per essere al rimorchio degli uomini perché non conosciamo altro modo di essere.

Ma questo altro modo di essere lo dobbiamo costruire noi. Dobbiamo costruirlo con

un pensiero che sia un pensiero nostro sulla professione. Adesso per esempio che la FNOMCeO si sta occupando di questione medica, noi dovremmo essere in grado, come donne, di formulare un nostro pensiero di visione riguardo alla questione medica. Adesso, effettivamente, cosa stiamo facendo per questo?

In questo momento le nostre Presidenti che hanno la leadership e che ci rappresentano all'interno della FNOMCeO come si stanno muovendo per far emergere questa nostra sensibilità femminile?

E non deve essere solo una questione di essere presenti in Comitato Centrale perché ci "spetta" come rappresentanza, ma deve esprimere il desiderio di farci sentire per dare il nostro contributo alla questione medica, perché il nostro pensiero non può e non deve mancare, perché anche noi abbiamo qualcosa da dire. Ma stiamo dando veramente questo contributo? Che percorsi stiamo costruendo? Che tipo di progettualità abbiamo, per esempio, per arrivare agli Stati Generali? Abbiamo idea di quello che sta succedendo? Di quello che possiamo dare? Di quello che possiamo fare?

Ecco, a me personalmente non interessa dimostrare che le donne siano migliori degli uomini, a me interessa avere una rappresentatività all'interno delle istituzioni che porti la visione di genere femminile su tutta la professione. A me interessa essere considerata alla pari, poter esprimere il mio pensiero e poterlo esprimere senza essere soffocata, senza essere repressa perché sono donna. Di questo ho bisogno. Non mi interessa dimostrare che sono più brava. Non ci credo neanche. Si dice che saremmo più empatiche ma questo cosa ha prodotto all'interno della professione? che cosa ha cambiato? nelle leggi, nei regolamenti, ha cambiato qualcosa? In realtà no.

Ma noi dovremmo essere in grado di incidere nel cambiamento. Ho sentito dire stamani da Roberta Chersevani che le specie che sopravvivono di più sono quelle che sono capaci di adattarsi, ma noi che ci siamo adattate fin troppo abbiamo perso un po' della nostra autenticità, preferendo andare

a rimorchio dei maschi, nel senso che per non disturbarli ormai siamo diventate compiacenti.

Allora forse dobbiamo cominciare a fare un salto di qualità, dobbiamo cominciare anche ad esprimere un pensiero che sia autonomo e che sia nostro, e che non sia per forza al seguito dei colleghi maschi.

È anche vero, e riprendo un punto che ha detto l'Agnesi, che il sistema della rappresentatività per come è costruito è penalizzante per le donne, e che questo ci rende consapevoli che avendo poche possibilità di essere elette, dipendiamo per qualsiasi cosa dagli uomini. Questo ci ha vincolato a rimanere al traino degli uomini e a non sviluppare un pensiero e un percorso autonomo. È un circolo vizioso che va spezzato.

Credo che ci aspetti un cammino molto lungo da fare per avviare un cambiamento. Un cammino che passa anche dalla capacità effettiva di costruire un pensiero. Un pensiero sulla professione *tout court*, non solo su alcuni aspetti della professione. Per rendere possibile questo ci sarebbe bisogno di un coordinamento femminile capace di raccogliere le migliori energie del mondo medico femminile. Questo è quanto auspico che possa uscire da questo incontro.

Dott. Giancarlo Pizza:

Ed ora La dottoressa Brandi. Si prepari la dottoressa Alfieri. E poi apriamo la discussione.

Dott.ssa Gemma Brandi:

Sono Gemma Brandi, psichiatra psicoanalista. Intendo in *primis* ringraziare il dottor Pizza per il suo coraggio irriverente. Ne seguo e ne apprezzo le uscite. Un grazie anche a Ivan Cavicchi per guardare da tempo con curiosità e attenzione, senza annoiarsi, il mondo medico.

Nel tentativo di rispondere al quesito circa il vantaggio della femminilizzazione di fatto di tale mondo, peraltro estesamente argomentata dalla professoressa Mazzei, chiamo volentieri in causa George Dumézil che sosteneva qualcosa che potrebbe tornare utile a illustrarne la ragione. Il noto pensatore

afferitava che ogni attività umana si articola in una struttura trifunzionale, tripartita, autorigenerantesi in cui figurano tre rami: la sovranità e il sacro, la forza e la violenza e le virtù delle piante. Nella cura medica le virtù delle piante sono le pozioni e gli unguenti, la forza e la violenza è la chirurgia, la sovranità e il sacro è la parola. Tutto ciò è tendenziale, perché nessuno potrà negare al genere maschile un rapporto con la parola e attribuire a questo il dominio assoluto della forza e della violenza, né che le donne abbiano accesso alla parola e non alla forza e alla violenza. È nondimeno lapalissiana la domestichezza consolidata che le donne hanno con sovranità e sacro e gli uomini con forza e violenza. Siccome la cura si compone dei diversi rami citati, mettendo insieme le virtù di cui uomini e donne sono diversamente correati, si potrebbe fare di più insieme che separatamente per la salute del cittadino. Ecco un vantaggio potenziale della femminilizzazione della medicina, mentre uno dei motivi del maggiore benessere dei pazienti di donne medico, del quale parlano gli studi citati dalla professoressa Mazzei, va rintracciato anche nella funzione che esse attribuiscono alla parola, anche nella cura.

Se Dumézil indica il valore della tecnica medica come risultato della fusione dei tre rami descritti, occorre che gli Ordini valorizzino questa in quanto alla base della buona cura. Ecco cosa chiedere alla FNOMCeO, anche attraverso il deciso riconoscimento nei fatti del portato della professione al femminile. Occorre esser custodi della tecnica, come Ippocrate indica in un breve passaggio del giuramento antico: Ἀγνῶς δὲ καὶ ὁσίως διατηρήσω βίον τὸν ἐμὸν καὶ τέχνην τὴν ἐμήν, con *innocenza e purezza io custodirò la mia vita e la mia arte*. Ed è proprio così: la qualità della vita del medico ha una stretta relazione con la qualità della sua tecnica. Se teniamo presente che la nostra vita, e quindi evidentemente anche la capacità di mettersi in relazione con l'altro, fa parte della cura e viceversa, diventa più chiaro e semplice rispettare la tecnica e valorizzarne le prerogative. Questa si compone di conoscenza ed esperienza non solo in tema di manua-

lità e di pozioni e unguenti, ma anche di uso della parola che cura. Tale peculiarità dell'esercizio medico facilita il compito di chi deve proteggerlo dalla umiliazione cui è ormai quotidianamente esposto. Dopo gli studi anatomici e biologici, nei primi due anni del corso di laurea, diventa ovvio che a distinguere il medico dagli altri uomini è la consapevolezza della propria costituzione macro e microscopica. Solo chi conosce anatomia, biologia, istologia, fisiologia, psicologia, patologia può essere autorizzato a curare. La difesa della tecnica va riproposta nella sua essenzialità terapeutica, oggi largamente scotomizzata. Non che le altre professioni siano da meno, ma la tecnica medica consente di esprimere una diagnosi avveduta, una prognosi fondata e una terapia adeguata.

L'altra acqua che suggerisco di portare a sostegno della posizione medica, oggi fragilizzata, è la valorizzazione della onestà intellettuale. Tornando a Ippocrate: "con innocenza e purezza", e non si tratta di una fantasia di desiderio. Qualcuno ha osservato, prima di me, che la rinuncia alle quote rosa potrebbe avere senso in un mondo che non presentasse la disfunzionalità diffusa del nostro. A questa opacità diffusa, che rende meno trasparente e limpida la nostra professione – fondamentalmente etica, fondata sulla deontologia – serve ribellarsi con coraggio, quello esaltato da qualcuna prima di me riferendosi a Oriana Fallaci: il coraggio di prendere parola. Non è mica così facile farlo, ma le donne, che sono più coraggiose che temerarie, hanno un'arma supplementare a riguardo. Va sollevata la questione e resa di primo piano perché i soggetti non codardi osino, a scapito della spudoratezza temeraria che l'aziendalizzazione ha supportato, alimentando l'assunzione di responsabilità insostenibili in nome del padrone di turno. Le donne non sono a tal punto spudorate e proprio per questo non hanno accettato responsabilità andate a ruba tra i colleghi maschi. Riabilitare il diritto di parola va verso il senso di responsabilità sostenibile che consentirà a molte colleghe di cimentarsi con ruoli so-

vraordinati, dando prova di competenza e senso della organizzazione. Ecco un'altra delle buone ragioni per plaudere alla femminilizzazione del settore.

Tale nuovo trend non sarebbe, peraltro, utile solo alle donne, ma a molti, come ha osservato qualcuna poc'anzi, e alla professione nel suo complesso. È il reclutamento a tutti i livelli che va ripensato: un reclutamento che tenga conto della innocenza e della purezza evocate da Ippocrate che non era un illuso, un reclutamento che parta dall'ingresso nelle Facoltà di Medicina e segua una logica etica. Quindi non reclamiamo favori per le donne, ma invochiamo norme di reclutamento rispettose della capacità obiettivabile ed esigiamo la indispensabile libertà professionale. Come osservava Ivan Cavicchi, di un medico che non fosse libero, tanto tanto non ci si può fidare, checché ne dicano i Soloni della medicina amministrativa, più che amministrata, nel senso che le esigenze amministrative sono passate al comando rispetto a quelle sanitarie. È indispensabile che il medico sia autorizzato a esprimere la sua opinione tecnica, altro che impedirgli di farlo per contratto. Purtroppo senza tale opinione libera non sarà data la buona cura che il cittadino reclama e che muove dal parere medico formatosi sul campo e non dalle asserzioni delle varie rappresentanze che non vivono direttamente il problema. E mi fermo qui.

Seppure tali argomenti non riguardano solo le donne, secondo me le trovano preparate a farli propri perché dotate di coraggio, perché poco inclini alla temerarietà, perché hanno meno da perdere da un cambiamento non differibile, perché con la parola e dunque con il dire hanno una familiarità prospera, che abitualmente non si lascia surclassare da forza e violenza.

Ritengo che questi siano i terreni da dissodare e coltivare, senza perdere di vista il tema di base della uguaglianza retributiva, sulla quale non mi contento delle sommarie rassicurazioni ricevute, sulla quale sono meravigliata che non vengano forniti a tambur battente dati obiettivi da chi potrebbe. La vaghezza e la superficialità di quanti affer-

mano di non credere a una differenza retributiva tra uomini e donne che siano titolari dei medesimi incarichi, danno da pensare, specie se a rassicurare al riguardo sono delle donne. Non mi pare che chiedere trasparenza e approfondimenti sul tema sia pretendere troppo, non mi pare davvero. D'altra parte, come non tenere conto del fatto che una disuguaglianza retributiva nel Paese fa eco alla disuguaglianza delle cure lamentata dai pazienti? Un dirigente medico toscano percepisce circa mille euro al mese meno dello stesso collega che lavora nel Molise, la Regione più generosa d'Italia, mentre la Toscana, dopo la Sardegna, è quella meno generosa con i suoi medici. Parlare apertamente di tali temi è a mio parere un buon servizio da offrire alla professione e non un fastidio futile e gratuito. Questo il modesto contributo che mi sono sentita di dare oggi qui, in un consesso coraggioso e incoraggiante.

Dott. Giancarlo Pizza:

E ora con l'intervento della dottoressa Stefania Alfieri si apre la discussione. . Di seguito interviene la dottoressa Ornella Cappelli.

Dott.ssa Stefania Alfieri:

Mi presento, sono Stefania Altieri, sono medico ginecologo libero professionista. Le mie sono due precisazioni in relazione a quanto ho sentito nella giornata odierna. Si è parlato di donne medico che lavorano in strutture pubbliche, donne medico che sono libere professioniste. Maggiore attenzione anche alle donne medico libero professionista. Io vorrei aggiungere un piccolo tassello e poi mi ricollego anche a quello che ha detto la collega poc'anzi.

Io sono libero professionista e devo dire sono donna medico imprenditrice, libero imprenditrice, per cui una maggiore attenzione non solo ad una donna medico libero professionista, anche alla imprenditrice, perché da questo punto di vista non ci sono grandi ascolti, non ci sono grandi sostentamenti, non ci sono grandi aiuti. Ma questo non significa che io non debba proseguire per la mia strada, quella intrapresa. Anzi, io sono una imprenditrice che ha creato posti

di lavoro. Sono donna, certo, ma non sto al traino di un uomo o degli uomini. Io ho una mia testa, la faccio funzionare, è appoggiata sulle spalle ma funziona, deve funzionare. Per cui quello che voglio dire è che si effettivamente ci vorrebbe maggior riguardo e maggiore attenzione per queste figure nell'ambito societario e questo bisognerebbe portarlo ai vertici un po' superiori, che ci ascoltassero e che incentivassero certi aiuti e certi sproni. L'altra mia precisazione era per la collega Oberrauch di Bolzano che parlava a proposito delle fondazioni, di creare fondazioni. Ebbene io sono una donna medico imprenditrice e libero professionista e ho accreditato il mio centro, ho un centro polispecialistico con 30 medici, l'ho accreditato con ASL e Regione ed è accreditato anche per la ricerca. E infatti la collega giustamente incitava a fare ricerca. Io ho creato una fondazione perché ho elaborato uno studio, uno studio che è già in itinere, e per questo studio mi sono presentata, io donna, dinanzi a 8-10 membri di un Comitato Etico, il Comitato Etico ASL città di Bologna, tutti uomini, con molto orgoglio. E per questo studio io ho avuto un'approvazione da parte loro. È uno studio interventistico randomizzato aperto in doppio cieco in cui ho coinvolto l'Istituto Oncologico Felice Addarii del Policlinico Universitario Sant'Orsola, per le donne oncologiche operate di cancro al seno. Però la mia osservazione, la mia puntualizzazione dove vuole arrivare? Vuole arrivare a dire che sì, ho creato la fondazione, la fondazione costa, non ci sono finanziamenti, non ci sono sostentamenti.

Questo studio lo sto finanziando io, perché mi piaceva l'idea – mi piaceva portare avanti questa politica – far conoscere al mondo il motivo, lo spirito di questo studio, che si tratta di risolvere un problema ginecologico con una metodica nuova, che la metodica del LASER ERB nelle donne operate di cancro al seno che, ringraziando Iddio possono raccontare la loro esperienza perché sono ancora qui. Però quando hanno finito il loro iter hanno dei seri problemi. Quindi la mia puntualizzazione voleva dire che le fondazioni le creiamo, però creiamo anche

qualcosa a sostentamento delle fondazioni. Sono iscritta al sito dell'AIFA anche per quanto riguarda le sperimentazioni cliniche, ma non ci sono fondi.

Per cui tutto ciò che mi viene in mente lo fermo lo perché non ho la possibilità, da sola, di andare avanti con delle altre sperimentazioni.

Quindi il messaggio vuole essere: ideiamo qualcosa per approfondire e per sostenerci, per andare avanti anche da questo punto di vista qualora in cima ci sia una donna.

Dott.ssa Ornella Cappelli:

Io mi chiamo Ornella Cappelli sono dell'Ordine di Parma, sono già diversi anni che faccio parte del Consiglio e sono stata anche membro dell'Osservatorio della FNOMCeO dove credo di aver conosciuto persone veramente molto in gamba, che sono qui presenti.

Volevo richiamare una cosa che ha fatto notare Roberta (Cherseviani) quando ha parlato di ruolo di leadership. Una delle prime cose era l'autostima, il credere in sé stessi. Allora cominciamo a credere in noi stesse, no, anzi non cominciamo, crediamo in noi stesse, punto e basta. Perché non siamo né inferiori né superiori, né diverse. Siamo delle persone con i nostri limiti, le nostre capacità, uomini e donne ognuno con le sue caratteristiche. Abbiamo sentito parlare che i nostri cervelli sono diversi, io vengo da un congresso dove è stato ribadito anche questo. Essere diversi, è stato già detto, non vuol dire essere superiori l'uno all'altro, vuol dire essere complementari. Poi ci sono uomini più capaci di avere più empatia rispetto a donne, e via di questo passo.

Ma in particolare volevo parlare dei "problemi della famiglia": io non mi sono sposata, non ho avuto figli e i problemi legati a questa situazione familiare non li ho avuti. Ho avuto la "fortuna" che mia madre è invecchiata senza avere gravissimi problemi, fino a quando ormai ero in pensione, quindi diciamo non ha interferito particolarmente con la professione, Però il problema dei figli, il problema degli anziani, il problema dei disabili, il problema degli asili, non può

essere un problema delle donne, perché i figli si fanno insieme agli uomini, gli anziani sono i genitori nostri e/o sono i genitori degli eventuali compagni. Per farsene carico, ci possono essere fratelli, sorelle; tutti questi devono essere problemi da affrontare con tutta la famiglia e, comunque, dovremmo avere più servizi.

Quando dovetti preparare una relazione su "la donna come caregiver" rimasi molto colpita nel leggere che tutte le pubblicazioni iniziavano dicendo che "la donna come è normale, come è giusto, come è ovvio, è colei che si prende carico della famiglia, del soggetto debole, dei famigliari". Ma perché, ma chi l'ha scritto che dobbiamo essere solo noi, e per forza noi.

Io credo, ne parlavo prima con Erminia (Bottiglieri), che le persone più giovani, le ragazze di 30 anni, abbiamo già imparato a coinvolgere di più i loro eventuali compagni in questo discorso di prendersi cura l'uno dell'altro, di condividere le attività, perché non è possibile che siano sempre le donne a dover andare in pensione prima perché devono prendersi cura degli anziani, che debbono avere il problema dell'andar a prendere il bambino all'asilo, alla palestra ecc. Vanno condivise di più queste cose, perché altrimenti non ne usciamo. Sempre noi dovremmo lasciare il lavoro perché abbiamo da fare dell'altro, dobbiamo tornare a casa, non possiamo fermarci per fare ricerca perché non abbiamo tempo di stare al lavoro, dobbiamo andare a casa a far da mangiare. Io quando sento delle colleghe dire "sai non posso venire alla riunione perché devo dare da mangiare a mio marito", resto molto sconcertata. Mariti o bambini morti di fame per strada perché la mamma è andata a una riunione non ne ho mai visti. Cerchiamo di non avere intanto questi alibi, perché dopo, giustamente, i nostri colleghi maschi, come disse un collega a Caserta, e me lo ricordo molto bene, ci dicono che se c'è da fare una riunione noi non partecipiamo. Sbaglio?

Allora, questi sono degli alibi: l'ha già detto qualcuno, dobbiamo fare le professioniste non le martiri, quindi non facciamo le martiri per piacere, perché non abbiamo nean-

che l'aspetto delle martiri, nessuna di noi. Quindi, per piacere, cominciamo a distribuire i carichi di lavoro anche all'interno della famiglia: allora forse avremo la possibilità di fare della ricerca anche noi.

Perché guadagniamo meno. Questo discorso del guadagnare meno è emerso anche nel primo Bilancio di Genere che fece la provincia di Parma qualche anno fa. Ma perché? Perché gli uomini potevano stare a lavorare di più, quindi avevano più incarichi aggiuntivi, perché lo stipendio di base è lo stesso nell'ente pubblico. Non è che possono darti di meno. Sono gli incarichi aggiuntivi che creano la differenza. Tra l'altro, dal bilancio di genere dell'Azienda Ospedaliera è risultato che le professioniste donne si fanno pagare di meno dei professionisti uomini. Pensiamoci. Quindi se guadagniamo meno è sempre "colpa" nostra perché non abbiamo abbastanza stima di noi stesse. Non ci consideriamo, o forse si considerano troppo gli altri, adesso non lo so. Scusate, non volevo andare oltre ai tempi.

Dott. Giancarlo Pizza:

Grazie dottoressa. Chi altro vuole intervenire? Prego, si presenti.

Dott.ssa Giuliana Gentile:

Giuliana Gentile, Ordine di Udine. Volevo fare giusto qualche considerazione a partire dalle idee che mi sono venute in questa giornata. Allora, iniziando forse dalla frase che il professor Cavicchi aveva detto all'inizio, e cioè chela prevalenza del genere femminile nell'ambito della medicina è forse un valore aggiunto. Ci ho pensato parecchio in questo ultimo periodo e devo dire che mi sono fatta una convinzione, mentre lui invece ha l'opinione opposta, e cioè che fare il medico in questo momento sia veramente una professione che sta scadendo, nel senso cioè che il ruolo del medico sta profondamente cambiando e gli uomini non scelgono più questo tipo di lavoro perché oltre, forse, ad un fatto economico, anche perché non ha più il prestigio che aveva anni fa. Mentre invece la donna lo sta scegliendo forse perché, diciamo, arriva sempre in seconda battuta.

E questo secondo me è un dato negativo fondamentalmente, non vorrei andare contro corrente, però diciamo che io la vedo in questo modo, in questo istante Non per dire i fatti miei ma io faccio il chirurgo, e sono vecchietta, e ho incominciato a lavorare quando, per esempio, nella mia città – Udine – c'erano tre chirurgie e io ero l'unica donna di tre chirurgie, e quindi di 30 persone, per cui mi sono veramente fatta un mazzo tanto, come si dice. E ovviamente lo sapevo già in partenza – ed è successo – che non sarei mai arrivata a una posizione apicale, perché nella mia regione un primario chirurgo donna non c'è. Anche se poi sono stata un po' relegata, mi sono occupata di senologia per cui in realtà ho raggiunto una mia autonomia pur non apicale nel vero senso della parola.

Altra cosa che mi è venuta da pensare: non vorrei che adeguarsi a quelle che sono le esigenze del medico donna porti ad un livellamento verso il basso della professione; ovvero, andare incontro alle esigenze familiari ovviamente è legittimo, sacrosanto, coprire le maternità che non vengono coperte, gli asili nido e tutte queste cose che ci siamo detti oggi sono tutte sacrosante, ma non vorrei che però anche le colleghe più giovani incominciano a dire: "Ah beh, adesso sono le 3, devo andare a prendere i bambini a scuola e finisce il discorso". Perché questo vorrebbe dire livellare verso il basso una professione che invece, secondo me, ha bisogno di mantenere i suoi livelli elevati di performance e di conoscenze.

Poi, altra cosa, la medicina di genere. Io in realtà l'ho scoperta recentemente quando la professoressa Baggio è venuta a Udine per un incontro ed è stata una cosa interessantissima. Anche questo è una cosa utile, il fatto che siano sorte delle cattedre che insegnano questo agli studenti. Non vorrei però che anche questo fosse, diciamo, un momento in cui aprire degli spazi per professori universitari, ma che poi finisca solo nell'approfondire un aspetto ma senza diventare poi invece una sostanza vera. Mi pare che però la professoressa Mazzei oggi ci ha fatto capire che diventerà un tessuto, diciamo su cui

lavorare in modo trasversale, e questo mi fa molto piacere.

Dulcis in fundo una domanda. Mi chiedo tutte hanno parlato della differenza economica degli stipendi tra uomo e donna, in realtà io questa cosa non l'ho mai vissuta, perché come dipendente pubblica credo che il mio stipendio sia uguale a quello dei miei colleghi. Ovviamente, la carriera può cambiare la posizione ma, diciamo, a posizione corrisponde stipendio. Quindi questo nelle aziende, e credo che in tutta Italia questa differenza non ci sia.

Dott. Giancarlo Pizza:

Grazie. Altri interventi? Dott. Valeri

Dott. Andrea Valeri:

Io sono un medico nutrizionista e sono un omeopata. Prendevo una provocazione, un suggerimento del professor Cavicchi. Secondo me questa cosa del pensiero femminile sarà veramente dirimpente, utile per tutta la medicina, se però in qualche modo, come dire, permea, inquina, insomma modifica il pensiero medico corrente, che è grandemente in crisi. È un dato di fatto anche la perdita di credibilità dei medici che si vede tutti i giorni e che, secondo me, è il motivo profondo anche della violenza e così via. Credo che noi dovremmo metterci d'accordo se è giusto che continuiamo a parlare per il 90% – e anche nel codice deontologico – sempre e solo dell'efficacia quando valutiamo l'intervento medico. Perché se uno va a vedere le varie versioni del codice deontologico – non sono proprio un esegeta, ma insomma un po' l'ho guardato – mi sembra che passi nelle varie, diciamo, versioni, questa cosa dell'efficacia, che ovviamente è importante nei trattamenti sanitari e diviene sempre più rilevante; vengono usate sempre di più alcune parole chiave: efficacia, evidenza, e non per esempio dato scientifico.

Se una cosa ha evidenza è vera e tutto il resto essenzialmente in medicina non esiste. Per cui se con una terapia c'è un aumento per esempio di sopravvivenza, ma non è un dato, come dire, di efficacia ottenuto da uno studio randomizzato controllato, non fa evidenza.

Allora attenzione che io credo che un grosso problema del conflitto e anche dell'aumento delle cause fra medici e pazienti sia dovuto, fra tanti fattori, al fatto semplicemente che i pazienti non si sentono – e probabilmente non sono – compresi dai loro medici.

Io una volta ho avuto come paziente una bambina che aveva avuto attacchi asmatici molto gravi dopo che la casa era andata a fuoco, per fortuna non era morta. Da allora comincia a dirmi delle cose che, con molta sorpresa della mamma, a lei non diceva. E allora la mamma le chiede: “ma perché questo lo dici al dottor Valeri?”. E la bambina di 7-8 anni seria risponde: “perché lui mi ascolta”. E questo, per questa bambina al di là dell'effetto, dell'efficacia, era veramente importante.

Allora senza eliminare l'efficacia che è veramente una delle cose fondamentali del trattamento sanitario, senza limitare la sicurezza, senza dimenticare le statistiche, ecc. dobbiamo rimettere anche al centro la relazione, che fra l'altro sembra sia espressa meglio dal mondo femminile, perché se un medico non sa conoscere la relazione, non la sa somministrare in maniera professionale, non la sa gestire e non la sa mettere all'interno di un percorso di cura, secondo me noi come medici, come credibilità scendiamo sempre di più, e non possiamo chiamare tutto questo solo effetto placebo.

Dott. Giancarlo Pizza:

Se non ci sono altri interventi le conclusioni al professor Cavicchi.

Prof. Ivan Cavicchi:

La prima cosa che mi ha colpito sentendo i vari interventi delle presidentesse, nelle varie realtà, è che se dovessi raccontare questa riunione a Filippo Anelli, il Presidente della FNOMCeO, gli direi ho capito che la condizione della donna medico è più o meno uguale dappertutto.

Cioè, indipendentemente dalla latitudine, nord sud eccetera, mi pare di capire che da tutte le parti viene un grande grido di dolore. Sappi che c'è un grande grido di dolore, direi questo a Filippo Anelli.

Da questo grido di dolore dedurrei due cose. Una grande denuncia sugli aspetti discriminatorivi di questa realtà, lo voglio sottolineare, perché la discriminazione non è solo un'ingiustizia, è un'immoralità. Ecco, quindi c'è una denuncia sugli aspetti discriminatorivi e quindi c'è, implicitamente, una richiesta di tutela normativa. Poi come guarderemo questa tutela normativa, con i contratti con questo, quest'altro. Però sappi caro Filippo che dal grido di dolore che ho ascoltato c'è una richiesta della quale la FNOMCeO dovrebbe farsi carico. Prima questione semplicemente questa.

La seconda cosa che mi pare di aver capito in questo grido di dolore è che oltre ad una denuncia sugli aspetti discriminatorivi della professione, c'è anche una richiesta per esprimere le proprie potenzialità. Perché mi pare anche di aver capito, dagli intervenuti che ho sentito che ci sono tante capacità ma le condizioni per esprimerle sono scarse. Allora queste donne che tu rappresenti perché sei il loro Presidente, chiedono di creare le condizioni affinché le potenzialità vengano espresse. Ecco questo direi a Filippo Anelli. Poi mi chiederei alla fine, perché il presidente Pizza, che tutti giustamente hanno ringraziato, ha voluto fare questo convegno. E credo di aver capito che lui in realtà abbia nella sua testa un ideale, che riguarda tanto la professione che l'Ordinistica. Lui è Presidente di Ordine, è Presidente di un Ordine, lo dico senza piaggeria, molto battagliero e molto impegnato soprattutto ma non solo sul piano deontologico. Devo aggiungere che Pizza è mio amico, quindi dichiaro pubblicamente il conflitto d'interesse. Lo dichiaro, è mio amico. Ecco, a parte questo però è mio amico anche perché ho apprezzato le sue battaglie, ho apprezzato le sue coraggiose battaglie, le sue battaglie anche destabilizzanti, che spesso hanno disorientato molti settori dell'ordinistica. Lui è convinto per esempio che la deontologia sia un valore che va protetto. Come dargli torto? La deontologia va protetta perché la tendenza che sta prevalendo è di subordinarne il valore ad altre norme, a norme organizzative, gestionali. Subordinare una

norma deontologica ad altro tipo di norme significa subordinare quel famoso rapporto storico, che si chiama "scienza e coscienza" del medico, a qualcos'altro. Quindi difendere la deontologia non è solo difendere una norma in sé, significa difendere una identità professionale. Perché Pizza Giancarlo ha fatto questo convegno? Perché in cuor suo è convinto che la professione sia fortemente in pericolo, lo credo anch'io, ma lo credo da molti anni, perché insomma i processi non arrivano dalla mattina alla sera.

Quando ogni tanto mi invitano alle feste dei medici e vedo questi medici che vengono premiati per i 50 anni della professione, provo una grande tenerezza perché questi sono medici che hanno potuto fare il medico in un certo modo fino a un certo punto. Da quel punto in poi non si è più riusciti a fare il medico in quel modo. Questa è la grande novità, capisci. E con questo devi fare i conti in qualche modo. Quindi nell'idea di Giancarlo c'è questa idea del medico che è in difficoltà e che bisogna porre la questione medica. Allora il pensiero non tanto nascosto è vogliamo vedere se questa femminilizzazione può dare una mano all'impresa. Questo è il ragionamento. Questa femminilizzazione può dare una mano all'impresa. Secondo me sì.

È la vera novità della sua iniziativa, perché torno a ridirlo, di femminilizzazione si discute da anni, ma la vera novità della sua iniziativa è di aver incluso una questione in un'altra questione. Ma perché l'ha inclusa? Perché ha il segreto desiderio di poter contribuire alla macro-questione con la micro-questione, micro fino ad un certo punto. Questa è la novità che lui ha voluto introdurre. Insisto e voglio dire a Leoni sul primato della deontologia, noi dobbiamo per forza passare dalla deontologia. Se io dovessi riferire a Filippo Anelli di questa giornata gli direi: Guarda che da questa discussione ho capito che la deontologia, di questa roba, non può più permettersi di ignorarla. Devi dire qualcosa. Allora dico a Giovanni, io nel 2014 come tu sai, perché so che tu leggi le cose che scrivo, fui uno di quelli molto critici su quel codice. Ma non perché

mancavano dei punti, perché era sbagliata l'operazione di fondo, e qual era? Quella di aggiornare un modello di deontologia nel 2014. Quando già nel 2014 c'era la questione medica, quando già nel 2014 c'era la femminilizzazione. L'errore che fu fatto e lo dichiarai pubblicamente, fu quello di limitarsi ad aggiornare un modello ampiamente e visibilmente anacronistico e regressivo. Per cui dovete prendervi la responsabilità di ripensare il modello, quindi di ripensare alla deontologia perché oggi la professione medica sta in brache di tela. Prima no.

Allora questa roba qui è talmente vera che la FNOMCeO, esattamente la relazione di Filippo Anelli al Consiglio Nazionale, su questo aspetto preciso – siamo nel 2018, 4 anni dopo dice: “guardate che non bisogna aggiornare il codice, bisogna ripensarlo radicalmente”.

E per fortuna che è arrivato Filippo Anelli e questa svolta di questo gruppo dirigente perché, in fin dei conti, cos'è cambiato rispetto a prima? Secondo me, secondo la mia modesta visione delle cose, è semplicemente cambiata la lettura sul problema. Prima si dava una lettura della questione medica non in termini così drammatici. Adesso si dà una lettura della stessa questione in termini più drammatici, altrimenti non faremmo gli Stati Generali. Non li faremmo. Perché dovremmo fare gli Stati Generali? Facciamo gli Stati Generali perché, ragazzi, la questione è molto compromessa. Dobbiamo tirare su la testa, dobbiamo tirare fuori le idee, dobbiamo tirare fuori i progetti, dobbiamo fare una piattaforma, dobbiamo andare a rompere le scatole alle controparti. E io già me le immagino le controparti, parlo della nostra, Titti: l'Università. Ma credete che è semplice andare all'Università e spiegarli che devono cambiare la razionalità scientifica. Vedrete, ne vedremo delle belle. Non è per niente facile, è un lavoro enorme. Ecco perché io sono molto d'accordo con quello che dicevano alcune di voi, in particolare la Mancin quando parla della necessità di una autonomia del pensiero. Sono alleato di Filippo Anelli, altro conflitto di interesse che dichiaro, perché sono alleato

del suo progetto, chiaro? E io so che lui le contraddizioni di una certa rappresentanza le vuole superare. Ma ha ragione Giovanni, sono tre mesi e mezzo. Cioè questi hanno ereditato un sistema, hanno ereditato dei criteri. I criteri, ragazzi, sono quelli che sono. Per cui si sono fatti gli organismi dirigenti con quei criteri. Cosa ha fatto Filippo Anelli, ha tamponato come ha potuto. Ha creato le rappresentanze che ha potuto, ma l'obiettivo non è questo. Allora io voglio introdurre una differenza per spiegare meglio il mio pensiero e lo dico così con un aforisma. Lo dico così come mi viene. Mi rivolgo alle donne medico. Un conto è rappresentare una maggioranza senza un pensiero, e un conto è rappresentare il pensiero di una maggioranza. Tra le due io preferisco la seconda, perché se io rappresento una maggioranza senza un pensiero non conto niente, anche se sto nel Comitato Centrale. Per contare qualcosa devo rappresentare un pensiero che va riferito alla maggioranza.

E allora questo significa che questa maggioranza si deve dare da fare.

Mi ha colpito, oggi che l'unico uomo che è intervenuto nel dibattito sia un omeopata. E lui cosa ci ha detto? Guardate che se parlate di relazioni, voi dite che siete brave a fare le relazioni, dovete rivedere i rapporti tra evidenza scientifica e relazione. Perché è inutile che tu agisci come medico secondo le evidenze, perché se agisci secondo l'evidenza, secondo le procedure e le linee guida, delle relazioni non te ne frega niente. Se la relazione conta è un modo di conoscere, allora se è un modo di conoscere, lui dice, l'omeopata, guarda che le evidenze devono fare i conti con le verità personali del malato. Questo dice, ma non è semplice una cosa del genere. Allora a me piacerebbe che questa specificità di genere, questa femminilizzazione, si trasformasse in un pensiero, e mi piacerebbe che questo pensiero, in quanto tale, fosse rappresentato negli organismi dirigenti ma in quanto tali.

Perché è inutile che tu metti l'Osservatorio, la Riserva Indiana, questo e quest'altro. Lì il problema è una strategia, questo direi a Filippo Anelli. Questo!

E credo che Filippo Anelli sia completamente d'accordo con questa storia, completamente, perché è pieno di buona volontà. Un'ultima cosa e finisco. Si è parlato molto di differenza tra uomini e donne. E io da uomo ho incassato un sacco di critiche, giuste ovviamente. Allora perché l'importanza di questo luogo, dell'Ordine. Perché la questione delle differenze di genere non può essere giocata da noi come conflittualità tra generi in una stessa professione, non è pensabile. Cioè la grande cosa che io porto a casa e dirò a Filippo Anelli: guarda che nel grido di dolore ho anche visto una grande volontà di collaborazione, nel senso che un genere vuole insegnare anche all'altro dei valori e tutti insieme si fa la professione. Mi dispiacerebbe se tutta la nostra analisi finisse a pesci in faccia tra maschi e femmine in corsia. Non è possibile. Ci vuole una collaborazione. Ecco perché è importante questa storia. Però vi faccio notare che questo è possibile perché abbiamo un contenitore che si chiama Ordine che permette questo. Cioè l'Ordine cosa rappresenta? Rappresenta oltre alle differenze di genere un bene superiore che è rappresentato dalla professione. In base al bene superiore mette insieme le forze, mette insieme le qualità, mette insieme i valori. Ecco. Vorrei farvi anche notare una cosa, questo convegno personalmente lo vedo molto, come dire, all'interno di un processo di conversione. Ma, scusate. Ma vi sembra semplice convertire un sistema complesso, stratificato, storicizzato come il nostro, dalla mattina alla sera perché scopriamo che le donne sono più di più degli uomini.? Cioè a me ha colpito moltissimo una cosa, lo voglio dire con semplicità. Ho capito, i cervelli sono diversi, voi siete più brave noi siamo meno bravi, però la cosa che vorrei dire è che non dobbiamo cadere nell'errore illuministico di dire, siccome questa è meglio automaticamente deve essere così. Ragazzi, noi viviamo dentro rapporti di potere, dentro rapporti tra persone. Rappresentare i medici significa entrare dentro dei luoghi di potere. Non è che siamo nel vuoto cosmico. Per cui le nostre belle differenze,

le vostre meravigliose differenze devono fare i conti anche con questa realtà: con i rapporti di potere tra di noi. Perché rappresentare i medici, essere Presidente di un Ordine non è proprio un niente, o dico male? Perché le donne negli organismi di rappresentanza sono di meno? Perché c'è una competizione anche all'interno dei luoghi di potere. Poteri legittimi, non sto parlando male, però è così.

Io non posso accettare che mi veniate a spiegare che il cervello di una donna è diverso dal cervello di un uomo e, automaticamente, perché è diverso la donna deve diventare, tra virgolette, il padrone del vapore. Non è così. Cioè dobbiamo fare i conti con la complessità sociale, ed è una ragione di più, come dicevano sia l'Agnesi e la Mancini, che dobbiamo organizzare un pensiero.

Perché dev'essere un pensiero che deve interagire. Ancora un ultimo cenno richiamandomi all'intervento che ha fatto Caterina Manca sulla violenza. A parte gli aspetti sociologici della violenza, io quando penso alla violenza e penso a come è affrontata in generale, misure varie eccetera, mi vien da piangere perché prima di tutto io vedo nella violenza contro un medico, non contro un medico donna, la caduta di un tabù. Perché fino a poco tempo fa nessuno avrebbe mai osato alzare un dito sul medico. Ma perché il medico era percepito come la tua salvezza, il tuo bene. Ma se adesso arriviamo ad alzare le mani sui medici vuol dire che qualcosa s'è rotto, e si è rotto il rapporto fiduciario e noi questo problema del rapporto fiduciario lo dobbiamo ricostruire, perché non è possibile fare questo mestiere senza la fiducia del tuo malato. E come fai? Vai a lavorare e ti metti le mutande di bandone. Cioè adotti dalla mattina alla sera comportamenti opportunistici.

I comportamenti opportunistici veicolano la peggior medicina possibile e, come dire, tu accentui il processo di delegittimazione. Sei il peggior medico per la peggiore medicina e accetti il divario tra te e la società. Noi dobbiamo recuperarla questa cosa, quindi la dobbiamo recuperare con un medico migliore.

Finisco davvero auspicando che l'obiettivo degli Stati Generali vorrei che non fosse, come dire, dimenticato.

Alla fine la FNOMCeO, secondo me, ha capito che il problema è la ridefinizione della professione. Non salvi la professione senza cambiarla, questo è il punto, perché i cambiamenti che l'assediano sono davvero tanti. Cambiare la professione, signori, non è proprio una passeggiata, significa mettere le mani su un modello che è etico, morale, deontologico, epistemologico, gnoseologico, clinico, scientifico: non è semplice.

Non è che noi ce la caviamo con la pacca sulla spalla, cerca di essere più brava, come fanno gli umanizzatori della domenica. Come se tutto il problema fossero i nostri comportamenti. Non è così. Significa essere un nuovo medico. Allora questa iniziativa sta in questo percorso, cioè questa iniziativa – e davvero Giancarlo, senza sfottò ti ringrazio – dà una mano a raggiungere questo obiettivo, cioè a definire un medico nuovo come risposta ad una crisi professionale molto grave. E trovo davvero intelligente che tu l'abbia voluto fare cogliendo un aspetto che è quello della femminilizzazione.

Che è un aspetto importante ma perché, perché foriero di grandi cambiamenti. Ma scusa, voglio fare un medico nuovo e che faccio, non valorizzo tutte le novità che mi rappresenta la stessa professione? Ma sei matto? Questo è il valore.

Allora considerate che noi siamo in una transizione, Io credo che la FNOMCeO abbia fatto passi da gigante. Non rammaricatevi se la cosa dalla rappresentanza adesso ha preso questa piega, perché è davvero una situazione contingente, ma io sono convinto che le cose cambieranno. Però insisto e vi ripeto la provocazione.

È meglio rappresentare una maggioranza senza un pensiero o è meglio rappresentare con un pensiero una maggioranza. Io penso che sia meglio la seconda.

Allora l'utilità è di stimolare tutti noi a trasformare in un pensiero i tanti valori aggiunti riconducibili alla questione della femminilizzazione.

ALLEGATI

Le presentazioni dei relatori, le interviste video e la galleria fotografica sono reperibili alla seguente pagina:

<http://bit.ly/ConvegnoQuestioneAlFemminile>

E partitamente:

Proposte in Discussione sulla Questione Medica al Femminile - Dott. Giovanni Leoni

Questione Medica al Femminile - Dott.ssa Margherita Arcieri

Impatto su attività ospedaliera in Campania - Dott.ssa Maria Erminia Bottiglieri

Impatto sull'attività di medico ambulatoriale esterno e donne in Enpam - Dott.ssa Anna Maria Calcagni

Questione medica al femminile - Dott.ssa Maria Assunta Ceccagnoli

Impatto sulla professione in FVG e leadership al femminile - Dott.ssa Roberta Chersevani

Questione Medica al Femminile – Impatto sulla libera professione medica vista da una chirurga - Dott.ssa Mirka Cocconcilli

Impatto sull'attività ospedaliera in Molise - Dott.ssa Paola Di Rocco

Impatto su attività I18 - Dott.ssa Anna Esquilini

La violenza sugli operatori sanitari: un fenomeno in crescita - Dott.ssa Maria Caterina Manca

Impatto sulla Professione in una provincia autonoma, in Austria e in Germania - Dott.ssa Monica Oberrauch

Una prima radiografia su un limitato campione e fascia d'età - Dott.ssa Giuliana Schlich

Donne Medico e Formazione Universitaria - Dott.ssa Teresita Mazzei

Interviste video:

Intervista On. Carlo Piastra

Intervista Dott. Giovanni Leoni

Intervista Dott. Ivan Cavicchi

Intervista Dott. Michele Facci

Intervista Dott.ssa Roberta Chersevani

