

## Parità di genere nel settore medico-sanitario, un'indagine sul sistema sanitario regionale della Lombardia

### 1. Introduzione

Definita da UN Women come uguaglianza di diritti, responsabilità ed opportunità<sup>1</sup>, la parità di genere è un concetto ampiamente dibattuto e ricercato da più parti (basti solo citare l'esistenza di un *goal* dedicato tra gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile dell'*Agenda 2030* ONU), pur non essendo, per sua stessa natura, immediatamente rilevabile. Raggiungere la parità di genere comporterebbe benefici che non riguardano solamente i diritti umani, ma che si estendono a tutte le dimensioni in cui il concetto di parità si esplica, ad esempio in quest'ottica l'uguaglianza si configurerebbe come contributo nella lotta alla povertà – pensando ad esempio alla parità di retribuzione e di possibilità occupazionali –, oppure potrebbe garantire una migliore rappresentatività dei Parlamenti e delle altre istituzioni politiche. Perfino avendone una visione puramente utilitaristica, perseguire la parità di genere sarebbe proficuo: la maggiore produttività associata ad un ambiente di lavoro rispettoso della diversità emerge da diversi studi come un dato di fatto<sup>2</sup>. Tuttavia, nonostante le premesse, l'impegno nel definire indicatori per quantificare l'uguaglianza e gli sforzi per tendere al suo raggiungimento<sup>3</sup>, evitando perifrasi, non si può certo affermare che la situazione in Italia sia rosea.

Secondo il *Gender Equality Index*, elaborato dall'Istituto Europeo per l'Uguaglianza di Genere (da qui in poi abbreviato con la sigla EIGE), l'Italia si colloca al 14° posto tra gli Stati membri dell'Unione in base ai risultati ottenuti negli indicatori riferiti agli ambiti che compongono l'indice, ossia lavoro, potere, conoscenza, salute, denaro, tempo, e una considerazione dedicata alla violenza di genere. Nello specifico, di tutte le aree tematiche considerate, il lavoro rappresenta quella in cui a livello nazionale si ottengono i peggiori risultati, tanto da essere il Paese con il punteggio relativo più basso tra tutti i membri UE<sup>4</sup>. A pesare in negativo sono i

<sup>1</sup> "Equal rights, responsibilities and opportunities of women and men and girls and boys", come riportato dall'Istituto Europeo per l'Uguaglianza di Genere sulla base della definizione di UN Women (cfr. *UN Women. Concepts and definitions*). Accessibile dal sito <https://eige.europa.eu/thesaurus/terms/1168>, consultato il 19.06.2020.

<sup>2</sup> "There is also evidence, primarily from business and management sectors, that gender-diverse workplaces have improved productivity, innovation, decision making, and employee retention and satisfaction", G. Shannon, M. Jansen, K. Williams, C. Cáceres, A. Motta, A. Odhiambo, A. Eleveld, J. Mannel, *Gender equality in science, medicine, and global health: where are we at and why does it matter?*, in *The Lancet*, vol. 393, n. 10171, 9–15 febbraio 2019, pag. 565.

<sup>3</sup> Il raggiungimento dell'uguaglianza tra donne e uomini è una condizione quasi universalmente ricercata. Esempi giungono infatti dall'Unione Europea, che oltre ad avere istituito lo *European Institute for Gender Equality*, ha inserito la parità come priorità sia nella *Strategia Europa 2020*, cfr. [http://publications.europa.eu/resource/ellar/6a915e39-0aab-491c-8881-147ec91fe88a.0008.02/DOC\\_1](http://publications.europa.eu/resource/ellar/6a915e39-0aab-491c-8881-147ec91fe88a.0008.02/DOC_1), sia nel piano programmatico per il proprio mandato della Presidente della Commissione Europea, accessibile dal link [https://ec.europa.eu/italy/news/ursula-von-der-leyen-discorso-di-apertura-della-seduta-plenaria-del-parlamento-europeo\\_it](https://ec.europa.eu/italy/news/ursula-von-der-leyen-discorso-di-apertura-della-seduta-plenaria-del-parlamento-europeo_it), e la classifica come parte integrante dello *European Pillar of Social Rights*, come verificabile dal portale [https://ec.europa.eu/commission/priorities/deeper-and-fairer-economic-and-monetary-union/european-pillar-social-rights/european-pillar-social-rights-20-principles\\_en](https://ec.europa.eu/commission/priorities/deeper-and-fairer-economic-and-monetary-union/european-pillar-social-rights/european-pillar-social-rights-20-principles_en), consultati il 30.06.2020. Al di là della dimensione europea, il *goal 5* dell'*Agenda 2030* ONU - <https://sustainabledevelopment.un.org/sdg5>, consultato il 30.06.2020 – è forse il riferimento più importante. Infine, una recente menzione dell'importanza della parità proviene dal cosiddetto Piano Colao, che la vede come una delle tre direzioni centrali da seguire, cfr. *Iniziativa per il rilancio, Italia 2020-2022*, [http://www.governo.it/sites/new.governo.it/files/comitato\\_rapporto.pdf](http://www.governo.it/sites/new.governo.it/files/comitato_rapporto.pdf), consultato il 30.06.2020.

<sup>4</sup> La condizione della parità tra uomini e donne in Italia secondo il *Gender Equality Index* corrisponde ad un punteggio totale di 63\100, al di sotto della media dell'UE ancora a 28, pari invece a 67.4. Il punteggio totale italiano deriva dai punteggi riportati in ogni area tematica, tra le quali la salute risulta quella con la migliore condizione di parità e il lavoro la dimensione con risultati peggiori, esplicitati in un punteggio pari a 63.1 su 100, la cifra più bassa nell'intera Unione. Cfr. <https://eige.europa.eu/gender-equality-index/2019/IT>, consultato il 19.06.2020.

dati sui livelli di occupazione e sulla qualità del lavoro e segregazione professionale, ossia le due dimensioni valutate nell'elaborazione dell'indice relativo al lavoro. Infatti, la quota di donne italiane occupate corrisponde al 53% del totale, mentre in parallelo si evidenzia una netta segregazione professionale che esclude le maggior parte delle lavoratrici dalla discipline STEM e una presenza del *part-time* anomala se confrontata con i dati dei lavoratori uomini<sup>5</sup>. Spostando la lente sulle dinamiche regionali, all'interno della Lombardia, si notano discrepanze in positivo rispetto al quadro nazionale, seppure appaia confermata la tendenza di una minore occupazione femminile. L'analisi condotta nel contesto del Rapporto Lombardia 2019, infatti, fotografa un divario tra il tasso di occupazione maschile e quello femminile ridotto in confronto alla quota nazionale: il numero è diminuito lentamente negli anni ed ora è pari a 15,5%, implicando dunque un aumento nel numero delle donne occupate<sup>6</sup>. Non si può non notare, tuttavia, come sia particolarmente difficile per una donna raggiungere ruoli apicali anche in Lombardia, dove dati 10 dirigenti, solo 4 sono donne<sup>7</sup>.

Considerato il quadro scarsamente positivo che emerge in merito al lavoro, un'esperienza che se ne discosta può sembrare quella del settore pubblico, soprattutto in ambito sanitario. L'ampia rappresentanza femminile nelle professioni di cura non è decisamente un fattore di novità, ma negli ultimi anni si è notata una crescita del numero di donne occupate anche nell'area medica, portando la cifra di donne che lavorano in questo ambito a numeri sempre più alti, tanto che a livello mondiale si stima che rappresentino ormai il 70% della forza lavoro del comparto<sup>8</sup>. Numeri così elevati fanno da tempo parlare di femminilizzazione delle professioni medico-sanitarie, e Italia e Lombardia sembrano inserirsi in questo *trend*.

Ciò che a prima vista appare positivo per l'uguaglianza di genere non è però automaticamente garantito che lo sia, di conseguenza non vi è la matematica certezza che le percentuali crescenti di occupate nel settore medico-sanitario implicino un avanzamento della parità di genere. Pertanto, in questa sede ci si propone di verificare se la femminilizzazione delle professioni medico-sanitarie sia correlata ad una maggiore uguaglianza tra uomini e donne e, ponendo il *focus* su *policy* e dinamiche regionali, se abbia un impatto sull'organizzazione delle strutture del Sistema Socio-Sanitario di Regione Lombardia. Le premesse dell'analisi si trovano proprio nelle caratteristiche e nelle azioni poste in essere dalla Regione, *in primis* dunque nella rilevanza del settore sanitario pubblico lombardo, sia per numero di strutture che per numero di occupati, in secondo luogo invece nel quadro normativo regionale volto a favorire l'uguaglianza tra uomini e donne. Specificatamente, perseguire la parità è una delle missioni definite nel *Programma Regionale di Sviluppo* per l'attuale legislatura<sup>9</sup> e l'adozione di un Piano quadriennale per contrastare la violenza e promuovere

<sup>5</sup> Il tasso di occupazione femminile corrisponde a 53% mentre il tasso di occupazione totale a 63, diversi punti percentuali lontano dall'obiettivo del 67-69. Oltre al tasso di partecipazione al lavoro e alla partecipazione *full-time*, le altre variabili prese in considerazione per elaborare il punteggio della dimensione "Lavoro" sono la durata degli anni di attività e l'ambito "Segregazione e qualità del lavoro", dove si quantificano il totale degli occupati nell'area sociale, la possibilità di fruire di permessi e il *Career Prospects Index*. Cfr. <https://eige.europa.eu/gender-equality-index/2019/domain/work/IT>, consultato il 19.06.2020.

<sup>6</sup> I dati fanno riferimento al primo trimestre del 2019, quando il tasso di occupazione femminile in Italia era pari al 49,6%, mentre per gli uomini il dato era 66,8. In Lombardia invece i numeri corrispondevano a 60,6% per le donne e 76,1% per gli uomini. C. B. Ceffa, M. Di Bella, S. Fabrizio, V. Gardini, S. Maffi, M. Prandelli, *Goal 5, Raggiungere l'uguaglianza di genere ed emancipare tutte le donne e le ragazze*, in PoliS-Lombardia (a cura di), *Rapporto Lombardia 2019*, Guerini e Associati, San Giuliano Milanese, 2019, pag. 175.

<sup>7</sup> *Ibidem*.

<sup>8</sup> Così è citato nel 2018 dal World Economic Forum, come riportato in R. Saporito, M. Sartirana, V. D. Tozzi, *La femminilizzazione dei ruoli apicali in sanità: dimensioni del fenomeno, cause e prospettive*, in CERGAS-Bocconi (a cura di), *Rapporto OASI 2019*, SDA Bocconi, Egea, Milano, 2019, pag. 613.

<sup>9</sup> Il riferimento è alla Missione 12 – Diritti sociali, Politiche sociali, parità e famiglia del *Programma regionale di sviluppo della XI Legislatura*, cfr. <https://www.regione.lombardia.it/wps/wcm/connect/c63bedef-38f1-46b4-b7f9->

l'uguaglianza<sup>10</sup>, a fianco dell'istituzione di un Tavolo permanente, è stabilita dalla legge regionale 11\2012. Analizzare la parità nel Sistema sanitario regionale appare di conseguenza come un'esigenza, maggiormente rafforzata dal fenomeno della femminilizzazione delle professioni medico-sanitarie.

## 2. Metodologia

L'analisi si svolgerà sia attraverso un approccio quantitativo che, in seguito, seguendo invece un approccio qualitativo. In primo luogo, dopo un breve *excursus* sui numeri crescenti di donne nel settore medico-sanitario italiano certificato dall'Annuario Statistico del Ministero della Salute, si procederà a verificare la quota di donne medico ed infermiere all'interno delle Agenzie di Tutela della Salute (ATS), delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST) e degli Istituti di Ricovero e Cura a carattere Scientifico (IRCCS) pubblici che compongono il Sistema Socio-Sanitario della Lombardia, grazie al Conto Annuale del personale relativo a ciascuno di questi enti. Si è scelto di mettere a fuoco in modo specifico queste due categorie non solo perché particolarmente rappresentative del settore (la professione infermieristica è storicamente definita "femminile", mentre la professione medica ha mostrato in tempi recenti una crescita peculiare della rappresentanza femminile, da prerogativa maschile quale è a lungo stata), ma anche per la maggiore possibilità di confronto offerta dai dati disponibili. In seguito, in base all'impostazione del *Gender Equality Index*, che come già citato valuta la dimensione "Potere", e al *goal 5* dell'Agenda 2030, tra i cui indicatori vi è proprio la proporzione di donne in posizioni manageriali<sup>11</sup>, si proseguirà con un'indagine sulla quota di donne che ricopre incarichi apicali nel sistema sanitario della Lombardia per verificare l'effettiva possibilità di accesso a posizioni di dirigenza, prendendo in esame i dirigenti medici direttori di struttura complessa e i dirigenti medici responsabili di struttura semplice, sia in confronto al numero totale di donne medico impiegate nelle strutture, sia in relazione al totale dei medici con gli incarichi direttivi sopra descritti. A latere, la medesima analisi quantitativa sarà applicata anche ai ruoli di direttore generale (spesso di formazione medica), direttore sanitario e direttore sociosanitario delle strutture pubbliche lombarde. Infine, un riscontro sui numeri di medici ed infermieri che lavorano *part-time* è necessario per approfondire un aspetto molto dibattuto del lavoro femminile, che per la parità può essere sia un fattore positivo che negativo, quando si tratta di *part-time* involontario.

Dopo aver valutato elementi utili a fornire un quadro dell'uguaglianza di genere in un'ottica quantitativa, il lavoro procederà ad una analisi di aspetti qualitativi, quali una riflessione sull'applicazione del *part-time* e l'implementazione di misure per promuovere la parità, come le attività dei Comitati unici di garanzia, per cercare una risposta alla ricerca di un impatto, o meno, della crescente femminilizzazione del settore medico-sanitario sull'organizzazione del Sistema Socio-Sanitario della regione Lombardia.

## 3. La componente femminile nel Sistema Socio-Sanitario lombardo: presenza di donne medico ed infermiere e accesso a ruoli apicali

---

[f30c6d8b4a38/Serie+Ordinaria\\_30+28-07-2018.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-c63bedef-38f1-46b4-b7f9-f30c6d8b4a38-mmael.s](https://www.regione.lombardia.it/wps/portal/istituzionale/HP/DettaglioRedazionale/servizi-e-informazioni/Enti-e-Operatori/sistema-sociale-regionale/politiche-antiviolenza/piano-antiviolenza-20-23/piano-antiviolenza-20-23), consultato il 30.06.2020

<sup>10</sup> Il *Piano Quadriennale Regionale per le Politiche di Parità e di Prevenzione e Contrasto alla Violenza contro le Donne 2020-2023* è stato approvato il 25 febbraio 2020. Cfr. <https://www.regione.lombardia.it/wps/portal/istituzionale/HP/DettaglioRedazionale/servizi-e-informazioni/Enti-e-Operatori/sistema-sociale-regionale/politiche-antiviolenza/piano-antiviolenza-20-23/piano-antiviolenza-20-23>, consultato il 18.06.2020. All'interno dello stesso viene esplicitata la sua necessità in conformità alla l.r. 11\2012.

<sup>11</sup> Nello specifico, si tratta dell'indicatore 5.5.2. Cfr. <https://sustainabledevelopment.un.org/sdg5>, consultato in data 19.06.2020.

La crescita della quota di donne impiegate nel settore sanitario è un fenomeno ormai globale a cui ci si riferisce con il termine di femminilizzazione. Al fianco delle professioni di cura, ritenute tradizionalmente femminili al punto da far intravedere i riflessi degli stereotipi sulle donne e i rischi di una segregazione occupazionale<sup>12</sup>, il dato più interessante riguarda le donne medico, che registrano un aumento notevole negli ultimi anni, una tematica che ha ricevuto una sorta di riconoscimento internazionale quando la rivista *Lancet* ha proposto per la prima volta dall'inizio della sua pubblicazione un numero monografico dedicato alle professioniste della medicina<sup>13</sup>.

Se da un lato l'edizione dedicata di *Lancet* rappresenta simbolicamente la rilevanza delle donne nella forza lavoro medico-sanitaria, i numeri rendono la situazione decisamente più esplicita. Ciò che ha determinato la crescita numerica sembra essere soprattutto la quota di donne medico, che secondo l'OECD sono passate in 25 anni dal costituire solo il 29% dei medici a livello mondiale, a rappresentarne ben oltre il 45%<sup>14</sup>. Spostando la lente sui singoli Paesi, la femminilizzazione del settore medico-sanitario sembra essere un tratto comune che si impone, seppure con le proprie caratteristiche, sulle differenze politiche, sociali ed economiche, come dimostrano gli esempi provenienti da diversi Paesi, molti anche europei, dove in alcuni casi il numero delle donne impiegate nel settore medico-sanitario cresce a ritmi più sostenuti rispetto all'aumento dell'occupazione femminile generale, come è particolarmente evidente in Belgio<sup>15</sup>.

Prendendo come riferimento le categorie professionali più esemplificative della parabola compiuta all'interno del comparto medico-sanitario, ossia la professione infermieristica e quella medica, la prima più tradizionale e la seconda, invece, una volta prerogativa esclusivamente maschile, in Italia comprensibilmente viene confermato il quadro globale. Tra il primo anno per il quale sono disponibili i dati sistematizzati del Ministero della Salute relativi ai dipendenti della sanità pubblica, ossia il 2010, e il 2017, anno a cui si riferiscono i numeri più recenti, si evidenziano delle dinamiche che rispecchiano appieno il fenomeno di femminilizzazione in atto. Come illustrato nella figura 1, la prima informazione che salta all'occhio è la prevalenza di donne tra infermieri e medici (nel *dataset* ministeriale associati agli odontoiatri) sia nel 2010 che nel 2017, con una leggera crescita percentuale all'interno dello spazio temporale considerato.

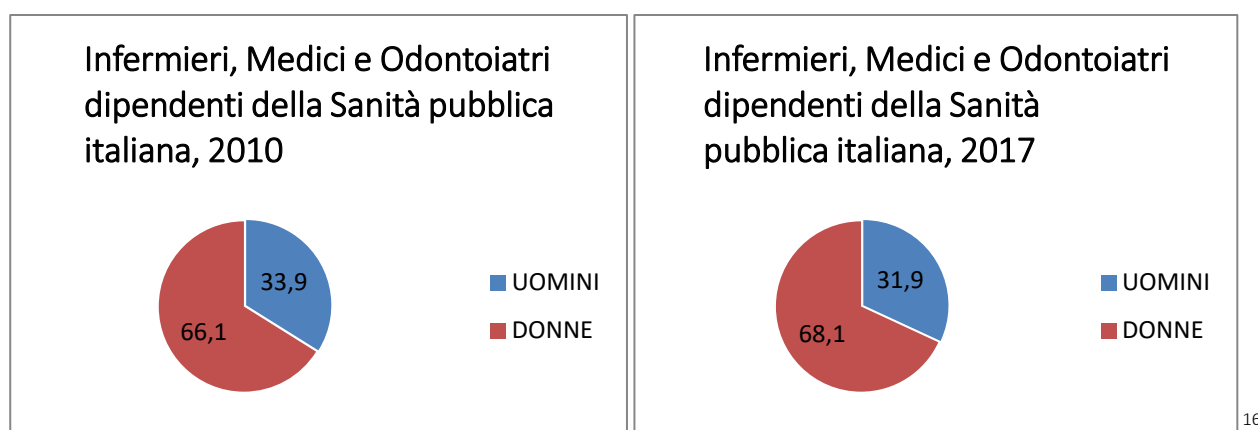
---

<sup>12</sup> Un approfondimento sulla segregazione occupazionale e le professioni di cura si può trovare in WHO, *Working paper on Gender & Equity in the Health and Social Care Workforce, Consultative Draft Report (Work in progress)*, 25 maggio 2018, pag. 23.

<sup>13</sup> Si tratta di *The Lancet*, vol. 393, n. 10171, 9–15 febbraio 2019.

<sup>14</sup> Cfr. con la sezione *Data* nel *focus* a proposito di *Gender equality* sul portale dell'Organizzazione, utile anche per un confronto complessivo tra i Paesi membri, <https://www.oecd.org/gender/data/women-make-up-most-of-the-health-sector-workers-but-they-are-under-represented-in-high-skilled-jobs.htm>, consultato il 29.06.2020.

<sup>15</sup> Un'indagine condotta in Argentina, Bielorussia, Belgio, Brasile, Germania, India, Indonesia, Kazakistan, Russia, Sudafrica, Spagna e Regno Unito fotografa livelli di occupazione femminile nel settore sanitario superiori alla media complessiva delle occupate. G. Shannon, M. Jansen, K. Williams, C. Cáceres, A. Motta, A. Odhiambo, A. Eleveld, J. Mannel, *Gender equality in science, medicine, and global health: where are we at and why does it matter?*, in *The Lancet*, cit., pag. 564.



16

Figura 1

Analizzando lo specifico delle professioni, tra gli infermieri la componente femminile è notevolmente preponderante in entrambi gli anni considerati, con addirittura un aumento nel 2017, quando le infermiere raggiungono il 77,6 % di tutti gli infermieri professionisti della sanità pubblica italiana<sup>17</sup>. In realtà, si può affermare che l'alta quota di donne tra gli infermieri non stupisce, né aggiunge un elemento di novità rispetto alle dinamiche consolidate, ma lo stesso non si può dire per la professione di medico. Nel 2010, il Ministero rappresentava un quadro in cui le donne medico e odontoiatra raggiungevano il 38,4 %, poco più della metà del totale dei colleghi uomini, 7 anni dopo le donne sono solamente dieci punti percentuali meno dei medici uomini<sup>18</sup>.

Nelle strutture della sanità pubblica lombarda, che si articola in Agenzia di Tutela della Salute, Aziende Socio Sanitarie Territoriali ed Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico pubblici, le quote di donne impiegate in una professione medico-sanitaria sono superiori rispetto a quella che è la cifra italiana, costituiscono infatti il 72,8% nel 2010 e il 73,6 nel 2017. Ad influire in modo più evidente sul dato totale sono le donne medico ed odontoiatra, presenti in modo maggiore che nel contesto nazionale: se nel 2010 erano già il 42,9% (contro il 37,1 dei colleghi) dei medici del Sistema Socio-Sanitario lombardo, nel 2017 arrivano con il 48,8% a sfiorare la parità numerica con gli uomini, a seguito di una crescita di quasi 6 punti percentuali. L'impatto sulla percentuale complessiva è però bilanciato dalla lieve diminuzione delle infermiere in confronto ai colleghi, che passano dall'83,8% del 2010, all'83,1<sup>19</sup>. Si tratta di un calo minimo, al di sotto dell'1%, che non incide ancora drasticamente sull'altissima percentuale di donne, ma può diventare un segnale che lascia sperare nell'affievolimento dello stereotipo che vede la cura un compito tassativamente femminile, soprattutto se dovesse venire confermato in futuro.

<sup>16</sup> Elaborazione sui dati accessibili in merito a *Personale Dipendente delle ASL, Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere Universitarie e degli IRCCS pubblici (anche costituiti in fondazione), per ruolo*, sul portale del Ministero della Salute, <http://www.dati.salute.gov.it/dati/dettaglioDataset.jsp?menu=dati&idPag=65>, consultato il 29.06.2020.

<sup>17</sup> *Ibidem*.

<sup>18</sup> Le donne sono nel 2017 46.560 su 104.821 medici, pari al 44,4 % del totale. *Ibidem*.

<sup>19</sup> *Ibidem*.

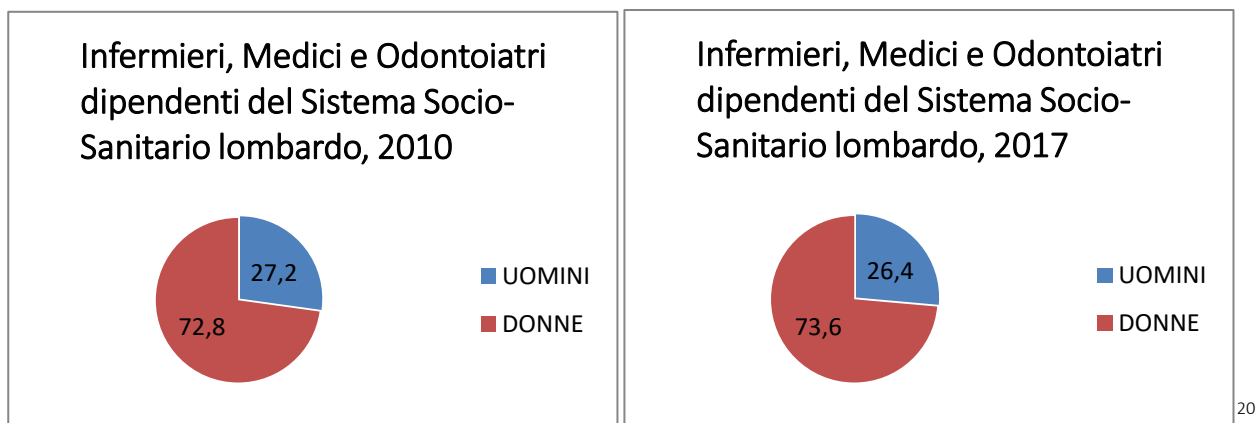


Figura 2

I dati estratti dal Conto Annuale del personale delle strutture lombarde contribuiscono a fornire un'immagine più dettagliata dell'impiego femminile nel Sistema Socio-Sanitario regionale, dal momento che i medici non sono più associati agli odontoiatri, eliminando un *bias* nei dati disponibili, ed è possibile una suddivisione tra tipologie di strutture che possa dare conto di eventuali differenze tra le stesse.

#### Personale delle ATS, 2018<sup>21</sup>

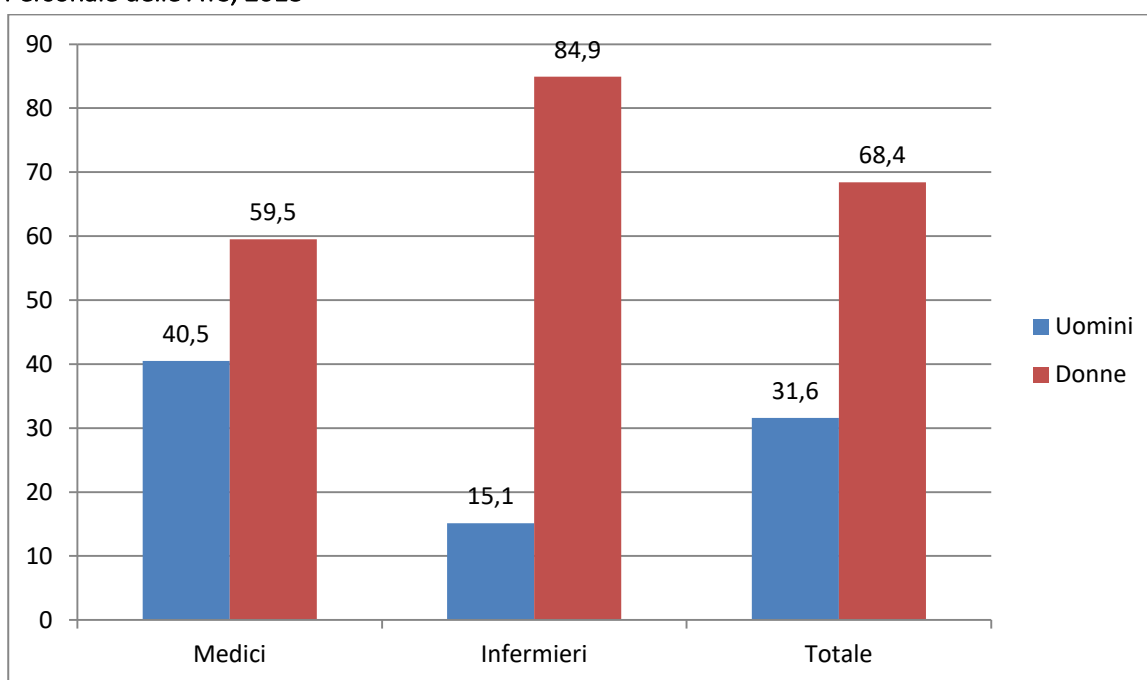


Figura 3

<sup>20</sup> *Ibidem.*

<sup>21</sup> Elaborazione sui dati del Conto Annuale del personale 2018 delle ATS lombarde, ad eccezione dei dati della ATS Pavia, riferiti al 2017. Cfr. ATS Città Metropolitana Milano, <https://www.ats-milano.it/portale/Amministrazione-Trasparente/Personale/-Dotazione-organica/-Conto-annuale-del-Personale>, ATS Insubria, <https://www.ats-insubria.it/amministrazione-trasparente/category/7-personale>, ATS Brianza, <https://www.ats-brianza.it/it/personale.html>, ATS Montagna, <https://www.ats-montagna.it/trasparenza/dotazione-organica/>, ATS Bergamo, <http://www.ats-bg.it/servizi/Menu/dinamica.aspx?idSezione=16861&idArea=66171&idCat=66176&ID=66215&TipoElemento=categoria>, ATS Brescia, <https://legacy.ats-brescia.it/bin/index.php?id=80>, ATS Pavia, [https://atspavia.etrasparenza.it/pagina68\\_dotazione-organica.html](https://atspavia.etrasparenza.it/pagina68_dotazione-organica.html), ATS Valpadana, [http://www.ats-valpadana.it/TEMPL\\_Trasp\\_cont.asp?IDLivello1=151&IDLivello2=1839&IDLivello3=1149&IDLivello4=592](http://www.ats-valpadana.it/TEMPL_Trasp_cont.asp?IDLivello1=151&IDLivello2=1839&IDLivello3=1149&IDLivello4=592), consultati in data 29.06.2020.

### Personale di ASST e IRCCS pubblici<sup>22</sup>

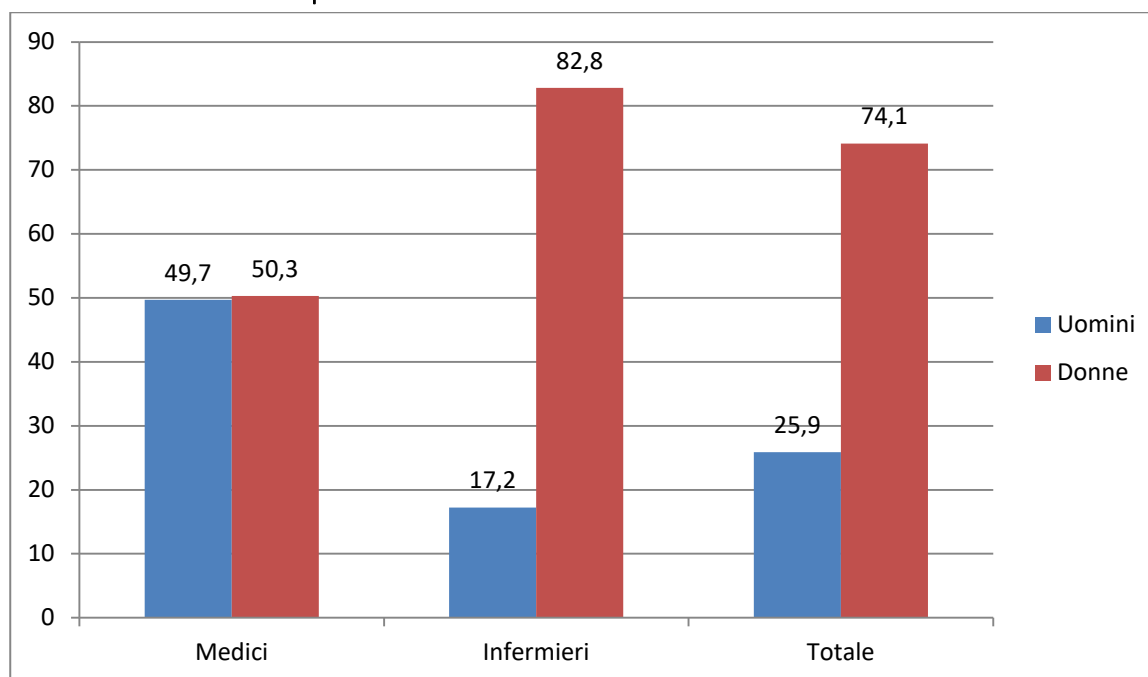


Figura 4

<sup>22</sup> Dal momento che non per tutte le strutture il dato era riferito al 2018, si è presa in considerazione la documentazione relativa all'anno più recente, nella maggior parte dei casi il 2018, ma con alcune eccezioni datate 2017. Elaborazione sui dati del Conto Annuale del personale 2018 di ASST Ss. Paolo e Carlo, <http://www.asst-santipaolocarlo.it/dotazione-organica>, ASST Fatebenefratelli Sacco, [https://www.asst-fbf-sacco.it/uploads/default/attachments/amministrazione\\_trasparente/amministrazione\\_trasparente\\_m/147/files/allegati/1295/conto\\_annuale\\_2018\\_-\\_asst.pdf](https://www.asst-fbf-sacco.it/uploads/default/attachments/amministrazione_trasparente/amministrazione_trasparente_m/147/files/allegati/1295/conto_annuale_2018_-_asst.pdf), ASST Ovest Milanese, <http://www.asst-ovestmi.it/home/AmministrazioneTrasparente>, ASST Rhodense, <https://www.asst-rhodense.it/inew/AmministrazioneTrasparente/DotazioneOrganica.html>, ASST Nord Milano, <http://www.asst-nordmilano.it/personale>, ASST Melegnano e Martesana, <http://www.asst-melegnano-martesana.it/wp-content/uploads/2016/09/Personale-a-tempo-indeterminato-anno-2018.pdf>, ASST Sette Laghi, <https://www.asst-settelaghi.it/amministrazione-trasparente/personale/dotazione-organica/conto-annuale-del-personale>, ASST Valle Olona, <http://www.asst-valleolona.it/amm-trasparente/conto-annuale-del-personale/>, ASST Valtellina e Alto Lario, <https://www.asst-val.it/conto-annuale-del-personale->, ASST Lecco, <http://www.asst-lecco.it/about-us/amministrazione-trasparente/personale-2/dotazione-organica/>, ASST Monza, <https://www.asst-monza.it/dotazione-organica>, ASST Vimercate, <https://www.asst-vimercate.it/web/uploads/files/12997.pdf>, ASST Papa Giovanni XXIII, <http://trasparenza.asst-pg23.it/sites/default/files/amministrazione-trasparente-file/Conto%20annuale%202018%20ASST%20Papa%20Giovanni%20XXIII.pdf>, ASST Bergamo Est, [http://hosting.soluzionipa.it/asst\\_bergamo/trasparenza/pagina.php?id=21&CSRF=a3a8baa0f1b48715c360556329536e92](http://hosting.soluzionipa.it/asst_bergamo/trasparenza/pagina.php?id=21&CSRF=a3a8baa0f1b48715c360556329536e92), ASST Spedali Civili Brescia, <http://www.asst-spedalivicili.it/servizi/Menu/dinamica.aspx?idSezione=616&idArea=41505&idCat=41511&ID=41576&TipoElemento=pagina>, ASST Franciacorta, [https://www.asst-franciacorta.it/t\\_c.asp?l4=296](https://www.asst-franciacorta.it/t_c.asp?l4=296), ASST Garda, <https://www.asst-garda.it/amministrazione-trasparente/dotazione-organica-2/>, ASST Crema, <https://www.asst-crema.it/conto-annuale-del-personale>, ASST Pavia, <https://www.asst-pavia.it/node/391>, IRCCS Istituto Nazionale Tumori, <https://www.istitutotumori.mi.it/dotazione-organica>. Il 2017 è invece l'ultimo anno disponibile per IRCCS Policlinico, [https://www.policlinico.mi.it/amministrazione\\_trasparente/4-personale/dotazione-organica](https://www.policlinico.mi.it/amministrazione_trasparente/4-personale/dotazione-organica), IRCCS San Matteo, <http://www.sanmatteo.org/site/home/il-san-matteo/amministrazione-trasparente/personale/articolo2624.html>, ASST Niguarda, [https://www.ospedaleniguarda.it/amministrazione\\_trasparente/personale/dotazione-organica](https://www.ospedaleniguarda.it/amministrazione_trasparente/personale/dotazione-organica), ASST Lariana, <http://www.asst-lariana.it/v2/1/amministrazione/214/?p=60>, ASST Mantova, <https://www.asst-mantova.it/documents/338413/0/PERSONALE+DIPENDENTE+E+DIRIGENTE+A+TEMPO+INDETERMINATO+2017.pdf/57eae739-9430-1cb2-4fc7-4cacfd6b69ad>, consultati il 29.06.2020. È da segnalare purtroppo l'impossibilità di reperire i dati per 4 strutture.

Il primo fattore evidente, osservando le figure 3 e 4, è la conferma dell'andamento complessivo regionale, con, tuttavia, una differenza sostanziale. Una volta esclusa la categoria "odontoiatri", sia nelle ATS che in ASST e IRCCS pubblici la quota di medici donna supera quella dei colleghi uomini. Da un punto di vista descrittivo, dunque, ciò che emerge chiaramente è come nelle strutture pubbliche lombarde le donne siano la maggioranza non solo all'interno della professione infermieristica, ma anche di quella medica, rappresentando un elemento di superamento degli stereotipi e di possibilità di accedere in modo equo alle professioni. Allo stesso tempo, è necessario mettere in luce che la percentuale più elevata di medici donna si trova nelle ATS, che per vocazione hanno compiti differenti rispetto ad ASST e IRCCS: non sono strutture di ricovero, non vengono erogate prestazioni chirurgiche e la maggior parte delle funzioni è rivolta alla prevenzione e all'igiene, branche della medicina nelle quali è già stata dimostrata in precedenza una maggiore concentrazione femminile<sup>23</sup>.

In chiaroscuro appare anche la fotografia della professione infermieristica, che presenta una quota di uomini inferiore rispetto al quadro nazionale, soprattutto nelle ATS, dove gli infermieri rappresentano solamente poco più del 15%. Il sospetto di una sorta di segregazione occupazionale, spinta dalla convinzione che prendersi cura delle persone sia più in linea con le attitudini femminili, resta sotteso, ancor più che a livello italiano, nonostante la leggera crescita dei professionisti uomini in Lombardia nel corso dell'ultimo decennio.

In breve, sul piano numerico si può affermare che all'interno della regione Lombardia le donne siano ben rappresentate nel sistema sanitario, con una novità positiva costituita dalla crescita nella quota di donne medico, giunta a superare il numero dei colleghi uomini nelle strutture regionali. Vi è una sorta di parità numerica, in conclusione, che dimostra come non ci siano preclusioni sostanziali all'accesso della professione medica per le donne, anche se tuttavia i dati relativi agli infermieri impiegati nel Sistema Socio-Sanitario regionale segnalano ancora la presenza di stereotipi legati ad una presunta maggiore vocazione alla cura.

L'approccio quantitativo al numero degli operatori medico-sanitari rappresenta però solamente un primo tassello dell'analisi, indispensabile per verificare la femminilizzazione delle professioni sanitarie in Lombardia e l'esistenza o meno di uguali possibilità di accesso alle stesse, ma non ancora esauriente per il quadro della parità di genere nel Sistema Socio-Sanitario.

Cardine per comprendere lo stato della parità in un'accezione più ampia è anche la possibilità di accedere ai ruoli apicali, come considerato anche dall'EIGE nell'elaborazione del *Gender Equality Index* e nella formulazione dell'obiettivo 5 dell'Agenda 2030. Anche in questo caso si rivela un supporto utile il Conto Annuale del personale che permette di quantificare nel dettaglio il numero di donne medico che ricoprono la carica di direttori di struttura complessa (abbreviato in seguito con la sigla S.C.) e di responsabili di struttura semplice (S.S.), le principali posizioni dirigenziali che caratterizzano l'organizzazione interna di ATS, ASST ed IRCCS.

---

<sup>23</sup> Maggiore presenza femminile in ruoli apicali in questo settore è già riportata a livello nazionale anche da R. Saporito, M. Sartirana, V. D. Tozzi, *La femminilizzazione dei ruoli apicali in sanità: dimensioni del fenomeno, cause e prospettive*, in CERGAS-Bocconi (a cura di), *Rapporto OASI 2019*, cit., pag. 621.



Incarichi dirigenziali del personale medico delle ATS, 2018<sup>24</sup>

	Direttori S.C.	% sul totale di genere	Responsabili S.S.	% sul totale di genere	Totale incarichi di dirigenza	% sul totale di genere
<b>DONNE</b>	44,4%	11,9%	58%	31%	53,5%	42,9%
<b>UOMINI</b>	55,6%	21,8%	42%	33%	46,5%	54,9%

Tabella 1

Come si può notare nella Tabella 1, ad un primo sguardo le dinamiche del Sistema Sanitario lombardo sembrano allontanarsi dalla media regionale secondo cui le donne sono solo il 40 % tra i dirigenti, grazie a numeri che sanciscono una maggiore rappresentanza femminile nelle posizioni a cui corrisponde maggiore potere decisionale. Occorre però premettere che le ATS costituiscono solo una parte del Sistema Socio-Sanitario, quella in cui esiste già una presenza femminile rafforzata e che, rispetto ad ASST e IRCCS, ha un numero complessivo di occupati minore. La maggioranza femminile nei ruoli dirigenziali e, nel dettaglio, tra i dirigenti medici responsabili di struttura semplice, è senza ombra di dubbio un fattore da leggere positivamente nel percorso verso la parità e riflette i cambiamenti in atto nel settore medico-sanitario, ma si tratta di un numero che non deve essere considerato a sé stante. Appare necessario valutare anche a quale percentuale sul totale di donne medico corrisponde la quota di dirigenti, così da avere un riscontro in merito alle opportunità di carriera delle donne impiegate nella sanità pubblica lombarda. Prendendo in esame questa variabile, è chiaro che le donne dirigenti sono una percentuale minore del totale di genere rispetto ai dirigenti uomini, che addirittura superano il 50% di tutti i medici uomini delle ATS – in altre parole, si può concludere che per le donne resti comunque più difficile arrivare ai vertici delle Agenzie di Tutela della Salute. Non va inoltre tralasciato il fatto che, in un ambiente lavorativo a maggioranza femminile, l'incarico di direttore di struttura complessa, ossia la posizione dirigenziale più elevata, sia affidato ad un uomo nella larga parte dei casi.

Incarichi dirigenziali del personale medico di ASST e IRCCS<sup>25</sup>

	Direttori S.C.	% sul totale di genere	Responsabili S.S.	% sul totale di genere	Totale incarichi di dirigenza	% sul totale di genere
<b>DONNE</b>	14,9%	1,8%	34,8%	8,2%	28,1%	10%
<b>UOMINI</b>	85,1%	10,3%	65,2%	15,6%	71,9%	25,9%

Tabella 2

Rispetto a quanto accade nelle ATS, nelle Aziende Socio Sanitarie Territoriali e negli Istituti di Ricovero e Cura a carattere Scientifico – assimilati in quanto, a differenza delle ATS, entrambe le tipologie si articolano in presidi ospedalieri – si rende evidente una difficoltà di accesso ai ruoli di vertice più marcata. Pur essendo strutture in cui a livello complessivo si registra una quota di medici donna superiore al 50%, la dirigenza appare sostanzialmente appannaggio maschile, anche oltre la media regionale, e le donne non superano il 35% in nessuno degli incarichi considerati. La cifra minore si raggiunge nuovamente tra i direttori di struttura complessa, una posizione occupata solamente dall'1,8% delle donne medico, dimostrando quanto sia più difficile per una donna giungere al ruolo di maggiore responsabilità. Indicativo è anche il dato che si può dedurre in relazione ai medici senza incarichi di vertice, che per le donne riguarda il 90%.

<sup>24</sup> I dati sono tratti dai medesimi documenti relativi al Conto Annuale del personale delle ATS, cit.

<sup>25</sup> I dati sono tratti dai medesimi documenti relativi al Conto Annuale del personale di ASST e IRCCS, cit.

Discrepanze tra il numero di professioniste della sanità pubblica lombarda e le loro possibilità di rivestire incarichi apicali emergono anche dalle riflessioni sui ruoli di direzione delle singole strutture, che siano ATS, ASST o IRCCS, accessibili ad operatori con qualifiche in ambito medico-sanitario (la direzione generale può essere infatti affidata non solo a soggetti con competenze amministrative e gestionali, che non sono stati presi in esame nel prosieguo dell'analisi, ma anche a professionisti del settore sanitario). La posizione di massimo potere decisionale, ossia la direzione generale, rispecchia l'andamento già constatato in precedenza e si conferma il ruolo di più difficile accesso per le donne, specularmente a quanto avviene con la direzione di strutture complesse. Tra i direttori generali, le donne sono una minima parte, corrispondente al 18,2%, tra i direttori sanitari sono pari al 27,5%, mentre tra i direttori sociosanitari diventano la maggioranza, con il 51,4%<sup>26</sup>, e non a caso anche l'area del sociale incarna una delle dimensioni spesso associate in modo stereotipato all'universo femminile.

La difficoltà nel percorso di carriera, nello specifico nel raggiungere cariche apicali, è una dinamica che si ritrova spesso nell'esperienza lavorativa delle donne, a prescindere dal settore occupazionale, ma in ambito medico-sanitario è allo stesso tempo meno immediatamente percepibile a causa dell'evidenza dei numeri delle donne occupate complessivamente nel comparto e più drammatica per la medesima ragione. La rappresentanza femminile è aumentata, ma giungere al vertice è ancora più difficile rispetto alle possibilità che hanno gli uomini. Focalizzandosi in primo luogo sulla professione medica, una prima spiegazione potrebbe essere ricondotta all'aspetto puramente anagrafico. Secondo ricerche condotte nel recente passato, le donne sono la maggioranza nelle fasce più giovani di medici, mentre tra i professionisti con maggiore esperienza gli uomini rappresentano la quota maggiore<sup>27</sup>. Di conseguenza, gli uomini avrebbero in numero più ampio maggiore anzianità di esercizio e esperienza, elementi spesso centrali nei processi di selezione per le cariche apicali. Nondimeno, l'80% delle donne medico comunque ha la percezione di un percorso di carriera svantaggiato in confronto a quello dei colleghi<sup>28</sup>, quindi l'anzianità potrebbe costituire solo una delle ragioni che si celano dietro al problema.

Da ultimo, il fatto che sia più facile accedere ai gradini più bassi degli incarichi di dirigenza rispetto a ruoli con le responsabilità decisionali maggiori non è secondario, sembra infatti che per le donne i ruoli di maggiore responsabilità siano ancora i più difficili da raggiungere. In un precedente studio condotto su 5 ospedali lombardi, comprendenti anche strutture private, viene riportata l'evidenza di una persistente difficoltà nell'accesso ai ruoli apicali, descritta dal meccanismo del "pavimento appiccicoso"<sup>29</sup>.

La difficile evoluzione della carriera dei medici donna delinea dunque una sorta di segregazione verticale, spesso affiancata da una simile segregazione orizzontale, un fenomeno che riguarda le differenze di accesso alle singole branche della medicina. Alcune aree di specializzazione risultano infatti a prevalenza maschile o

<sup>26</sup> Elaborazione sui dati pubblici delle *Direzioni strategiche del Sistema Socio Sanitario Lombardo*, cfr. <https://www.regione.lombardia.it/wps/portal/istituzionale/HP/DettaglioServizio/servizi-e-informazioni/Cittadini/salute-e-prevenzione/strutture-sanitarie-e-sociosanitarie/ser-aziende-ospedaliere-sal/aziende-socio-sanitarie-territoriali>, consultato il 30.06.2020.

<sup>27</sup> In base ai dati del Conto Annuale della PA, tra i giovani medici le donne raggiungono il 60%, come citato in R. Saporito, M. Sartirana, V. D. Tozzi, *La femminilizzazione dei ruoli apicali in sanità: dimensioni del fenomeno, cause e prospettive*, in CERGAS-Bocconi (a cura di), *Rapporto OASI 2019*, cit., pag. 614. La tendenza era inoltre già riscontrabile nel 2012, come riportato in *Donne medico, il futuro in corsia. Conferenza nazionale Anaao*, in *Sanità24, Il Sole 24 Ore*, 17 dicembre 2012, cfr. <https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/lavoro-e-professione/2012-12-14/donne-medico-futuro-corsia-163608.php?uuid=AbJRq8BH>, consultato il 30.06.2020.

<sup>28</sup> *Ibidem*.

<sup>29</sup> C. Gaiaschi, *Gender inequalities in medical careers: findings from five hospitals in the Lombardy Region*, in *Ital J Gender-Specific Med* 2018; 4(2), pag. 77.

femminile, con numeri a volte molto distanti, al punto di rendere le donne, o gli uomini, marginali all'interno di una determinata branca professionale. Le indagini, svolte a livello nazionale come a livello regionale, conducono ai medesimi risultati, illustrando tanto nelle professioni quanto nella dirigenza che alcune aree della medicina rimangono saldamente una competenza maschile. L'ambito più dibattuto è sicuramente la chirurgia, dove le donne sono una quota minima. Impressionante è l'analisi del CERGAS Bocconi, secondo la quale in tutta Italia non esiste nessuna donna a capo di una struttura complessa di Chirurgia toracica, Chirurgia maxillo-facciale e Cardiochirurgia, ma neppure in Medicina dello Sport, Ortopedia e Traumatologia, Allergologia ed Epidemiologia. Al contrario, l'area con la maggior quota di donne medico direttori di S.C. risultano le Cure palliative<sup>30</sup>, un ambito strettamente connesso al concetto di cura, e in particolare di prendersi cura delle persone. Si segnala inoltre una precedente indagine con l'obiettivo di analizzare la distribuzione nelle branche della medicina in base al genere in 5 ospedali rappresentativi della realtà lombarda – seppure 5 siano privati convenzionati, ma al di fuori del Sistema Socio Sanitario. Anche in questo caso il contrasto è quanto mai evidente, con il 35% dei medici uomini impiegati nella chirurgia contro il 15% circa delle donne<sup>31</sup>. Anche se brevemente, non si può non notare quanto sia rilevabile anche un meccanismo di segregazione orizzontale, le cui cause necessiterebbero, ed in ugual misura meriterebbero, un approfondimento specifico.

#### 4. Femminilizzazione e aspetti organizzativi del Sistema Socio-Sanitario regionale lombardo

Il Sistema Socio-Sanitario della Lombardia è stato riorganizzato in tempi relativamente recenti e trova il suo fondamento nella legge regionale 23 del 2015<sup>32</sup>, che ne definisce le articolazioni, le funzioni e i compiti, e i ruoli necessari al suo interno. A fianco dell'aspetto organizzativo complessivo e dei principi generali sanciti dalla legge regionale, sono le dinamiche interne alle singole strutture che si vogliono prendere in esame in questa sede, al fine di poter avere riscontro di un eventuale impatto della maggiore occupazione femminile sull'organizzazione di ATS, ASST ed IRCCS. Al di là delle caratteristiche prestabilite dalla normativa regionale, ciò su cui può influire la predominanza femminile negli organici sono proprio le variabili interne, per le quali esiste una maggiore possibilità di intervento.

Di spicco tra queste, vi è sicuramente il *part-time*, per quanto possa essere spesso un argomento dibattuto. Nelle analisi sull'occupazione femminile, spesso il *part-time* ha una connotazione ambivalente, positiva da un lato, quando è volontario e si qualifica come strumento per favorire la conciliazione casa-famiglia, negativa dall'altro, qualora sia involontario ed imposto, trasformandosi così in un pretesto per una retribuzione più bassa. Nel settore medico il lavoro a tempo parziale risulta legato in modo maggiore alla prima categoria, in quanto spetta ai dipendenti richiederlo al datore di lavoro (pubblico, in questo caso).

<sup>30</sup> Ne viene dato riscontro in R. Saporito, M. Sartirana, V. D. Tozzi, *La femminilizzazione dei ruoli apicali in sanità: dimensioni del fenomeno, cause e prospettive*, in CERGAS-Bocconi (a cura di), *Rapporto OASI 2019*, cit., pp. 622-3.

<sup>31</sup> Cfr. C. Gaiaschi, *Gender inequalities in medical careers: findings from five hospitals in the Lombardy Region*, in Ital J Gender-Specific Med, cit., pag. 75

<sup>32</sup> Accessibile da <https://normelombardia.consiglio.regione.lombardia.it/NormeLombardia/Accessibile/main.aspx?view=showdoc&iddoc=lr002015081100023>, consultato il 30.06.2020.

Medici e infermieri con contratto *part-time* nelle ATS, 2018<sup>33</sup>

	Direttori S.C.	Responsabili S.S.	Totale incarichi di dirigenza	Dirigenti medici con altro inc. pro.	Totale medici	Infermieri
<b>DONNE</b>	0%	0,8%	0,8%	5,3%	3,3%	22,1%
<b>UOMINI</b>	0%	0%	0%	3,3%	1,5%	0%

Tabella 3

Medici e infermieri con contratto *part-time* in ASST e IRCCS pubblici<sup>34</sup>

	Direttori S.C.	Responsabili S.S.	Totale incarichi di dirigenza	Dirigenti medici con altro inc. pro.	Totale medici	Infermieri
<b>DONNE</b>	0%	2,6%	0,5%	2,3%	2,1%	21%
<b>UOMINI</b>	0%	0,1%	0,1%	0,2%	0,2%	1,3%

Tabella 4

Come si nota dalle tabelle 3 e 4, l'ampia rappresentanza femminile che si è consolidata nelle strutture pubbliche lombarde non sembra avere inciso in modo particolare sulla possibilità di lavorare in modalità *part-time*, soprattutto con riferimento alla professione medica. Tra le fila degli infermieri i contratti a tempo parziale riguardano oltre il 20% delle donne impiegate, in ogni tipologia di ente considerato, mentre gli uomini riportano tassi di molto inferiori, ma tra i medici si riscontra una situazione differente. Differente, in particolare, non tanto per gli uomini, tra i quali il *part-time* rimane decisamente marginale, quanto per le donne. Avere una quota di donne medico sopra il 50% dei professionisti presenti in organico non sembra implicare una maggiore facilità nell'ottenere un contratto ad orario ridotto, che anzi è pressoché assente nelle cariche di vertice della professione medica. Nelle ATS la percentuale di lavoratori a tempo parziale si riduce mano a mano che ci si avvicina ai ruoli dirigenziali, fino all'evidenza di nessun medico in *part-time* tra i direttori di struttura complessa. La medesima caratteristica accomuna ASST e IRCCS, dove però la percentuale di donne medico assunte a tempo parziale si riduce tra i dirigenti medici con altro incarico professionale solo a causa di un totale di categoria decisamente maggiore della cifra di dirigenti (la denominazione non deve ingannare, poiché la qualifica di dirigente medico è in realtà l'inquadramento di partenza dei medici ospedalieri, ossia la categoria con il maggior numero di donne tra i medici). La ridotta fruibilità dell'orario ridotto stride in modo particolare se confrontata con i numeri dei Paesi del Nord Europa, dove è utilizzato dal 30% dei medici<sup>35</sup>.

La scarsa rilevanza dello strumento del *part-time* nel Sistema Socio-Sanitario della Lombardia ha anche una seconda valenza, oltre a dimostrare uno scarso impatto della componente femminile sulla tipologia di contratti per i dipendenti del Sistema, dal momento che si può leggere come un'assenza di forme di supporto per la conciliazione famiglia-lavoro (prescindendo dal fatto che la maggiore necessità di meccanismi di conciliazione da rivolgere alle donne trovi le sue radici purtroppo ancora negli stereotipi di

<sup>33</sup> Dati tratti dal Conto Annuale del personale delle ATS lombarde, cit. La percentuale è calcolata in base al totale di genere degli occupati per categoria.

<sup>34</sup> Dati tratti dal Conto Annuale del personale di ASST e IRCCS lombarde, cit. La percentuale è calcolata in base al totale di genere degli occupati per categoria.

<sup>35</sup> *Donne medico, il futuro in corsia. Conferenza nazionale Anaao, in Sanità24, Il Sole 24 Ore*, 17 dicembre 2012, cit.

genere sulla cura, e che quindi sia necessaria anche una riflessione più ampia in proposito). In questa sede si vuole dare un quadro descrittivo dell'occupazione femminile nel settore medico-sanitario in Lombardia, prima di volerne cercare le motivazioni, ma è molto probabile che questo non sia estraneo alle ragioni della scarsa rappresentanza di donne ai vertici delle strutture sanitarie.

Un maggiore recepimento del processo di femminilizzazione che ha riguardato, e ancora riguarda, la sanità è invece dimostrato dall'azione dei Comitati unici di garanzia, da qui in poi denominati come CUG. I CUG nascono a seguito della direttiva della Presidenza del Consiglio del 4 marzo 2011, che mira alla creazione di un unico organismo destinato ad occuparsi di benessere organizzativo e parità negli enti pubblici, riprendendo il ruolo dei Comitati per la Parità e dei Comitati Paritetici per il contrasto al fenomeno del *mobbing* ed unendoli in un solo soggetto<sup>36</sup>. La nascita dei comitati non è riconducibile all'azione delle strutture sanitarie, né tantomeno al solo ambito regionale, ciò che è però rilevante in questa sede sono le azioni che i CUG della sanità in Lombardia conducono all'interno delle strutture di riferimento. Le attività dei comitati infatti rispecchiano l'aumento del personale femminile e propongono conseguentemente azioni con un impatto sulla dimensione organizzativa di ATS, ASST e IRCCS per garantire migliori condizioni lavorative e opportunità di carriera alle molte donne che operano nella sanità pubblica. Tra le funzioni dei CUG figurano tre dimensioni principali: quella consultiva, quella propositiva e quella di verifica. Proprio nell'ambito dell'area propositiva, i CUG sono preposti alla realizzazione di un piano di intervento che ha un effetto più rilevante a livello organizzativo rispetto ad altre attività intraprese. Si tratta del Piano triennale di azioni positive, che ogni comitato è tenuto ad adottare per proporre sforzi concreti volti a riconoscere il ruolo delle donne all'interno delle strutture e dare loro maggiore spazio e migliori opportunità. Tra le proposte più diffuse tra i CUG del Sistema Socio-Sanitario lombardo si riscontrano azioni volte a favorire lo *smartworking*, che tuttavia per sue caratteristiche intrinseche è difficilmente attivabile da parte di medici ed infermieri, e a rendere migliore la conciliazione tra famiglia e lavoro, seguono poi sperimentazioni, a volte tuttora in corso, che si prefiggono di implementare gli interventi proposti<sup>37</sup>. Misure particolarmente significative che impattano sugli aspetti organizzativi sono anche quelle avanzate per promuovere congedi e permessi parentali anche per l'allattamento, la possibilità di fruire dei servizi delle strutture ospedaliere connesse in orari specifici e con una sorta di corsia preferenziale<sup>38</sup> e la proposta per stabilire delle quote di genere nelle commissioni designate al processo di selezione degli incarichi dirigenziali<sup>39</sup>.

<sup>36</sup> Per il testo, il riferimento è alla *Direttiva Comitati Unici Garanzia*, accessibile al link <http://www.funziopubblica.gov.it/articolo/dipartimento/04-03-2011/direttiva-comitati-unici-garanzia>, consultato il 26.06.2020.

<sup>37</sup> Un esempio è la sperimentazione della modalità *smartworking* da parte dell'ATS Monza, iniziata con la selezione del personale titolato a lavorare da remoto nel dicembre 2018. Va evidenziato come questo tipo di attività di conciliazione non si coniughi al meglio con le professioni medico-sanitarie, bensì con le funzioni amministrative, dato che nel testo del bando per lo *smartworking* è espressamente citato che deve poter essere eseguito se l'attività professionale lo consente. Il testo è pubblico, contestualmente al Piano triennale di azioni positive 2018-2020, al sito [https://www.ats-brianza.it/images/INTRANET/CUG/Delibera%20699%20del%2012\\_11\\_18%20Piano%20Azioni%20Positive%20e%20Regolamento%20SmartWorking.pdf](https://www.ats-brianza.it/images/INTRANET/CUG/Delibera%20699%20del%2012_11_18%20Piano%20Azioni%20Positive%20e%20Regolamento%20SmartWorking.pdf), al 30.06.2020.

<sup>38</sup> Queste sono le proposte avanzate dal CUG dell'ASST Rhodense, che tra le altre misure riserva ai propri dipendenti orari e corsie preferenziali per esami e prestazioni mediche. F. Di Nuovo, M. Onorati, M. Nicola, A. Martini, J. Tremamondo, I. M. A. Ramponi, *La femminilizzazione della professione medica, una realtà emergente: l'esperienza della Asst Rhodense*, in *Politiche Sanitarie*, vol. 19, n. 4, ottobre-dicembre 2018, pp. 176-179.

<sup>39</sup> La proposta è contenuta all'interno del *Gender Equality Plan* dell'IRCCS Besta, che specificatamente si distingue per essere particolarmente attivo nelle attività a favore della parità. Cfr. <https://www.istituto-besta.it/documents/447318/0/Gender+Equality+Plan+-+Besta+APPROVATO.pdf/f3a31cf0-8869-dc80-c2b7-7e4ff017abd8>, consultato il 30.06.2020.

Ad un livello che si estende all'intera regionale, è interessante notare il coordinamento esistente tra i singoli CUG della sanità lombardo, creato dalla volontà di alcune professioniste del settore medico-sanitario. Il coordinamento dei CUG ha inserito un elemento di novità all'interno del contesto regionale, con il risultato finale di avere un Tavolo permanente di confronto che permette ai comitati di ogni struttura sanitaria pubblica della Lombardia un dialogo strutturato per realizzare interventi condivisi. Considerando che, come già accennato, si tratta di un'iniziativa nata da attivazione e mobilitazione di professioniste donne operanti nel settore sanitario regionale, è evidente come in questo caso la crescente quota di donne contribuisca a creare uno strumento innovativo, in una forma "istituzionalizzata", e a ricercare con maggiore partecipazione misure per favorire e valorizzare tutte le operatrici del Sistema Socio-Sanitario della Lombardia, agendo sull'organizzazione dello stesso. Le aree tematiche al centro dell'attività del Tavolo di coordinamento sono tre, e sono quelle su cui viene diretto principalmente l'impegno dei CUG della sanità lombarda, ossia Benessere e sicurezza, *Smartworking* e Medicina di Genere. Delle tre, in particolare, la Medicina di Genere appare come un *focus* impostato da un punto di vista tipicamente femminile, spesso infatti si è dibattuto dell'assenza di una considerazione della salute che pone le donne come riferimento, e sembra così confermarsi la convinzione secondo cui nelle strutture in cui le donne trovano meno spazio, l'organizzazione e l'approccio alla salute assumono invece come modello esclusivamente la realtà maschile<sup>40</sup>. Inoltre, con la promozione della medicina di genere si possono iniziare ad intravedere anche gli effetti sulla modalità di approccio che le strutture possono tenere nei confronti dei pazienti, oltre che sulla citata organizzazione interna.

L'esperienza dei CUG all'interno del Sistema Socio-Sanitario lombardo si prefigge di andare in direzione opposta rispetto ad una visione e ad una modalità organizzativa esclusivamente maschile, e la rappresentanza femminile al loro interno contribuisce attivamente a determinare obiettivi da perseguire e azioni mirate. Tuttavia, è bene non dimenticare come non tutti gli aspetti organizzativi non abbiano risentito della maggior presenza femminile tra i dipendenti degli enti della sanità pubblica lombarda: le rigidità nei confronti dei contratti ad orario ridotto ne sono la dimostrazione.

## 5. Conclusioni

È ormai assodato che anche all'interno del Sistema Socio-Sanitario della Lombardia la femminilizzazione delle professioni medico-sanitarie sia un dato di fatto, sia per quanto riguarda una professione già da tempo a prevalenza femminile, come quella dell'infermiere, sia per la professione medica, che negli ultimi anni ha subito più di altre una trasformazione in questo senso. Anzi, confrontando i numeri nazionali con quelli lombardi, la quota di donne medico ed infermiere nella sanità pubblica della Lombardia è perfino più ampia della media italiana, mostrando quindi una più netta femminilizzazione dell'intero settore. Dal punto di vista dell'accesso alle professioni, non appaiono preclusioni nei confronti delle donne. La situazione è ben diversa se invece ci riferiamo agli incarichi di vertice, in relazione ai ruoli di alta dirigenza delle strutture (rivolti a professionisti dell'area medico-sanitaria e, nel caso del DG, anche amministrativa) come anche in relazione alle cariche apicali dell'organizzazione medica. In questi profili si registra ancora una scarsa rappresentanza femminile, nonostante le donne siano la maggioranza dei lavoratori del Sistema Socio-Sanitario lombardo, dimostrando quanto ad uguali condizioni di accesso alla professione non segua una uguale opportunità di carriera, inficiando dunque le condizioni di parità di genere all'interno del Sistema. Se ci si basa infatti sulle

<sup>40</sup> "[...] policy making remains a male-dominated space, and policies are implicitly set to male norms". M. Betron, I. Bourgeault, M. Manzoor, E. Paulino, R. Steege, K. Thompson, T. Wulji on behalf of the Global Health Workforce Network's Gender Equity Hub, *Time for gender-transformative change in the health workforce*, in *The Lancet*, vol. 393, n. 10171, 9–15 febbraio 2019, e25.

categorizzazioni dei principali strumenti di valutazione dell'uguaglianza di genere in campo internazionale, l'accesso agli incarichi dirigenziali è una variabile imprescindibile per raggiungere condizioni di crescente parità; la lacuna presente nella sanità lombarda sotto questo aspetto si traduce in una difficoltà nel garantire l'uguaglianza tra uomini e donne, pure a fronte di numeri positivi per quanto riguarda le donne impiegate in ruoli medico-sanitari. In breve, si può affermare che la femminilizzazione del settore non corrisponda matematicamente a maggiore parità *in toto*.

Le misure proposte o già messe in atto dai CUG sono invece un esempio positivo di strumenti per promuovere l'uguaglianza nei percorsi di carriera e nelle condizioni lavorative, con un impatto diretto sull'organizzazione del Sistema (dovuto ad esempio all'incentivazione dei congedi) e mostrano anche che l'input delle donne nel Sistema può dare il via a trasformazioni importanti, anche se attualmente ancora in una fase iniziale. La presenza femminile anima infatti le attività del Tavolo di coordinamento regionale dei CUG della sanità, dal momento che le partecipanti sono in quasi totalità donne, ma per rendere gli strumenti proposti più incisivi e maggiormente ricorrenti all'interno di tutte le strutture che compongono il Sistema, amplificandone l'impatto sullo stesso, si potrebbe pensare ad un'azione più diretta di Regione Lombardia. Come i CUG stessi sono stati resi obbligatori dal legislatore statale, sarebbe ipotizzabile che la Regione, che ha competenza sulla sanità del territorio, renda maggiormente vincolanti – e uniformi – le azioni proposte dal Tavolo di coordinamento regionale, così da avere un quadro normativo solido.

Non può essere tralasciato, infine, il fatto che la quota di infermieri uomini rappresenti una percentuale marginale, meno citata anche nelle riflessioni sulla parità e nelle attività dei CUG. Mentre infatti le azioni per incentivare la presenza femminile tra i medici trovano uno spazio nel dibattito pubblico e sono al centro di sforzi, lo stesso non si può dire per la promozione della professione infermieristica tra gli uomini. Non dedicare attenzioni a tale tematica è un riflesso dello stereotipo per cui a dedicarsi alla cura sono le donne, e pertanto un maggiore approfondimento dedicato agli infermieri uomini e all'incentivazione di un percorso di studi diretto a questa professione sarebbe auspicabile – seppure esuli dall'ambito di questa ricerca.

## Bibliografia e sitografia

- AA. VV., The Lancet, vol. 393, n. 10171, 9–15 febbraio 2019
- CANEVA, E., PELLIZZI, M., PIZIALI, S. (a cura di), *Mai più invisibili, Indice 2020 sulla condizione delle donne, dei bambini e delle bambine in Italia*, WeWorld Onlus
- Centro Studi FNOMCeO, *Report: il personale del SSN italiano, report 29/2012*
- CER GAS-Bocconi (a cura di), *Rapporto OASI 2019*, SDA Bocconi, Egea, Milano, 2019
- DI NUOVO, F., ONORATI, M., NICOLA, M., MARTINI, A., MARTINI, A., TREMAMONDO, J., RAMPONI, I. M. A., *La femminilizzazione della professione medica, una realtà emergente: l'esperienza della Asst Rhodense*, in *Politiche Sanitarie*, vol. 19, n. 4, ottobre-dicembre 2018, pp. 176-179
- Fondazione Nilde Iotti, *La femminilizzazione delle professioni, partiamo dalla Medicina*, 20 settembre 2018
- GAIASCHI, C., *Gender inequalities in medical careers: findings from five hospitals in the Lombardy Region*, in *Ital J Gender-Specific Med* 2018; 4(2)
- NEWMAN, C., *Time to address gender discrimination and inequality in the health workforce*, in *Human Resources for Health*, 12, 25, 2014
- PoliS-Lombardia (a cura di), *Rapporto Lombardia 2019*, Guerini e Associati, San Giuliano Milanese, 2019
- WHO, *Working paper on Gender & Equity in the Health and Social Care Workforce, Consultative Draft Report (Work in progress)*, 25 maggio 2018

[www.asst-crema.it](http://www.asst-crema.it)

[www.asst-fbf-sacco.it](http://www.asst-fbf-sacco.it)

[www.asst-franciacorta.it](http://www.asst-franciacorta.it)  
[www.asst-garda.it](http://www.asst-garda.it)  
[www.asst-lecco.it](http://www.asst-lecco.it)  
[www.asst-mantova.it](http://www.asst-mantova.it)  
[www.asst-melegnano-martesana.it](http://www.asst-melegnano-martesana.it)  
[www.asst-monza.it](http://www.asst-monza.it)  
[www.asst-nordmilano.it](http://www.asst-nordmilano.it)  
[www.asst-ovestmi.it](http://www.asst-ovestmi.it)  
[www.asst-pavia.it](http://www.asst-pavia.it)  
[www.asst-rhodense.it](http://www.asst-rhodense.it)  
[www.asst-santipaolocarlo.it](http://www.asst-santipaolocarlo.it)  
[www.asst-settelaghi.it](http://www.asst-settelaghi.it)  
[www.asst-spedalivicili.it](http://www.asst-spedalivicili.it)  
[www.asst-val.it](http://www.asst-val.it)  
[www.asst-valleolona.it](http://www.asst-valleolona.it)  
[www.asst-vimercate.it](http://www.asst-vimercate.it)  
[www.ats-bg.it](http://www.ats-bg.it)  
[www.ats-brescia.it](http://www.ats-brescia.it)  
[www.ats-brianza.it](http://www.ats-brianza.it)  
[www.ats-insubria.it](http://www.ats-insubria.it)  
[www.ats-milano.it](http://www.ats-milano.it)  
[www.ats-montagna.it](http://www.ats-montagna.it)  
[www.atspavia.etrasparenza.it](http://www.atspavia.etrasparenza.it)  
[www.ats-valpadana.it](http://www.ats-valpadana.it)  
[www.dati.salute.gov.it](http://www.dati.salute.gov.it)  
[www.ec.europa.eu](http://www.ec.europa.eu)  
[www.eige.europa.eu](http://www.eige.europa.eu)  
[www.funzionepubblica.gov.it](http://www.funzionepubblica.gov.it)  
[www.governo.it](http://www.governo.it)  
[www.hosting.soluzionipa.it/asst\\_bergamo](http://www.hosting.soluzionipa.it/asst_bergamo)  
[www.istituto-besta.it](http://www.istituto-besta.it)  
[www.istitutotumori.mi.it](http://www.istitutotumori.mi.it)  
[www.normelombardia.consiglio.regione.lombardia.it](http://www.normelombardia.consiglio.regione.lombardia.it)  
[www.oecd.org](http://www.oecd.org)  
[www.ospedaleniguarda.it](http://www.ospedaleniguarda.it)  
[www.policlinico.mi.it](http://www.policlinico.mi.it)  
[www.publications.europa.eu](http://www.publications.europa.eu)  
[www.regione.lombardia.it](http://www.regione.lombardia.it)  
[www.sanita24.ilsole24ore.com](http://www.sanita24.ilsole24ore.com)  
[www.sanmatteo.org](http://www.sanmatteo.org)  
[www.sustainabledevelopment.un.org](http://www.sustainabledevelopment.un.org)  
[www.trasparenza.asst-pg23.it](http://www.trasparenza.asst-pg23.it)