

Gender composition in the medical profession in Europe. Social implications and criticalities.

Composizione di genere nella professione medica in Europa. Implicazioni sociali e criticità.

Albanese S.¹

Responsabile UO Cardiochirurgia delle Aritmie IRCCS Ospedale Bambino Gesù

Key words: Donne, Medicina, Parità di Retribuzione, Ruolo, Qualità della vita.

Key words: Women, Medicine, Equal pay, Role, Quality of life.

ABSTRACT

In the last twenty years there has been an increase in the proportion of women practicing the medical profession which has occurred in parallel with the increase in participation of women in the scientific professions.

Italy has a stable percentage of women at 40% in 2016 compared to 60% in the Baltic countries, Romania and Croatia (1). This increase in the total number obtained did not automatically guarantee women doctors the right to access the roles of leaders and fair economic consideration in all the European countries analyzed. All this affects the quality of life of women and the authority of the knowledge expressed by them, with consequent implications on the economic and social context.

RIASSUNTO

Negli ultimi venti anni si è avuto un aumento delle donne nella professione medica parallelamente ad un incremento della partecipazione delle donne alle professioni scientifiche.

L'Italia si presenta con una percentuale di femminile stabilizzata al 40% nel 2016 rispetto al 60% dei paesi Baltici, Romania e Croatia(1). Questo incremento di numero totale ottenuto, non ha garantito automaticamente alle donne medico il diritto di accesso ai ruoli di leadership e di equo corrispettivo economico.

Questo in tutti i paesi europei analizzati. Tutto questo incide sulla qualità di vita del femminile e sulla autorevolezza del sapere espresso dalle stesse, con implicazioni conseguenti sul tessuto economico e sociale.

INTRODUZIONE

Negli ultimi venti anni si è avuto un aumento delle donne nella professione medica parallelamente ad un incremento della partecipazione delle donne alle professioni scientifiche. I dati ufficiali europei rilevati dal rapporto OECD 2013 mostrano infatti una percentuale del 46.8% di donne medico rispetto al totale dei medici esercitanti (1).

L'Italia in questo panorama si presenta con una percentuale di femminile stabilizzata al 40% nel 2016. Al contrario percentuali del 60% si registrano nei paesi Baltici, Romania e Croazia.(1)

Questo incremento di numero totale ottenuto, non ha garantito automaticamente al femminile il diritto di accesso ai ruoli di leadership e di equo corrispettivo economico. Contemporaneamente questo incremento di scelta lavorativa fatto dal femminile è andato di pari passo anche con un minor rilievo sociale ed economico attribuito alla professione medica.

Basta considerare i dati riportati dalla letteratura in Norvegia, Danimarca, Svezia e Finlandia.(2-3)

Queste constatazioni hanno portato a politiche scolastiche di educazione volte ad incentivare la scelta delle nuove generazioni verso il "technique oriented specialty" evitando la segregazione delle risorse femminili nell'ambito generalistico.(3)

Dai dati della scelta delle specializzazioni nell'ultimo decennio, emerge come ci sia una sovrappresenza delle donne in ambito specialistico pediatrico e una sottopresenza delle stesse in ambito chirurgico.(3)

E' risaputo che le donne medico sono pagate meno degli uomini, sono confinate in specializzazioni meno remunerative e progrediscono più lentamente nella carriera professionale. Questo anche in Italia, benchè la legislazione italiana sia chiara e che l'Art. 37 della Costituzione, rafforzato dall'art.28 del Codice di Pari Opportunità, dica che per "il lavoratore donna si applichino gli stessi diritti, qualità del lavoro e remunerazione, che per il lavoratore uomo" e siano state attuate anche azioni positive rafforzative, come previste dall'art.42 del Codice di pari opportunità relativo alla qualità della vita (dec n.198/2006), il sistema è lontano da essere monitorizzato in senso applicativo per mancanza di cultura operativa e di fondi economici. (4-5)

Si stima, in accordo con i dati Eurostat rilevati nel 2013, che le donne medico dei 27 paesi della UE abbiano guadagnato 16.4% in meno rispetto ai colleghi maschi, senza tenere conto della differenza di ore esercitate.(1)

In Italia si è rilevato un pay gap del 7.3%, dato questo apparentemente virtuoso, bensì relato al fatto che il part time femminile nel nostro Paese è meno comune rispetto al resto dei paesi europei(2), e questo è uno dei tre fattori che incide sul conteggio del "gender overall earnings gap in EU". (4)

Ma quale è la qualità di vita di queste professioniste e cosa preferiscono scegliere alla fine da sole, non essendo garantite dalla società?

MATERIALE E METODI

Un importante studio sulla qualità di vita svolto in Olanda e in Spagna ha dimostrato che le professioniste che svolgono lavoro notturno sono divorziate tre volte di più rispetto ai colleghi maschi e sono gravate da disturbi neuropsicologici, digestivi e cardiovascolari.(7-8)

Quindi accade che il 39% delle donne medico che vogliono rimanere nelle specializzazioni stressanti rinunciano ad avere bambini.(7)

Tuttavia con l'andare del tempo, e malgrado questa rinuncia, non sono maggiormente garantite rispetto ai maschi perché al momento della pensione sono penalizzate dal "gender pay gap".(7-8-9)

In Olanda il "gender pay gap" durante la pensione è pari al 45% di retribuzione in meno.(7-8)

La stessa situazione si evidenzia nell'analisi delle carriere universitarie e scientifiche.(9)

In Spagna il rapporto donne-uomini durante gli studi è maggiore del doppio, ma dopo la specializzazione la percentuale di donne con contratto temporaneo è già doppia di quella degli uomini e meno del 50% delle donne arrivano ad un impiego di ruolo.(8)

Le donne consultant in UK sono il 25% in meno degli uomini, dato che si aggrava come senior consultant (10% donne rispetto al 29% uomini; $p < 0.0001$).

In queste condizioni vengono poi attuati i meccanismi di microaggressione verbale o di discredito reputazionale.

Uno studio americano ha evidenziato come le donne chirurgo sono penalizzate maggiormente quando un paziente da loro trattato muore rispetto ai colleghi maschi, con perdita del riferimento di fiducia nel 54% dei casi. Questo si trasla in una percezione di incompetenza che distrugge gli skills femminili.(10)

Anche nei lavori scientifici, il gap è lontano dall'essere colmato, anche se vi è stata una percentuale di incremento dal 1970 ad oggi dal 3.7 al 19.3 % ($p < 0.001$) di lavori scientifici con nomi di donne.(11-12-13)

La percentuale di scienziate titolari di finanziamento decresce con l'entità del finanziamento, in Italia, per esempio, nessuna donna è presente fra i titolari dei finanziamenti 5 per mille.

Quindi ci si chiede cosa bisogna fare sia in termini di conciliazione e responsabilità per il lavoro di cura dei bambini, sia in termini di riconoscimento della leadership femminile.

Non è pensabile di ricorrere all'aberrazione, come accaduto in Spagna di limitare l'accesso alle professioni del femminile, per limitare l'assenza dal lavoro e la dispersione di know-how per necessità di impegno del femminile nel lavoro di cura.(8)

D'altro canto non è pensabile una società senza leadership femminile, quindi bisogna ispirarsi ai modelli di comunità partecipative di Francis Bacon per poter costruire un modello sociale che pensi a selezionare le competenze uscendo dalla categorizzazione del genere che in qualche modo cristallizza i privilegi maschili.

Per fare questo abbiamo bisogno dell'aiuto di una parte di maschile illuminato che ci aiuti nel processo di riorganizzazione sociale rispettando intelligenze e aspirazioni costruttive e tipologie di leaderships differenti.

ANALISI DEI DATI E DISCUSSIONE

I dati analizzati evidenziano la profonda trasformazione attuata dall'universo femminile nell'ultimo secolo, per imporsi in maniera accademica nella società con una qualifica quale quella medica, che riassume l'appannaggio della cura da sempre in mano al femminile ma non in maniera ufficiale.

Del resto l'analisi dei dati, mostra la reticenza del sistema, malgrado la legislazione codificata in senso paritario all'applicazione della parità di riconoscimento e di autorevolezza delle esperte, senza che questo sia lesivo della qualità di vita personale e delle proprie scelte di vita.

Pertanto è improduttivo continuare a legiferare senza prevedere un impegno sociale vero nella cura dei bambini, ripartito non per genere ma per nucleo familiare.

Le organizzazioni complesse hanno promosso finora un modello di "lavoratore astratto", basato su caratteristiche maschili, in cui le necessità sociali, affettive e familiari sono gestite da altre entità parentali o salariate, a seconda dei ceti. (14,15)

CONCLUSIONI

Abbiamo modelli di maschile e di femminile, ma è indubbio che nel modello femminile bisogna riconoscere la capacità di organizzazione e gestione collegata ad un patrimonio storico del genere, che le mette in grado di occuparsi parallelamente di più funzioni e si esprime soprattutto nella visione d'insieme, nella creazione di reti di rapporti, nella rapidità di reazione e nella gestione dell'imprevisto, nella capacità analitica che fa essere le donne metodiche e pragmatiche.

Se riusciremo a cambiare le categorie pregiudiziali, e a organizzare la società nel rispetto dei tempi e delle necessità del nucleo sociale, riusciremo anche ad avvalerci di modelli costruttivi migliori per la società europea che permetteranno di usufruire delle competenze migliori.

BIBLIOGRAFIA

1. The 2017 OECD report *The Pursuit of Gender Equality*.
2. Proportion of female physicians, tertiary level academic staff and managers increasing :Women make up more than half of all tertiary students. Eurostat 29/2009-6 March 2009.
3. Women's Participation in the Medical Profession: Insights from Experiences in Japan, Scandinavia, Russia, and Eastern Europe *J Womens Health (Larchmt)*. 2014 Nov 1; 23(11): 927-934.
4. European Network of legal experts in gender equality and non-discrimination. Country report. Gender equality. Italy 2020.
5. Criticità della professione medica in Italia: confronto europeo e prospettive future. *Journal of Medicine and the Person* 2004, 4: 01.
6. Almost a third of women and 5% of men having a young child worked part-time in 2011 Eurostat press-37/2013 - 7 March 2013
7. Physician job satisfaction in the Netherlands. A study of job satisfaction among cohorts of Dutch physicians. University of Groningen. November 2017 by Lodewijk Schmit Jongbloed.
8. Gender inequalities in the medical profession: are there still barriers to women physicians in the 21st century? *GacSanit* 2014 :28(5) :363-368.
9. Healthcare personnel statistics - physicians *Statistics Explained Source : Statistics Explained* (<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statisticsexplained/>) - 14/12/2016 1 Data extracted in November 2016. Planned article update: October 2017.
10. Doctors have a rosier view of male than of female surgeons. *The Economist*. 2017.
11. Gender aspects in medical publication - the *Wiener klinische Wochenschrift* - *Wien Klin Wochenschr* (2010) 122: 141-145.
12. The "gender gap" in authorship of academic medical literature – a 35-year perspective. *N Engl J Med*. 2006;355:281-7.
13. Trends and comparison of female first authorship in high impact medical journals: observational study (1994-2014). *BMJ* 2016, Mar 2;352,847.
14. Acker J. Gender Institutions, From sex roles to gender institutions, *Contemporary Sociology*, Vol. 21, No. 5 (Sep., 1992), pp. 565-569, American Sociological Association *Contemporary Sociology*, Vol. 21, No. 5 (Sep., 1992), pp. 565-569, American Sociological Association
15. Bombelli Cristina, "Tempo, organizzazioni e differenze di genere", in *Sviluppo & Organizzazione*, n. 183, 2001, pp. 35-51.