



IL RUOLO DELLE DONNE NELLA MEDICINA GENERALE

di Giovanna Vicarelli, Micol Bronzini

Oggi, in Italia e in Europa si nutrono grandi aspettative nei riguardi della medicina generale, chiamata a svolgere un ruolo determinante nella complessa trama dei servizi sanitari e sociali più vicini al cittadino. Tuttavia, a differenza di molti paesi europei, in Italia il numero delle donne medico nella medicina di base resta abbastanza limitato. A cosa si debbono tali differenze? L'ipotesi che si intende sostenere qui è che una notevole influenza può essere riconosciuta al carattere di "libera professione convenzionata" di questa attività, che richiede una ampia disponibilità di tempo, nonché una capacità di risposta a una vasta gamma di bisogni sanitari dei cittadini.

In Italy and in Europe there are at the moment growing expectations about general medicine which is called to play a decisive role in the complex network of health and social services. However, differently from many European countries, Italy still enjoys a limited number of women doctors employed as general practitioners. Why this difference? The present paper puts forward the hypothesis that a significant influence may be attributed to the character of "contracted self-employed activity" of the job which requires heavy commitment in terms of time, besides the ability to deal with a wide range of different health care needs.

1. PREMESSA

Nell'agosto del 2006 si è tenuto a Firenze il congresso europeo delle organizzazioni scientifiche dei medici di famiglia (WONCA) dal titolo "Verso un rinascimento della medicina generale". È la prima volta che all'Italia viene affidata l'organizzazione di un simile incontro, il cui titolo, al di là delle assonanze con la città che ha ospitato il convegno, ben esprime le aspettative che si nutrono in Europa per il ruolo della medicina generale nei sistemi sanitari. Anche in Italia, a distanza di un trentennio dall'approvazione del Servizio sanitario nazionale e a più di cinquanta anni dai primi progetti di riforma sanitaria, la medicina generale sembra sul punto di trovare una collocazione istituzionale al centro del sistema sanitario, con un tendenziale incremento di risorse attribuite all'assistenza territoriale e un ruolo organizzativo affidato ai medici delle cure primarie nella complessa trama dei servizi sanitari e sociali più vicini al cittadino.

Tuttavia, all'interno della categoria dei medici di medicina generale il numero delle donne resta limitato e comunque inferiore a quello che si registra nel complesso dei medici iscritti agli Ordini o dei medici dipendenti del Servizio sanitario nazionale. Nel 2003 le donne nella medicina generale ammontavano, infatti, al 24% del totale¹, mentre rappre-

Giovanna Vicarelli, professore ordinario di Sociologia economica presso la Facoltà di Economia G. Fuà dell'Università Politecnica delle Marche, ha scritto i paragrafi 1, 2 e 6.

Micol Bronzini, assegnista di ricerca presso la medesima Facoltà di Economia, ha scritto i paragrafi 3, 4 e 5.

¹ Si fa riferimento ai dati forniti dall'ENPAM, relativi alla composizione di genere del Fondo speciale per la medicina generale, da cui sono stati tolti i contributi relativi ai pediatri e ai medici della continuità assistenziale.

sentavano il 31% del personale medico dipendente del Servizio sanitario nazionale. Lo scarto risulta ancora più consistente se si retrocede nel tempo: nel 1999, quando le donne rappresentavano il 29% degli iscritti agli Ordini dei medici, erano solo il 21% nella medicina generale.

Questo andamento risulta abbastanza differente da quello registrato in altri paesi europei tra cui la Gran Bretagna, che condivide con l'Italia un sistema sanitario universalistico con un ruolo cruciale riconosciuto alla medicina di base. Ebbene nel 1998 le donne General Practitioner (GP) rappresentavano un terzo di tutti i medici di medicina generale e ben il 60% dei nuovi reclutati (Brooks, 1998). Nello stesso anno, in Francia, costituivano il 34% dei GP, mentre nell'anno seguente rappresentavano il 27% dei GP con rapporto libero professionale, il 25% di quelli con una forma mista e addirittura il 57% dei GP dipendenti (Lapeyre, 2003).

A cosa si debbono tali differenze? E come può essere interpretata la bassa incidenza femminile nella medicina generale in Italia?² L'ipotesi che si intende qui sostenere è che una notevole influenza può essere riconosciuta al ruolo attribuito alla medicina generale nei processi di riforma che hanno portato alla costituzione del Servizio sanitario nazionale. Il medico di medicina generale (MMG), in quanto "libero professionista convenzionato", deve unire una certa "imprenditorialità" nell'organizzazione del proprio lavoro (in termini di orari, ambulatori, personale di supporto ecc.) ad un impegno continuativo con i propri pazienti e le rispettive famiglie, per i quali si vede riconosciuto dallo Stato un congruo pagamento annuo pro capite. Le ricerche condotte evidenziano che soprattutto i medici massimalisti (cioè con il tetto massimo di assistiti), entrati in ruolo all'avvio del nuovo sistema sanitario, presentano oggi retribuzioni alte, un impegno lavorativo notevole, cospicui tassi di sindacalizzazione e un riconosciuto ruolo politico sul territorio, se non altro per la molteplicità dei contatti quotidiani con i cittadini. Questi medici non hanno però credenziali universitarie specifiche a causa del ritardo con cui si è proceduto a riconoscere un percorso formativo *ad hoc* per la medicina generale.

Stante questa configurazione è possibile che le donne medico abbiano, da un lato, preferito attività professionali più strutturate (ad esempio ospedaliere) con orari ed impegni di lavoro più definiti, dall'altro siano state attratte da una medicina più specialistica su cui esprimere un controllo approfondito e diretto. Né vanno sottovalutate forme di scoraggiamento legate alla difficoltà di trovare pazienti disposti a farsi assistere da una donna medico, a contrattare con altri medici gli spazi lavorativi, ad organizzare in autonomia il proprio studio e la propria attività professionale. Tutto ciò nonostante le donne medico espri- mano motivazioni molto forti per la professione e un esplicito orientamento al paziente, fattori che potrebbero lasciar supporre un maggior interesse femminile per un impegno professionale a più diretto contatto con i cittadini utenti.

Per affrontare queste problematiche, nelle pagine seguenti si procederà con il definire i processi di trasformazione della medicina generale, per passare poi all'analisi dei risultati che scaturiscono da una indagine condotta da dieci sedi universitarie all'interno di un progetto ministeriale di ricerca sulle trasformazioni della professione medica³.

² Per una più ampia discussione sul tema delle donne nelle professioni liberali si rimanda a Vicarelli (2007).

³ Si tratta di una *survey* condotta su un campione di 1.162 medici di medicina generale, estratto dalle liste di medici di medicina generale operanti in dieci regioni italiane: Piemonte, Trentino Alto Adige, Sicilia, Emilia-Romagna, Lombardia, Veneto, Campania, Marche, Lazio e Calabria. Per ulteriori informazioni sulla costruzione del campione si veda Cipolla, Corposanto, Tousijen (2006).

2. DAL MEDICO CONDOTTO AL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

Nella prima metà del '900 tre sono le figure che, in Italia, si occupano della cura e dell'assistenza sanitaria non ospedaliera: da un lato il medico condotto, dipendente delle singole municipalità, che cura prevalentemente gli iscritti negli elenchi dei poveri; dall'altro il medico mutualista, che eroga le proprie prestazioni all'interno dei diversi sistemi assicurativo-mutualistici; infine, il medico di famiglia, che assiste i cittadini abbienti con modalità libero-professionali (Vicarelli, 1997, 2006). Tutte queste figure non hanno un esclusivo stato giuridico. Così il medico condotto è anche medico mutualista e il medico mutualista è anche libero professionista.

Con l'istituzione del Servizio sanitario nazionale nel 1978 si delinea un'unica figura di medico di medicina generale al quale si riconosce un autonomo ruolo professionale derivate, a partire dal 1991, dall'acquisizione di uno specifico titolo di studio. Esso ha una posizione di centralità nell'erogazione dei servizi di primo livello seppure con rapporto di lavoro non dipendente, ma convenzionato con il Servizio pubblico. Con il decreto legislativo del 19 giugno 1999, n. 229, il medico di medicina generale entra ancor più nel Servizio sanitario nazionale partecipando alla definizione degli obiettivi che i servizi territoriali debbono raggiungere, nell'ottica di una visione globale e integrata della salute della persona.

Il passaggio dalla prima alla seconda configurazione professionale costituisce un punto di analisi assai interessante perché esprime la *genesi* di un ruolo per certi versi atipico rispetto ai processi di differenziazione strutturale e cognitiva che si sono sviluppati nel secondo '900. A fronte, infatti, di una crescita della medicina tecnologica e specialistica, il movimento che sostiene ed esprime la figura del medico di medicina generale tende a valorizzare un approccio antropologico e olistico i cui caratteri sono sostanzialmente opposti al paradigma biomedico dominante.

Dal 1945 al 1960, infatti, si definisce e si crea, in Italia, un sindacato dei medici mutualisti (FIMM) che trova una propria identità e una propria organizzazione in un confronto serrato con le altre associazioni sindacali e con gli stessi Ordini professionali. Dal 1961 al 1978, la FIMM si impegna nella progettazione della riforma sanitaria, anticipando, talvolta, le possibili proposte organizzative e le opzioni per l'inserimento dei medici di famiglia nel nuovo modello di Servizio sanitario nazionale. Dal 1979 al 1990 la costruzione normativa della figura del medico di medicina generale deve sostanziarsi sul piano contrattuale e nella pratica professionale, operazioni entrambe complesse per le resistenze opposte sia dagli ex medici mutualisti che rifiutano di adeguarsi alla nuova configurazione professionale, sia dalle diverse coalizioni di governo che cercano di modificare le regole del Servizio sanitario anziché attuarle. Dal 1991 al 1996 il sindacato maggiormente rappresentativo dei medici generali (divenuto FIMMG nel 1978) partecipa con altri soggetti politici e istituzionali alla difesa del Servizio sanitario contro i tentativi di riduzione messi in atto all'inizio del decennio (D.Lgs. del 30 dicembre 1992, n. 502), ricodificando, nel contempo, la figura del medico di famiglia nella nuova organizzazione aziendale della sanità italiana. Dal 1997 al 2005, la FIMMG è soggetto attivo nella revisione dei decreti di aziendalizzazione voluta dai governi di centro-sinistra (riforma Bindi attraverso il D.Lgs. 229/1999), ottenendo, per la prima volta, un più netto riconoscimento nei processi di governo della sanità italiana. Subito dopo, però, con i governi di centro-destra, la FIMMG è costretta a schierarsi nuovamente a difesa del Servizio sanitario rivendicando l'attuazione delle norme previste dalla riforma del 1999 contro i tentativi di riduzione "strisciante" della sanità pubblica e

le nuove forme di devoluzione a favore di un sistema sanitario fortemente regionalizzato (Vicarelli, 2006).

Il processo politico, culturale ed economico che ha portato a simili risultati non è stato lineare né del tutto compiuto, anche se i medici generali hanno acquisito nel tempo una crescente solidità in termini professionali, di risultati economici e di sicurezza del lavoro. Curiosamente, è avvenuta in ritardo e non appare ancora conclusa l'attribuzione di credenziali universitarie alla medicina generale, che nel panorama europeo presenta un livello di legittimità scientifica abbastanza circoscritto. Sul versante politico, viceversa, la categoria è riuscita ad esprimere un peso notevole nell'ambito delle negoziazioni sindacali e una forte capacità di penetrazione nelle maggiori associazioni di rappresentanza professionale e politica, garantendosi un ruolo non marginale nella trasformazione della politica sanitaria. Ne è risultata una "costruzione" progressiva della figura del medico generale che, facendo leva sul rapporto di fiducia con i cittadini, ha siglato un patto di stabilità con lo Stato che, a fronte dei riconoscimenti professionali suddetti, ha cercato, nelle diverse fasi della politica di welfare, di ottenere un maggior controllo sulla domanda sanitaria, un risparmio sulla spesa indotta e una crescente integrazione delle cure da parte di medici non dipendenti, ma convenzionati con il Servizio sanitario.

In questa prospettiva, il profilo professionale del medico di medicina generale ha abbandonato, nel tempo, le caratteristiche di un ruolo tradizionale centrato sulle semplici attività di cura, per assumere sempre più un ruolo volto a governare la domanda sanitaria e a coordinare e integrare i servizi del territorio. Resta sullo sfondo, per ora, la finalità più marcata di fornire cure primarie attraverso società o cooperative accreditate alla stregua dei fornitori di prestazioni specialistico-ospedaliere. Ciò significa che nel panorama europeo l'Italia si schiera accanto a quei paesi (Danimarca, Norvegia, Islanda, Spagna, Portogallo e Olanda) nei quali il profilo professionale del medico di medicina generale non è più tradizionale, né ancora fortemente innovativo, ma si pone in mezzo con la possibilità di «coniugare attività cliniche (curative ed educativo-promozionali) e di primo contatto con il paziente senza cadere in attività manageriali/di committenza foriere, forse, di spiacevoli disillusioni professionali» (Giarelli, 2005).

Quanto questo percorso possa essere inteso come una progressiva internalizzazione della medicina generale nel sistema sanitario pubblico, con possibilità future di lavoro dipendente (Neri, 2005), è un problema aperto, ciò che interessa evidenziare è come una attività ritenuta marginale nel panorama della scienza e della prassi professionale sia riuscita a trovare continuità nel tempo fino a giungere ad una posizione che molti ritengono cruciale per i futuri assetti sanitari.

3. LA PRESENZA FEMMINILE NELLA MEDICINA GENERALE: UNO SCENARIO INTERNAZIONALE

Secondo la definizione proposta dal Leeuwenhorst Group nel 1974, il medico di famiglia è «un medico in grado di offrire un'assistenza globale, di primo livello e continuativa agli individui, alle famiglie e alla popolazione indipendentemente da età, sesso e malattia».

Questo richiamo ad un processo di cura globale e continuativo, «from the cradle to the grave», esprime un approccio olistico che viene generalmente considerato una prerogativa femminile. Del resto, nella medicina generale, ancor più che in altri ambiti, risulta imprescindibile il recupero e l'integrazione di entrambe le dimensioni del *care* e del *cure*.

Alla luce di simili premesse, e dato il recente ingresso delle donne nella professione medica⁴, ci si potrebbe aspettare che la medicina generale costituisca il primo avamposto femminile nel comparto medico. Del resto, ciò è accaduto in diversi contesti europei, dove le donne risultano attualmente sovra-rappresentate nella medicina generale (Riska, Wegar, 1993). La rilevanza del fenomeno si evince anche da un intervento, nel 1999⁵, dell'allora presidente dell'Unione europea dei medici generali, nel quale le problematiche delle donne medico venivano indicate come prioritarie, all'interno delle politiche di tale organismo, ancor più di quelle concernenti il rapporto con gli specialisti, da sempre nodo cruciale per la medicina generale.

Tuttavia, in Italia quest'ultima ha attratto la componente femminile in misura minore rispetto a quanto è avvenuto in altri contesti, nonostante la crescita costante del numero delle donne nel Fondo speciale ENPAM per la medicina generale nel quinquennio 1999-2003.

Tabella 1. Distribuzione per anno e per sesso degli iscritti al Fondo speciale ENPAM "Medici di medicina generale" (esclusi i pediatri, la continuità assistenziale e l'emergenza)

Anno	Maschi	Femmine	Totale	% femmine sul totale
1999	35.319	9.466	44.785	21
2000	36.112	10.354	46.466	22
2001	35.895	10.553	46.448	23
2002	35.662	10.782	46.444	23
2003	35.269	11.233	46.502	24

Fonte: ENPAM.

Per interpretare correttamente la differenza tra il dato italiano e quello degli altri paesi occorre considerare, in primo luogo, le caratteristiche dei contesti organizzativi in cui i medici di base si trovano ad operare. Nei paesi nordici, ad esempio, la medicina generale è uno dei settori maggiormente soggetti alla burocratizzazione, alla routinizzazione e al controllo manageriale, e ciò spiegherebbe, secondo alcuni, gli alti tassi di femminilizzazione della stessa.

Nello specifico, in Finlandia le donne tenderebbero a specializzarsi in misura minore perché il Public Act del 1972 ha previsto condizioni di lavoro vantaggiose nel settore pubblico. In particolare, le donne si trovano frequentemente come dipendenti, con una retribuzione fissa, presso i centri di salute pubblica, dove non è richiesta alcuna specializzazione. Difatti, nel 1998 costituivano il 58% dei medici delle strutture municipali che rappresentano il punto di accesso alle cure primarie (Riska, 2001). Similmente, nel 1990, in Canada, quasi il triplo delle donne, rispetto agli uomini, lavorava alle dipendenze di strutture pubbliche di assistenza primaria (Maheux *et al.*, 1990).

In molti paesi, inoltre, la presenza delle donne nella medicina di base risulta incoraggiata dalla normativa che prevede alcune condizioni di esercizio della stessa particolar-

⁴ Come testimoniano i dati raccolti da Vicarelli (1989, 2003), relativi alle diplomate nelle scuole di specializzazione in Medicina e Chirurgia, passate dall'8,8% del totale nel 1955-56 al 49,2% nel 1996-97, fino a superare la componente maschile con il 54% nel 2003.

⁵ Apparso sul "Sole 24 Ore Sanità", 17, 1999.

mente favorevoli all'inserimento femminile. Si pensi alla possibilità di un impiego part time, che ben si concilia con le responsabilità familiari. Simili soluzioni sono espressione di precise *policies* attuate, ad esempio, in paesi come la Gran Bretagna e l'Olanda, che si sono trovati a dover affrontare la carenza di personale nella medicina di base e che hanno dovuto implementare, di conseguenza, una serie di misure, tra cui il part time, per attrarre la componente femminile.

Sempre in quest'ottica Crompton e Le Feuvre (2003) hanno confrontato la situazione francese con quella inglese⁶: nel caso francese la medicina generale offre possibilità di lavoro part time solo a costo di una considerevole riduzione del reddito. Questo spiegherebbe perché, a differenza del caso inglese, le donne sono state a lungo sottorappresentate in questo ambito, se non alle dipendenze di ospedali o nella Community and Public Health Medicine.

Nel caso francese, inoltre, date le condizioni di contesto (una maggiore competizione e il sistema di rimborso a consultazione) i GP francesi non hanno potuto sperimentare soluzioni di gestione flessibile dei tempi di lavoro, e di conseguenza la divisione del lavoro tra uomini e donne risente in qualche modo di tali vincoli. In particolare, l'impegno orario nella medicina generale risulta superiore rispetto ad altri settori e ciò contribuisce a scoraggiare la presenza femminile. Tuttavia la femminilizzazione della medicina generale è stata favorita in maniera indiretta dalle politiche che hanno previsto una maggiore regolazione e un crescente contenimento della medicina specialistica. Molte donne, infatti, si sono orientate alla medicina generale in seguito alla riforma dei percorsi di formazione, che ha reso più difficile l'accesso alla specializzazione (Lapeyre, 2003).

Un ulteriore esempio di come le scelte politiche influenzino l'accesso delle donne alla professione si ricava dall'esperienza della Norvegia, dove dopo un decennio di notevole impulso dato alla medicina ospedaliera negli anni '80 il governo è intervenuto per promuovere lo sviluppo dell'assistenza primaria. Si sono create pertanto opportunità inedite in questo ambito, in particolare nuovi posti di lavoro a condizioni particolarmente vantaggiose, che hanno influito anche sul processo di femminilizzazione della stessa (Gjerberg, 2001, 2003).

Nel caso italiano, al contrario, alcuni aspetti relativi all'accesso e all'esercizio della professione sembrerebbero aver scoraggiato, soprattutto in passato, la scelta di un simile percorso da parte delle donne. Da alcune interviste condotte con giovani donne medico è emerso, infatti, come molte desistano a causa della lunga "gavetta" necessaria prima di potersi assicurare un numero sufficientemente ampio di assistiti. In tal senso, non è bastata a migliorare la situazione l'introduzione dei corsi di formazione per la medicina generale, poiché per lungo tempo è mancata una chiara programmazione temporale per l'ammmissione agli stessi. Né vanno dimenticate le modalità dell'orario e dell'organizzazione del lavoro considerate tra le più impegnative del settore medico, nonostante i margini di apparente autonomia e flessibilità dovuti al carattere libero-professionale dell'attività.

È, però, opportuno sottolineare come gli orientamenti professionali non siano influenzati unicamente da aspetti strutturali, ma anche da fattori legati ai contenuti intrinseci dell'attività. Da una ricerca inglese (Brooks, 1998) sulle motivazioni alla base della scelta della medicina generale è emerso, oltre l'importanza di coniugare l'impegno professionale con le esigenze familiari, anche il maggiore coinvolgimento nella relazione clinica con il pa-

⁶ In entrambi i casi i GP sono medici indipendenti a rapporto libero professionale, ma mentre in Gran Bretagna sono rimborsati dal Servizio sanitario nazionale, sulla base del numero di assistiti, in Francia i pazienti possono scegliere liberamente il GP, che riceve una tariffa per ogni consultazione.

ziente, la combinazione degli aspetti strettamente medici con la cura della persona nel suo complesso.

In merito è utile riportare i risultati di un'indagine condotta dal Dipartimento di Sanità pubblica dell'Università di Torino⁷ su alcuni studenti del corso di Laurea in Medicina e Chirurgia. Nello specifico, gli intervistati mentre lamentano la mancanza di un insegnamento universitario espressamente dedicato alla medicina generale, ammettono che la ridotta visibilità dell'attività del medico di medicina generale contribuisce a spiegarne la scarsa attrattiva. In particolare, risulta avvertito il rischio che il medico di medicina generale si trovi di fatto "esautorato" di parte della sua autonomia professionale, dovendo limitarsi a "smistare" i pazienti tra i vari specialisti e potendo assumere autonomamente solo le decisioni cliniche residuali e meno complesse.

Se questa è la percezione comune degli studenti, si può ipotizzare che l'interesse per la medicina generale sia inversamente correlato con l'ambizione personale. Pertanto è plausibile che finché la medicina ha rappresentato una conquista difficile, da parte di poche donne intraprendenti, queste siano state attratte dalle specialità ospedaliere, considerate di maggiore prestigio.

Del resto dal giudizio espresso da giovani donne medico, che per conseguire l'abilitazione hanno avuto modo di frequentare gli studi dei medici di medicina generale per alcuni mesi, risulta⁸ un altro fattore interessante, e cioè l'ammissione di una certa inadeguatezza di fronte alla varietà di conoscenze richieste per espletare una simile funzione. Si tratta del risvolto negativo di quella prospettiva globale nei confronti della persona malata, pur così apprezzata proprio dalla componente femminile.

Sembrerebbe che per certi versi le donne avvertano in misura superiore agli uomini il bisogno di contemplare e tenere sotto controllo quanto più possibile tutte le variabili in gioco prima di assumere una decisione clinica. Quando, però, gli elementi da considerare di fronte al singolo caso sono molteplici e non solamente di ordine clinico, questa maggiore esigenza femminile di una *ragionevole certezza* rischia di diventare un fattore paralizzante.

Inoltre, il più delle volte il medico di medicina generale si trova a dover prendere delle decisioni con ampi margini di incertezza. Difatti, spesso è solo nella fase successiva che gli specialisti a cui il paziente viene eventualmente indirizzato possono confermare o escludere la diagnosi. Questa incertezza di fondo risulterebbe poco congeniale alla sensibilità femminile, anche se sotto questo profilo l'elaborazione e l'applicazione delle linee guida (*infra*, PAR. 5) dovrebbero in parte contribuire a contenere l'eccessiva variabilità nelle cure.

Su questo piano, ricerche condotte in diversi paesi hanno riscontrato la presenza di differenze di genere con riferimento sia agli orientamenti di fondo espressi dalle donne medico di medicina generale, sia alla pratica clinica.

Nello specifico, da uno studio condotto su 32 paesi europei (Boerma, Van den Brink-Muinen, 2000) è emerso che le donne sono mediamente più giovani dei colleghi, lavorano più frequentemente in contesti urbani, spesso in partnership con altri medici, ricorrono in misura superiore al part time e generalmente sono meno coinvolte in attività fuori dell'orario di apertura dello studio⁹.

⁷ I risultati della ricerca sono stati pubblicati nel n. 6 del 2001 della rivista "SIMG" (Visca *et al.*, 2001) consultabili sul sito www.simg.it

⁸ Si fa riferimento a quanto emerso da alcune interviste aperte con giovani donne medico, di età inferiore ai 35 anni.

⁹ Nel complesso, tali risultati risultano piuttosto ricorrenti. In particolare, da un'indagine australiana è emerso che le donne impegnate nella medicina generale sono più giovani dei colleghi – così come più giovani sono i loro pazienti, prevalentemente di sesso femminile –, lavorano più frequentemente part time e, in ogni caso, meno ore dei colleghi.

Similmente, secondo una ricerca francese (Lapeyre, 2003) le donne svolgono meno visite a domicilio e lavorano un numero inferiore di ore; in particolare il part time interessa un quarto dei GP donna, mentre costituisce un'eccezione nel caso degli uomini. Anche da una *survey* condotta su una coorte di giovani medici di famiglia canadesi (Keane *et al.*, 1991) è risultato che più della metà del campione femminile lavorava meno di 30 ore settimanali contro il 19% degli uomini. Ciò fa temere che la femminilizzazione della professione comporti la necessità di un maggior numero di medici, alla luce della minor produttività femminile in termini di ore di lavoro.

Sul versante relazionale, da un'indagine olandese (Bensing, Van den Brink-Muinen, De Bakker, 1993) è emerso che, rispetto ai colleghi, le donne visitano una percentuale superiore di pazienti di sesso femminile e trattano più frequentemente alcune specifiche patologie, in particolare quelle attinenti alla sfera riproduttiva o all'apparato endocrino. Mediamente, inoltre, fanno visite più lunghe, dedicano più tempo all'ascolto del paziente e al *counselling*¹⁰, ricorrono meno a prescrizioni e tendono a dare maggiore continuità al proprio intervento, programmando in anticipo le visite di controllo. Tuttavia, sempre secondo la suddetta indagine, mostrerebbero anche una maggiore insicurezza nelle proprie decisioni cliniche, richiedendo di conseguenza un elevato numero di esami e di accertamenti prima di arrivare a definire una diagnosi.

Quest'ultimo punto meriterebbe ulteriori approfondimenti dal momento che, come è noto, uno dei vincoli più stringenti delle attuali politiche sanitarie è proprio la razionalizzazione dei consumi di prestazioni diagnostiche. Più in generale, di fronte alla femminilizzazione della medicina generale diventa prioritario per i *policy makers* conoscere le eventuali differenze nel comportamento delle donne medico nella pratica clinica, per tarare di conseguenza i propri interventi, rispetto alle funzioni e al ruolo che essi intendono assegnare alla medicina generale.

In particolare, alla luce dei cambiamenti che la stanno investendo – *in primis* la tendenza a sperimentare nuove soluzioni organizzative –, alcune ricerche si sono focalizzate sulle propensioni femminili al riguardo. A tal proposito, uno studio olandese (Mayorova *et al.*, 2005) ha riscontrato alcune differenze nelle preferenze relative al *setting* clinico. Sebbene, infatti, uomini e donne tendono a convergere sulla medicina di gruppo, le donne sembrerebbero orientarsi verso soluzioni con un minor numero di pazienti, preferendo associarsi e avviare una pratica *ex novo* piuttosto che rilevare studi già attivi. La preferenza femminile per la medicina di gruppo risulta confermata anche dalla ricerca canadese precedentemente citata (Keane *et al.*, 1991).

Al contrario, in Francia, le donne sembrerebbero preferire soluzioni organizzative in forma indipendente, questo perché la medicina di gruppo, sebbene presenti dei vantaggi – come la possibilità di sostituzioni e di condivisione del personale amministrativo, nonché, eventualmente, della strumentazione diagnostica –, comporta costi superiori rispetto alla pratica individuale e richiede, pertanto, complessivamente un maggior volume di attività (Lapeyre, 2003).

Secondo Lawrence (1987), invece, la decisione di esercitare in uno studio indipendente rappresenterebbe una precisa scelta strategica da parte delle donne, volta ad evitare che

leggi. Anche il suddetto studio confermerebbe, inoltre, la tendenza femminile a fare visite più lunghe e a trattare alcuni specifici problemi di salute (Britt *et al.*, 1996). Similmente, da una ricerca canadese è risultato che le donne tendono a limitare la propria attività al di fuori dello studio medico (Maheux *et al.*, 1990).

¹⁰ Le specificità femminili con riferimento ai contenuti della relazione clinica trovano conferma in studi analoghi relativi agli Stati Uniti (Roter, Lipkin, Korsgaard, 1991) ed alla Gran Bretagna (Cooke, Ronalds, 1985).

si riproduca una divisione del lavoro di genere come conseguenza delle dinamiche relazionali interne alla medicina di gruppo.

4. L'ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO IN ITALIA: DIFFERENZE DI GENERE

Stante questo quadro di analisi, si può provare ad approfondire alcuni aspetti relativi all'esercizio della medicina generale in Italia in un'ottica di genere. In particolare, alla luce di quanto emerso in precedenza a proposito dell'evoluzione storica del ruolo professionale del medico di medicina generale, vale la pena soffermarsi su alcune dimensioni come l'organizzazione del lavoro, l'autonomia professionale e l'associazionismo.

Con quest'ottica verranno brevemente richiamati i risultati di una *survey* condotta a livello nazionale su un campione di medici di medicina generale di ambo i sessi. Occorre premettere che il disegno della ricerca originario intendeva verificare come la professione nel suo complesso si ponesse nei confronti delle trasformazioni in atto nel sistema sanitario. Pertanto, dal momento che l'indagine non è stata ideata con un'ottica di genere alcune delle dimensioni dibattute dalla letteratura sfuggono all'analisi, sebbene le eventuali specificità femminili possano essere rilevate *ex post*.

Per quanto concerne l'organizzazione dell'attività professionale, trova conferma il dato circa il minor carico lavorativo in termini sia di orario che di numero di assistiti. Al riguardo, va premesso che nel nostro paese gli accordi per la medicina generale non contemplano il tempo parziale, pur prevedendo la possibilità di una riduzione volontaria del massimale in particolari circostanze.

Nello specifico, è significativo che il 40% delle donne, contro il 30% degli uomini, abbiano dichiarato di lavorare meno di 36 ore settimanali (sebbene in media le donne risultino lavorare un numero di ore solo di poco inferiore agli uomini, 38 contro 40). La sola prospettiva di genere non consente, però, di cogliere le differenze nel comportamento delle diverse coorti. In particolare, il 23% degli uomini con meno di 40 anni lavora più di 58 ore alla settimana, a fronte dell'8% delle donne e, viceversa, il 33% delle donne (contro il 10% degli uomini) lavora in media dalle 19 alle 34 ore. Del resto ciò si ricollega al fatto che in questa coorte gli uomini si distinguono per un minor impegno familiare rispetto alle donne.

Queste ultime, inoltre, mediamente hanno in carico 200 pazienti in meno rispetto ai loro colleghi; anche in questo caso, però, il valore medio nasconde differenze significative: difatti, una metà delle rispondenti, contro appena un quarto degli uomini, ha meno di 1.000 pazienti.

Legato al numero di assistiti sembra essere anche l'esercizio della libera professione specialistica. Apparentemente sotto questo profilo i valori non si discostano a seconda del genere del rispondente; tuttavia alcune differenze in proposito emergono disaggregando il dato per coorti di appartenenza. Mentre il comportamento degli uomini risulta, infatti, piuttosto uniforme, quello femminile appare più eterogeneo: se il 40% delle donne tra i 41 e i 45 anni svolge l'attività libero-professionale, questo dato scende ad appena il 12% per le donne con un'età compresa tra i 51 e i 55 anni.

Si può ipotizzare che la funzione dell'attività libero-professionale per un medico giovane sia differente dal ruolo che riveste per un medico più avanti con l'età, il quale possiede uno studio ormai avviato. Come suggerito anche da Piperno (2002), la libera professione sembra interessare soprattutto i neofiti che non hanno ancora un numero di assistiti

tale da occuparli a tempo pieno. In seguito perderebbe questa funzione “suppletiva” assumendo, per quei medici che continuano a svolgerla, un significato più professionalizzante.

Tuttavia, mentre gli uomini sembrano riuscire, nel giro di breve tempo, a dedicarsi in maniera esclusiva a quella che sarà la loro attività principale, lasciando da parte le altre, è più frequente che le donne si trovino a dover coniugare a lungo la gestione dello studio di medico di medicina generale con la libera professione, la continuità assistenziale o altre attività mediche.

L'indagine non prevedeva una rilevazione diretta della durata media delle visite e non includeva alcuna domanda in tal senso, non consentendo, pertanto, un confronto con quanto riportato dalla letteratura internazionale. Tuttavia, l'ipotesi che a fronte di un numero minore di pazienti le donne si trovino nella condizione di dedicare loro più tempo risulterebbe in parte confermata dalle valutazioni espresse dalle dirette interessate: oltre il 40% delle rispondenti sostiene, infatti, che le donne eseguano visite più lunghe degli uomini (opinione condivisa solo dal 15% degli uomini).

Il questionario non esplorava neppure un altro aspetto indagato di frequente negli studi internazionali, ossia il genere prevalente degli assistiti. Tuttavia, includeva un dato altrettanto importante, relativo al peso della componente di immigrati. In proposito risulta significativo che il 25% delle intervistate, a fronte del 12% dei colleghi, abbia più del 10% di immigrati tra i propri assistiti.

Come anticipato, la medicina generale costituisce un ambito privilegiato di osservazione degli effetti della femminilizzazione anche sul piano organizzativo, a partire dalla scelta di aderire a forme di medicina di gruppo per arrivare alle differenze nella dotazione di attrezzature dello studio medico. Nello specifico una su dieci tra le intervistate ha dichiarato di lavorare in due differenti tipologie di ambulatorio tra quelle indicate¹¹. Quanto alle tipologie, risulta un quadro abbastanza diversificato: permane, infatti, ancora un certo numero di donne che pratica l'attività in uno studio di tipo tradizionale privo di mezzi informatici (15%), ma non mancano esempi del ricorso alla medicina di gruppo (18%)¹².

Se sotto questo profilo non si osservano differenze di genere significative, le donne risultano, invece, meno propense degli uomini nei confronti dell'ambulatorio “professionale” con funzioni avanzate. Solo una donna su dieci esercita l'attività in una simile struttura, contro poco meno del doppio dei colleghi. Del resto ciò non sorprende dal momento che l'ambulatorio professionale, con la presenza di strumentazione avanzata, accentua la caratteristica micro imprenditoriale dell'attività del medico di medicina generale, richiedendo, quindi, non solo un maggior investimento ma anche una certa assunzione di rischio. Al contrario, l'adesione ad una qualche forma di medicina di gruppo sembra rispondere maggiormente alle esigenze femminili; a tal proposito, per l'87% delle intervistate la scelta dello studio associato è giustificata da vantaggi in termini organizzativi e, in particolare,

¹¹ Il questionario prevedeva le seguenti tipologie di studio: ambulatorio semplice senza mezzi informatici, ambulatorio semplice con PC, studio ambulatoriale “office” (presenza di PC e/o fax e/o Internet e/o personale di studio), ambulatorio “professionale” (con funzioni professionali avanzate, ad esempio presenza di elettrocardiografo), studio di medicina di gruppo (“microaziende” sanitarie a livello territoriale). Sebbene venisse data la possibilità di fornire più di una risposta in merito alla tipologia di studio non era espressamente richiesto di indicare in quanti studi venisse svolta l'attività. Così formulata l'indagine non permette, quindi, di rilevare il caso di un medico che eserciti in più studi che presentino, però, le stesse caratteristiche.

¹² Dal momento che nel questionario era prevista la possibilità di indicare più di una soluzione organizzativa nel caso in cui l'attività venisse svolta in diversi tipi di studio, le percentuali precedenti sono calcolate attribuendo a ciascun rispondente la modalità di risposta relativa alla soluzione più complessa sotto il profilo organizzativo.

ben il 42% ha indicato tra le prime tre ragioni la possibilità di una eventuale sostituzione da parte dei colleghi.

Sul versante delle criticità legate alla scelta associativa, tra le donne prevale la percezione del rischio di un appesantimento burocratico e di un ampliamento degli orari di lavoro. Il timore di una spersonalizzazione del rapporto con il paziente risulta, invece, più avvertito dagli uomini che dalle donne. Presumibilmente, le donne temono meno di vedere compromessa la componente fiduciaria del rapporto con il paziente, non tanto perché sottovalutino questo aspetto, quanto perché confidano nella propria capacità di mantenere una relazione empatica anche nel caso di una condivisione dei propri assistiti con altri medici.

Significativa risulta, invece, la differenza nel giudizio espresso nei confronti delle relazioni con i colleghi, considerate come un possibile problema connesso alla scelta associativa dal 32% delle donne, contro il 10% degli uomini. Viceversa, solo il 9% delle donne – a fronte del 29% degli uomini – avverte il rischio di una difficoltà di relazione con il personale non medico.

In conclusione, va detto che la medicina di gruppo nel nostro paese è ancora agli albori, per cui risulta difficile prevedere se nel lungo periodo prevarranno le difficoltà gestionali e relazionali o i vantaggi derivanti dalla possibilità di una responsabilità congiunta della continuità dell'assistenza ai pazienti.

Un ulteriore dato di ordine generale, che conferma le indicazioni della letteratura, è quello relativo alle modalità di rapporto lavoro-famiglia: il 9% del campione femminile si considera, infatti, più centrato sulla famiglia (contro il 5% dei colleghi) e solo il 25%, a fronte del 32% degli uomini, si reputa più concentrata sul lavoro.

Tuttavia, la scelta professionale sembra condizionare le prospettive familiari; le donne, infatti, rimangono single più frequentemente degli uomini, se decidono di formare una famiglia fanno meno figli e hanno una maggiore probabilità di separarsi o di divorziare.

Andando ad analizzare nel dettaglio la condizione familiare a seconda dell'età si notano alcune differenze di rilievo, che lasciano intendere un diverso *timing* rispetto al ciclo di vita familiare. In particolare, nella fascia d'età 46-50 anni la percentuale di donne single risulta quasi il doppio di quella maschile – rispettivamente il 13% e il 7% – mentre separazioni e divorzi sono più frequenti tra gli uomini e interessano il 12% del campione maschile contro il 7% di quello femminile.

Le differenze precedenti trovano conferma nel caso dei medici con un'età compresa tra i 51 e i 55 anni. Si tratta della coorte più indicativa sotto il profilo delle scelte coniugali, in quanto si può supporre che i modelli familiari si siano consolidati. Il dato più significativo è che in questa fascia d'età le donne sposate o conviventi sono solo il 67% contro l'88% degli uomini. Tra le donne permane, invece, un'alta incidenza di single (il 18% contro appena il 5% degli uomini) a cui si aggiunge una percentuale doppia di separate o divorziate (il 13% contro il 7% degli uomini).

Solo tra le donne più giovani la percentuale di single risulta minore rispetto a quella osservata tra i colleghi; un simile risultato, pur richiedendo ulteriori conferme, farebbe pensare che le giovani dottoresse non siano più scoraggiate a priori nei confronti delle prospettive familiari. Tuttavia, la scelta professionale sembrerebbe influire sulle possibilità di successo del matrimonio, dal momento che le giovani donne hanno alle spalle esperienze familiari fallite più frequentemente dei colleghi.

Per verificare se effettivamente la professione medica condiziona le scelte familiari femminili più di quanto non accada in altri campi, occorrerebbe comparare i risultati prece-

denti con quelli relativi ad altre occupazioni o ad altri ambiti professionali. Non disponendo di simili informazioni, ci si limiterà ad un confronto con il dato riferito alla popolazione femminile nel suo complesso.

Nello specifico, l'elevata incidenza di single tra le donne medico appare in contrasto con l'andamento registrato nel resto della popolazione. Difatti, secondo i dati ISTAT relativi al 2004, nella classe d'età 45-54, le nubili sono solo il 9% contro i celibi, che sono, invece, il 12%, sebbene tale differenza si attenui nella classe d'età successiva (55-64 anni), nella quale questi ultimi scendono all'8%, le nubili al 7% (ISTAT, 2006).

L'impegno che la professione medica richiede incide, inoltre, sulle scelte procreative: quasi una donna su quattro, infatti, non ha figli. Ciò che sorprende maggiormente è come questo dato non muti di molto neppure una volta disarticolato per coorti, per tenere conto della possibilità che la nascita del primo figlio sia stata ritardata.

Appare significativo al riguardo il confronto con i colleghi nelle due coorti centrali: il 24% delle donne con un'età compresa tra i 46 e i 50 anni non ha figli, contro il 14% degli uomini. Le differenze sono ancora più accentuate nella fascia d'età 51-55 anni, in cui il 23% delle donne non ha figli, contro appena l'11% degli uomini. La situazione appare capovolta nella coorte più giovane, ma va detto che questo potrebbe riflettere la possibilità per gli uomini, che spesso hanno partner più giovani, di rimandare le decisioni legate al concepimento.

Nel complesso, dunque, i risultati precedenti appaiono in linea con quanto emerso da altre ricerche internazionali (Lorber, 1984) e confermano che la professione medica ha condizionato profondamente, almeno in passato, la vita privata e le prospettive familiari, in particolar modo quelle femminili. Qualche dubbio permane sugli scenari attuali: dai dati disponibili, per quanto statisticamente non significativi alla luce del ridotto numero di casi, sembra profilarsi un diverso orientamento da parte delle giovani donne medico, non più intenzionate a rinunciare alla famiglia. Questa tendenza potrebbe essere rafforzata dai casi, sempre più frequenti, di coppie di medici che si sostengono a vicenda nel bilanciare le esigenze professionali con quelle familiari.

Del resto, anche da una recente ricerca sulle donne libero-professioniste e in posizione dirigenziale (Zajczyk, 2007) sono emersi segnali di un cambiamento nelle dinamiche di coppia e di un superamento della dicotomia lavoro-famiglia nella progettualità femminile.

Restando sulla sfera personale, risultano significative, sebbene non accentuate, anche le differenze nella valutazione espressa nei confronti della professione. In particolare, nel giudizio femminile tende a prevalere la dimensione idealistico-vocazionale: per il 19% delle donne si tratta, infatti, di «un'arte e una vocazione» e il 61% la definisce come un'attività «stimolante, impegnativa e gratificante» (a fronte, rispettivamente, del 15% e del 57% degli uomini).

Per quanto concerne il livello di soddisfazione delle aspettative inizialmente riposte nella scelta di diventare medici, non si osservano differenze di genere statisticamente significative: se nel complesso il 64% delle intervistate ritiene che la professione abbia risposto alle proprie attese, un ulteriore 30% esprime un giudizio più cauto, sostenendo di averle soddisfatte solo in parte. Quanto ai motivi di insoddisfazione risulta particolarmente sentito il rischio di una crescente subordinazione della medicina a logiche economiche, con il pericolo di una compromissione dell'interesse del paziente.

5. L'AUTONOMIA PROFESSIONALE E L'ASSOCIAZIONISMO

Le tematiche dell'appropriatezza, dell'efficacia e dell'efficienza gestionale coinvolgono profondamente la medicina generale, dato il ruolo di *gate-keeper* che le viene attribuito nell'attuale riorganizzazione del sistema sanitario. Indipendentemente dal genere, i medici intervistati convengono sul fatto che il processo di managerializzazione della medicina stia indebolendo la loro autonomia e che ciò provochi uno scadimento nella qualità delle cure – conseguenze attese, rispettivamente, dal 72% e dal 63% delle rispondenti.

Più in generale, oltre l'80% delle rispondenti sostiene che uno o più aspetti della autonomia professionale siano attualmente messi in discussione: le dimensioni più coinvolte sono le modalità di controllo, di valutazione e l'organizzazione del lavoro, mentre ciò accade solo in misura minore per la relazione con il paziente e le modalità di diagnosi.

Per quanto concerne queste ultime, la percezione femminile differisce significativamente da quella maschile, dal momento che il 32% degli uomini avverte un indebolimento della propria autonomia al riguardo, a fronte del 24% delle donne. Del resto anche con riferimento alle modalità di trattamento i timori di una riduzione dell'autonomia risultano più diffusi tra gli uomini che tra le donne (si esprimono in tal senso, rispettivamente, il 59% degli uomini e il 53% delle donne).

Quanto alla percezione dei fronti di attacco dell'autonomia, non si evidenziano differenze di genere se non con riferimento ai mezzi di informazione, considerati come un pericolo dal 69% delle donne, a fronte del 59% dei colleghi. Poco condiviso è inoltre il giudizio circa l'eventuale minaccia rappresentata dai pazienti e dalle associazioni deputate alla tutela dei diritti del malato.

Al tema dell'autonomia si ricollega anche il dibattito sulle linee guida (LG), dal momento che la loro applicazione vincola di fatto l'assunzione delle decisioni cliniche. In proposito, si segnala, innanzi tutto, come la valutazione femminile sul grado di diffusione di tale strumento differisca da quello maschile: il 16% delle intervistate – contro appena la metà dei colleghi – ritiene infatti che le LG siano molto diffuse. Dal momento che simili giudizi riflettono spesso la propria condotta personale è plausibile che tale scarto derivi da una maggiore aderenza femminile alle stesse. Del resto, il 50% del campione maschile, contro il 40% di quello femminile, sostiene che le LG di fatto non siano applicate.

Risulta, invece, condiviso dal 37% delle intervistate (ma addirittura dal 44% dei colleghi) il timore che le LG possano limitare l'autonomia del medico. Tuttavia, complessivamente il 60% conviene sull'utilità delle LG nel prendere decisioni complesse, sebbene una su due le ritenga poco utili per decidere sul singolo caso. Del resto ciò non sorprende dal momento che il 60% delle intervistate dichiara di affrontare quotidianamente fatti specie molto o abbastanza diverse tra loro.

Da parte delle donne vengono avanzate, inoltre, meno perplessità nei confronti di questo strumento. In particolare, risulta significativo che le donne temano meno degli uomini che l'obbligo di conformarsi alle LG renda più impersonale il rapporto medico-paziente (solo il 31% è di questo avviso, a fronte del 40% dei colleghi). Presumibilmente ciò deriva da una maggiore padronanza femminile della dimensione relazionale a prescindere dal grado di standardizzazione del proprio intervento.

Per quanto concerne il ruolo del medico di medicina generale solo il 30% delle intervistate concorda sul fatto che questi debba limitarsi ad una funzione di indirizzo dei pazienti verso i livelli superiori dell'assistenza, rivendicando, al contrario, una maggiore autonomia e specificità del proprio apporto. Al riguardo la posizione femminile risulta del

tutto in linea con quella maschile, così come condiviso è il rifiuto dell'accusa di un eccessivo ricorso agli specialisti.

D'altro canto se si considera la capacità delle donne di esprimere tali idee professionali entro le associazioni di categoria, si evidenzia una limitata capacità di *voice*: difatti, solo il 14% delle intervistate – contro il 24% dei colleghi – riveste (o ha rivestito in passato) cariche associative o nell'Ordine. Nonostante la minor presenza ai vertici associativi, non si riscontrano differenze di genere significative per quanto riguarda l'iscrizione alle organizzazioni sindacali. Nel complesso il 21% delle intervistate risulta iscritto sia ad una società scientifica che al sindacato e un ulteriore 43% solo al sindacato.

L'attivismo femminile costituisce un dato su cui riflettere dal momento che, come si è visto in precedenza (*supra*, PAR. 2), l'azione sindacale ha giocato un ruolo di assoluto rilievo nella difesa delle prerogative della medicina generale e nel rafforzamento della sua posizione. Tali considerazioni andrebbero però riferite, anche, alla partecipazione femminile nella più ampia arena politica; difatti, appena il 5% delle intervistate ha ricoperto cariche di partito o elettive, contro il 18% dei colleghi. Infine, sarebbe interessante verificare se esista un legame tra la rappresentanza politica e l'attribuzione di incarichi manageriali, dal momento che solo il 10% delle rispondenti occupa (o ha occupato) posizioni manageriali, a fronte del 15% dei colleghi.

6. CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

I risultati di ricerca qui presentati sostengono, ci sembra, l'ipotesi che le caratteristiche della medicina generale in Italia siano state tali da non attrarre o da scoraggiare, almeno fino agli anni più recenti, molte donne medico.

In primo luogo, non si tratta, come si è visto, di una professione in crisi, nonostante le difficoltà derivanti da un intenso rapporto con pazienti sempre più esigenti e un controllo via via più serrato sulla pratica professionale da parte del Servizio sanitario nazionale. L'impegno quotidiano dei MMG ha trovato un buon deterrente nel livello dei compensi economici ad essi riconosciuti e nella fiducia che i cittadini continuano a riporre nella medicina di base. In questi termini le politiche pubbliche non hanno dovuto far fronte, come in altri paesi europei, al venir meno dell'offerta di lavoro da parte dei medici uomini, così da dover incentivare direttamente o indirettamente la presenza femminile. Né sembra aver giocato a favore della medicina generale, come in altri paesi europei, la mancata qualificazione universitaria del settore, con la possibilità per le donne di un impiego immediato in questa area senza la necessità di un percorso di specializzazione. Difatti il 70% del campione intervistato, senza differenze di genere, ha conseguito almeno una specializzazione¹³.

D'altro canto proprio l'impegno lavorativo richiesto dalla medicina generale (apparentemente senza limiti di orario) e la sua attuale organizzazione libero-impreditoriale paiono essere i fattori di minore attrattiva da parte femminile. In questa prospettiva il caso italiano appare assai più simile a quello francese che a quello inglese o dei paesi scandinavi. Offrendo, infatti, la medicina generale minori possibilità di lavoro part time, se non a costo di una considerevole riduzione del reddito, le donne risulterebbero sottorappresentate in questo ambito.

¹³ Il dato non è però statisticamente significativo.

Di fatto le donne MMG dimostrano di avere attualmente un numero di ore lavorative e di assistiti sicuramente inferiori rispetto a quelle dei colleghi uomini. Un dato che se può essere interpretato in termini di marginalità nel settore, può anche essere inteso come una scelta femminile deliberata per mantenere un equilibrio tra gli impegni familiari (non più negati come in passato) e la volontà di seguire accuratamente sul piano relazionale e curativo i propri pazienti.

Peraltra, emerge con forza la minore preoccupazione femminile per la perdita di autonomia professionale, derivante sia dal managerialismo sia dal consumerismo. Le donne sembrano temere meno dei colleghi i limiti imposti dal controllo burocratico-professionale della loro attività, mentre ritengono di riuscire a mantenere con i propri pazienti un rapporto sereno, più improntato alla collaborazione che al conflitto. Una situazione, questa, forse legata al minor carico delle donne medico in termini di ore lavorative e di assistiti, oltre che di impegni politici e associativi. Una situazione che permetterebbe loro una gestione più equilibrata della propria professione.

Questi dati ci permettono, dunque, di sostenere che non sempre il numero limitato di donne in un settore professionale può essere inteso in termini di segregazione o marginalità della componente femminile, derivando da condizioni strutturali e scelte individuali ampiamente intersecantesi tra loro.

Per il futuro, tuttavia, sembrano profilarsi nuove prospettive per il lavoro femminile nella medicina generale. In primo luogo, le recenti modalità organizzative della medicina generale (lavoro associato) potrebbero rivelarsi più favorevoli alle esigenze di conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, soprattutto se saranno sostenute da norme e politiche *ad hoc*. In secondo luogo la rivalorizzazione della medicina di base nel contesto dei servizi sanitari territoriali potrebbe offrire alle donne, oltre che agli uomini, nuove forme di riconoscimento professionale, invogliandole ad applicarsi in un settore per certi versi più consono a orientamenti di valore ampiamente centrati sul paziente e sulle famiglie. Infine anche i nuovi percorsi formativi nella medicina generale, se migliorati e sostenuti da politiche più pregnanti, potrebbero aprire alle donne medico scenari più attrattivi in questo campo.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- BENSING J. M., VAN DEN BRINK-MUINEN A., DE BAKKER D. H. (1993), *Gender Differences in Practice Style: A Dutch Study of General Practitioners*, "Medical Care", 3, pp. 219-29.
- BOERMA WIENKE G. W., VAN DEN BRINK-MUINEN A. (2000), *Gender-Related Differences in the Organization and Provision of Services Among General Practitioners in Europe: A Signal to Health Care Planners*, "Medical Care", 10, pp. 993-1002.
- BRITT H., BHASALE A., MILES D., MEZA A., SAYER G., ANGELIS M. (1996), *The Sex of the General Practitioner: A Comparison of Characteristics, Patients and Medical Conditions Managed*, "Medical Care", 34, pp. 403-15.
- BROOKS F. (1998), *Women in General Practice: Responding to the Sexual Division of Labour?*, "Social Science", 2, pp. 181-93.
- CIPOLLA C., CORPOSANTO C., TOUSIJN W. (a cura di) (2006), *I medici di medicina generale in Italia*, Franco Angeli, Milano.
- COOKE M., RONALDS C. (1985), *Women Doctors in Urban General Practice: The Patients*, "British Medical Journal", 290, pp. 753-5.
- CROMPTON R., LE FEUVRE N. (2003), *Continuity and Change in the Gender Segregation of the Medical Profession in Britain and France*, "International Journal of Sociology and Social Policy", 23, pp. 36-58.
- GIARELLI G. (2005), *Il malessere della medicina*, Franco Angeli, Milano.

- GJERBERG E. (2001), *Medical Women – Towards Full Integration? An Analysis of the Specialty Choices Made by Two Cohorts of Norwegian Doctors*, "Social Science and Medicine", 52, pp. 331-43.
- EAD. (2003), *Women Doctors in Norway: The Challenging Balance between Carees and Family Life*, "Social Science and Medicine", 57, pp. 1327-41.
- KEANE D., WOODWARD C. A., FERRIER B. M., COHEN M., GOLDSMITH C. (1991), *Female and Male Physicians. Different Practice Profiles*, "Canadian Family Physicians", 37, pp. 72-81.
- ISTAT (2006), *Popolazione comunale per sesso, età e stato civile. Anni 2002-2005*, "Informazioni", 29.
- LAPEYRE N. (2003), *Professional and Domestic Work Arrangements of Women General Practitioners in France*, "International Journal of Sociology and Social Policy", 4, 5, pp. 97-122.
- LAWRENCE B. (1987), *The Fifth Dimension: Gender and General Practice*, in A. Spencer, D. Podmore (eds.), *In a Man's World: Essays on Women in Male-dominated Professions*, Tavistock, London.
- LORBER J. (1984), *Women Physicians. Careers, status, and power*, Tavistock, London.
- MAHEUX B., DUFORT F., BELAND F., JACQUES A., LEVESQUE A. (1990), *Female Medical Practitioners. More Preventive and Patient Oriented?*, "Medical Care", 28, pp. 87-92.
- MAYOROVA T., STEVENS F., SCHERPIER A., VAN DER VELDEN L., VAN DER ZEE J. (2005), *Gender-related Differences in General Practice Preferences: Longitudinal Evidence from the Netherlands 1982-2001*, "Health Policy", 72, pp. 73-80.
- NERI S. (2005), *From Gatekeeper to Coordinator. La riforma dell'assistenza primaria e della medicina generale in Italia*, Paper del Dipartimento di Studi sociali, Università di Brescia.
- PIPERNO A. (2002), *La medicina di famiglia in Italia: struttura, profili operativi e stili professionali*, Rapporto di ricerca, FIMMG, Servizio Studi.
- RISKA E. (2001), *Towards Gender Balance: But Will Women Physicians have an Impact on Medicine?*, "Social Science and Medicine", 52, pp. 179-87.
- RISKA E., WEGAR K. (1993), *Women Physicians: A New Force in Medicine?*, in E. Riska, K. Wegar (eds.), *Gender, Work and Medicine*, Sage, London.
- ROTER D., LIPKIN M., KORSGAARD A. (1991), *Sex Differences in Patients' and Physicians' Communication During Primary Care Medical Visits*, "Medical Care", 11, pp. 1083-93.
- VICARELLI G. (1989), *Il medico al femminile. Le donne nello sviluppo della professione medica in Italia*, "Polis", 2, pp. 225-48.
- EAD. (1997), *Alle radici della politica sanitaria in Italia. Società e salute da Crispi al fascismo*, il Mulino, Bologna.
- EAD. (2003), *Identità e percorsi professionali delle donne medico in Italia*, "Polis", 1, pp. 93-124.
- EAD. (2006), *Medicus omnium. La costruzione professionale del Medico di medicina generale (1945-2005)*, in C. Cipolla, C. Corbosanto, W. Tousijn (a cura di), *I medici di medicina generale in Italia*, Franco Angeli, Milano.
- EAD. (a cura di) (2007), *Donne e professioni nell'Italia del Novecento*, il Mulino, Bologna.
- VISCA G., GIACOMETTI R., MAINA L., RENGA G., VENTRIGLIA G. (2001), *La Medicina Generale nell'immaginario degli studenti universitari*, "SIMG", 6, pp. 22-5.
- ZAJCZYK F. (2007), *La resistibile ascesa delle donne in Italia. Stereotipi di genere e costruzione di nuove identità*, Il Saggiatore, Milano.