

DONNE ANAAO ASSOMED

Donne nel SSN: da intruse a protagoniste

Roma 9 Marzo 2022

Le trasformazioni dei rapporti di cura in Italia in un'ottica di lungo periodo.

Il ruolo delle donne medico.

Giovanna Vicarelli

1. Introduzione: una questione di metodo

Per lungo tempo, la sociologia si è interrogata sulla diade medico-paziente, sui caratteri di tale relazione e sulle loro trasformazioni nel tempo a seconda dei diversi contesti socioeconomici e politici. Per affrontare questo tema si utilizzerà, qui, un approccio che fa riferimento al lavoro sociologico di Norbert Elias.

Secondo tale approccio, il primo elemento teorico da considerare riguarda *l'interdipendenza* che costituisce uno dei pilastri su cui costruire l'analisi del rapporto medico-paziente. Essa va interpretata a partire dal fatto che le professioni non inquadrano semplicemente l'azione di un individuo o di un gruppo, ma forme di interconnessione che si realizzano, in concreto, nel rapporto fra individui mutualmente coinvolti. Nuove scoperte ed invenzioni o nuove tecnologie – afferma Elias – sono fattori incidenti sullo sviluppo di una professione, così come l'emergere di nuovi bisogni umani, ma nessuno di questi fattori è da solo fonte della relazione. I bisogni umani divengono, cioè, differenziati e specifici solo in congiunzione con le tecniche umane specializzate che possono rispondere ad essi; queste, d'altro canto, emergono e si cristallizzano in attività lavorative solo in riferimento ad attuali o potenziali bisogni umani (Elias 2010).

Il secondo elemento teorico indicato da Elias porta l'attenzione sulla *dimensione processuale* delle interazioni. Si tratta, infatti, di un process of trial and error nel quale si tenta di far incontrare i bisogni di alcuni con le tecniche e le istituzioni di altri. Ogni passo in questa direzione è compiuto da individui e si svolge nel tempo configurando fasi di un percorso che dalle prime forme di nascita e di sviluppo di una professione passa a stadi di crescente stabilità, per volgere poi a situazioni di trasformazione ed adattamento su contesti storico-sociali in continuo cambiamento.

Tuttavia, ed è questo il terzo elemento che viene subito evidenziato, il processo, ossia la genesi e lo sviluppo di una professione, è molto più della somma totale di atti individuali (Elias 1950). Ciò significa che si creano *modelli di relazione* fra soggetti che vengono incorporati e riprodotti in maniera duratura nel processo cognitivo e di azione dei soggetti stessi. Un processo ricorsivo di cognizione e azione essenzialmente individuale diventa, nel tempo, una struttura, cioè, una forma istituzionale che si cristallizza e che si fa ricorrente, almeno finché non si pongano nuove interdipendenze e nuovi aggiustamenti fra bisogni e istituzioni professionali. Si tratta di aggiustamenti che non sono mai definitivi nel continuo cambiamento sociale. Anzi, afferma Elias, se si guarda aldilà della facciata istituzionale e la si legge come parte di un più ampio network di relazioni umane, si scoprono le difficoltà che si sperimentano quotidianamente nel far incontrare bisogni ed expertise, così che si può comprendere come cambi nel tempo quello stesso quadro istituzionale. “Le discrepanze – scrive Elias – in un dato periodo possono emergere in misura maggiore dai cambiamenti delle tecniche e in un altro maggiormente dai cambiamenti nelle condizioni sociali e nei fabbisogni. Qualunque ne sia la causa immediata, esse creano difficoltà, producono frizioni e conflitti,

mettono ogni membro della professione di fronte a problemi non creati da loro.... Anche le soluzioni non sono interamente nelle loro mani, perché talvolta i cambiamenti nelle condizioni sociali favoriscono l'adattamento, talaltra lo ritardano o lo bloccano del tutto" (Elias 2010: 38).

Si arriva, in tal modo, al quarto punto teorico cioè alle cause che possono aiutare a leggere i modelli configurativi di interdipendenza che si modellano nel tempo-spazio. "Negli studi di tipo storico – sottolinea Elias - lo sviluppo di professioni e di altre istituzioni appare come un progresso uniforme e costante verso la perfezione: la perfezione del nostro tempo" (Elias 2010: 39). Un percorso che si ritiene di poter spiegare attraverso relazioni semplici di causa-effetto. La centralità dell'intreccio, come forma specifica di relazione fra soggetti, richiede, invece, un *meccanismo causale di tipo circolare*, vincolato dalla compresenza di fenomeni a più direzioni e processualmente condizionato in senso retrospettivo e proiettivo. L'interdipendenza fondamentale che lega i soggetti può essere, infatti, concreta e rappresentata attraverso forme fisiche e materiali (per esempio in spazi di relazione), ma anche potenziale, cioè non fisicamente attivata, ma in grado ugualmente di produrre effetti sull'identità dei soggetti e sulla direzione dei processi (Squazzoni 2000). In questo senso, lo stabilizzarsi di una specifica configurazione sociale deriva dal prevalere di una determinata possibilità organizzativa fra le molte potenzialmente contenute nell'ambiente di interdipendenza dei soggetti coinvolti. Ciò significa che, proprio perché il sociale deriva dall'accavallarsi e intrecciarsi della volontà di moltissime persone che per la loro reciproca interferenza non sono in grado di ottenere il risultato che si propongono, non ha senso cercare cause o leggi specifiche. La ricerca sociologica deve essere piuttosto rivolta a scoprire l'ordine spontaneo dei processi all'interno dei quali quei fenomeni si manifestano. Occorre svelare la forma di questi processi, individuare dei modelli processuali e verificarne l'adeguatezza attraverso la ricerca empirica e documentaria (Tabboni 1993; Perulli 2012).

Utilizzando, dunque, questo approccio teorico, ci si può chiedere come si manifesta il rapporto medico-paziente nelle attuali configurazioni di benessere e quanto esso sia cambiato rispetto alle configurazioni precedenti. La sociologia, infatti, ha individuato almeno tre diverse modalità istituzionali, organizzative e culturali attraverso cui, nel tempo, si è risposto ai bisogni di salute dei cittadini (Vicarelli 2013). Una prima configurazione si sviluppa, per quanto riguarda l'Italia, dal 1861 al 1921, una seconda dal 1922 arriva al 1978, una terza dall'inizio degli anni Ottanta si prolunga fino ai nostri giorni. Per ciascuno di questi periodi, dunque, si cercherà di individuare sinteticamente le modalità salienti del rapporto medico-paziente, guardando ai ruoli medici più rappresentativi per quella fase e di conseguenza alle tipologie di pazienti maggiormente presenti, sottolineando la presenza o meno delle donne medico.

2. Il rapporto medico-paziente in epoca di welfare residuale (1861-1921): le pioniere

I dati sul numero dei medici, dall'Unità al primo Novecento (Vicarelli 1997; 2010), dimostrano come essi provengono, assai più degli avvocati, da ceti borghesi piccolo possidenti o impiegatizi desiderosi di riscattarsi sul piano sociale. Sono, quindi, ceti in mobilità, alla ricerca di un posizionamento che li renda partecipi del benessere economico e del potere politico che la nuova Italia intende raggiungere. Da qui il disegno di sviluppo professionale messo in campo dalle diverse associazioni di categoria che si creano o si rafforzano in questi anni (l'Associazione medica italiana in primo luogo), nonché dalle singole personalità che riescono ad emergere nel panorama politico e culturale del tempo, agendo anche e soprattutto a livello parlamentare e di governo (Vicarelli 1997). Tuttavia, come scrive Maria Malatesta (2006) i medici entrano nel nuovo stato unitario portando con sé una contraddizione che li avrebbe tormentati a lungo e cioè domandare impiego, garanzie e autogoverno a una pubblica

amministrazione avvezza a interpretare la sanità in termini di polizia. La legge del 1888, da questo punto di vista, recepisce l'introduzione obbligatoria nei comuni dei medici condotti e degli ufficiali sanitari, ma non riconosce loro nessun governo diretto della sanità che resta saldamente nelle mani dei sindaci e dei prefetti in una logica in cui l'assistenza ai poveri ha ancora il carattere di un intervento residuale e di ordine pubblico, piuttosto che di vera e propria protezione sanitaria della popolazione. Negli anni del primo Novecento, la situazione sanitaria del paese non cambia. Le leggi volute da Giolitti, seppure importanti in un quadro nosologico difficile e bisognoso di interventi diretti da parte dello Stato, risultano limitate e settoriali, soprattutto se paragonate allo sforzo che nel campo della assicurazione sanitaria obbligatoria viene fatto in altri paesi europei, ad esempio in Germania. In tal caso, solo alcune scoperte mediche, i reali benefici derivanti dalla loro applicazione, la presenza di medici di fama internazionale in Parlamento e negli organi di governo, rendono possibili leggi settoriali che trovano, come nel caso della malaria, il proprio presupposto nella produzione e distribuzione statale del chinino (Vicarelli 1997).

In questo contesto, da un lato, i medici condotti tentano di passare da una "clinica ad personam", improntata al paternalismo e rivolta verso una popolazione afflitta da un analfabetismo endemico che colpisce più del 50% degli italiani, ad una "clinica ad societatem" (Cosmacini 2000), improntata cioè al risanamento ambientale e al miglioramento delle condizioni generali di vita e di lavoro. Dall'altro lato, la maggior parte dei medici liberi professionisti dipende, per i propri redditi, dalla benevolenza e dai favori di una classe sociale, nobile e potente, che fa uso delle loro capacità in modo spesso strumentale e con marcate forme di dipendenza. I "medici di famiglia", infatti, altro non sono che professionisti inclusi nel personale di una casata, più o meno potente, che li considera alla stregua di "servitori" di più alto rango.

Se si guarda, dunque, alla posizione dell'una e dell'altra categoria medica, occorre valutarne lo status sociale basso, la limitata indipendenza economica ed un potere politico ancora molto ridotto. Inoltre, nel caso dei medici di famiglia, il rapporto con il paziente è contraddistinto da una forte asimmetria a favore di quest'ultimo che, essendo più altolocato, potente e spesso acculturato, intrattiene con il medico una relazione di bassa interdipendenza e comunque di maggiore autorità. La situazione sembrerebbe inversa nel caso dei medici condotti se non fosse che la presenza di un gran numero di altri curanti (ciarlatani, maghi e figure variegiate della medicina popolare) rende sfuggente il paziente povero nei riguardi di una medicina con capacità di cura ancora molte limitate. La fiducia nei riguardi dei medici, dell'uno e dell'altro tipo, appare nel complesso limitata e circoscritta a rapporti individuali e molto personalizzati.

Una indagine effettuata da Vittore Ravà e pubblicata nel Bollettino Ufficiale della Pubblica Istruzione del 3 aprile 1902, ci permette di conoscere il numero delle laureate negli ultimi ventitré anni del secolo, le quali ammontano complessivamente a 224 di cui 24 (10,7%) in medicina. Di queste ultime, cinque si laureano a Torino¹, quattro rispettivamente a Napoli e a Bologna, tre a Roma e tre Firenze, due a Pavia e una per ciascuna sede a Genova, Palermo e

¹ Torino è indubbiamente la città che può vantare la più alta percentuale di donne medico e forse di professioniste se, come ricorda la De Giorgio alle soglie della guerra nel 1912 si contavano nove donne medico, quaranta professoresse, tre donne ingegnere e due donne avvocato (De Giorgio 1992, Audenino e Corti 2007). Nel 1912 si registrano due iscrizioni all'albo dei medici, una delle due iscritte Matilde Bonnet di provenienza valdese si era laureata nel 1904. Proprio l'alta percentuale di residenti valdesi ed ebrei spiegherebbe il primato di Torino nella presenza di donne professioniste, oltre al suo primato assoluto nei livelli di alfabetizzazione (Audenino e Corti 2007).

Pisa (Ravà 1902)². In realtà, secondo le ricerche di Annunziata Paola Jeraci, il numero delle donne medico dovrebbe essere portato a 26 poiché a Pavia nel 1900 si laureano anche Emma Modena e Giuseppina Gorini³ due nomi che non compaiono nell'elenco stilato da Ravà⁴. Le prime laureate in ordine di tempo sono Ernestina Paper a Firenze nel 1877 e nell'anno seguente Maria Farnè Velleda a Torino. Nell'anno accademico 1911-12 le iscritte alle Facoltà mediche sono 113 (2,5% del totale degli iscritti a medicina), concentrate essenzialmente nelle sedi di Napoli (29), di Roma (20), di Torino (12), di Pavia, Firenze e Bologna (9 per ciascuna Facoltà) (Ministero dell'Agricoltura, Industria e Commercio 1913, vol 6). Alla fine degli anni Venti (a.a.1919/20) le laureate in medicina sono 199 (1,9% del totale degli iscritti). Si tratta, dunque, di numeri abbastanza esigui che non giustificano valutazioni di forte emancipazione sulle scelte di istruzione delle donne italiane rispetto alle giovani di altri contesti europei. Non meraviglia, allora, che nel 1910, quando vengono istituiti gli Ordini professionali per i medici, non vengano posti ostacoli all'iscrizione delle donne medico che in quegli anni su 23.361 esercenti sono 83.

Se si guarda alle donne medico che si laureano in Italia tra fine Ottocento e primo Novecento si può concordare con Raicich nel considerarle come un gruppo ristretto di giovani con alcune caratteristiche peculiari che non rispecchiano affatto, la cultura media italiana, sia pure nei ceti più elevati⁵, ma piuttosto le inquietudini e le aspirazioni di un'Italia minoritaria che cerca una propria affermazione personale e sociale. Non a caso molte laureate sono ragazze straniere, giovani di famiglia ebraica o figlie di personaggi noti quale Giulia Sofia Bakunin, figlia di Mikael Bakunin e madre di Renato Caccioppoli, che tuttavia probabilmente non esercitò mai la professione⁶. Alcune tra esse rappresentano e per certi versi incarnano i valori e le azioni delle élites e delle forze modernizzanti di fine secolo. Maria Montessori e Anna Kuliscioff, ad esempio, sono entrambe laureate in medicina e almeno negli anni Ottanta e Novanta tendono a dare un esempio inusuale, ma evidente di donne-medico attive nella professione ed impegnate sul piano politico-sociale (Vicarelli 2004). Nel processo di attivazione, come lo definisce Annarita Buttafuoco, che i movimenti politici delle donne avviano nell'ultimo ventennio dell'Ottocento per individuare strategie e meccanismi atti a comunicare sia con il mondo politico e culturale, sia con le donne ancora prive di una propria

² A Bologna si laureano in medicina Cattani Giuseppina nel 1884, Babacci Maria nel 1889, Ferrari Bice nel 1895, Moretti Foggia Amalia nel 1898; a Genova Bonomi Ester nel 1898; a Napoli Kuliscioff Anna nel 1885, Bakunin Giulia Sofia nel 1893, Venturini Maria Fernanda nel 1897, Papazafiropulo Arianna nel 1898; a Palermo Cinque Giuseppina nel 1892; a Pavia Concornotti Emilia nel 1896, Coduri Rosalia nel 1899; a Pisa Fischmann Maria nel 1892; a Roma Benigni Edvige nel 1890, Corio Viola Marcellina nel 1894, Montessori Maria nel 1896; a Torino Farnè Velleda Maria nel 1878, Rossi Adelina nel 1896, Bondolfi Olga nel 1898, Musso Clementina nel 1899, Del Zoppo Pierina nel 1900; a Firenze Paper Ernestina nel 1877, Francolini Aldina nel 1899 e Gardini Ines nel 1900.

³ La Gorini, secondo quanto scritto dalla Jeraci, (Jeraci 1999) non esercitò mai la professione di medico.

⁴ Nel 1902 si laurea a Cuneo Emilia Bertini che pure si iscriverà all'Ordine nel 1927. Di lei traccia un breve profilo Alessandra Demichelis (Demichelis 2007).

⁵ "Mancano – afferma ancora Raicich riferendosi all'intero numero delle laureate degli ultimi 23 anni del secolo - le figlie degli uomini politici e dei professori universitari del tempo che probabilmente avevano assai poco in comune con le Fedore russe di Zurigo o con le donne di frontiera americane: assomigliavano piuttosto alla Titti carducciana una passeretta che non ha penne per il suo vestire" (Raicich 1989, pag. 151).

⁶ Giulia Sofia si laurea nel 1893 e nel 1904, dopo aver sposato Giuseppe Caccioppoli noto chirurgo napoletano, mette al mondo il figlio Renato che diverrà uno dei più noti matematici del primo Novecento. Il padre non voleva che Renato si iscrivesse a medicina per non fargli provare lo stesso sconcertante fallimento che egli aveva conosciuto quando non era riuscito a salvare la prima moglie e il figlio da una malattia infettiva. Si può quindi supporre, in mancanza di dati certi, che Giulia Sofia seguendo i desideri del marito non abbia svolto la professione medica.

coscienza (Buttafuoco e Zancan 1988) si può collocare, infatti, la “proposizione di sé” che fa Maria Montessori fintanto che lavora come medico e docente universitario di igiene e antropologia pedagogica. La sua vita e il suo pensiero diventano un solido veicolo di propaganda delle possibilità che alle donne spettano in campi scientifici e culturali che, pure, la corporazione medica vorrebbe limitare alla sola sfera di competenza maschile. In questi termini la Montessori entra ampiamente nella logica e nelle funzioni attribuite alle “donne nuove”, intese come modelli caricati volta a volta di significati diversi, dovendo “descrivere – o più spesso prescrivere – , le caratteristiche di un soggetto, la donna, che non veniva analizzato in sé, ma che si pretendeva congruo e funzionale, ora all’uno ora all’altro progetto di famiglia e di società” (Buttafuoco 1988, pag. 143). Per la Kuliscioff, il progetto politico e di vita è diverso, così come il rapporto con la professione medica che resta spesso sullo sfondo, in un dire e non dire mal celato, anche quando la propria diretta esperienza, come nel caso dell’ospedale di Milano, può diventare emblematica di una situazione più generale. Anche in questo caso, è difficile considerare quanto si debba attribuire alla donna-medico e quanto alla “signora del socialismo italiano” in termini di influenza sull’ambito delle scelte femminili in campo medico. Come ricorda la Buttafuoco non ci è dato sapere quante donne ebbero la capacità, la forza e il coraggio di accogliere nel primo Novecento l’esempio di quelle che spesso venivano considerate “fiaccole” della nuova società al femminile (Buttafuoco 1988, pag. 143). Tuttavia nel caso della Kuliscioff sappiamo per certo che ebbe una forte influenza sulla scelta di iscriversi a medicina da parte di Gina Lombroso la quale è spinta in tal senso non solo dalla volontà di collaborare con il padre, riproponendo un modello tradizionale di figlia di medico che si dedica alla professione per aiutarlo, ma anche dalla ricerca di una propria identità e indipendenza materiale⁷. Secondo quanto scrive la sorella Paola, la Kuliscioff è per Gina, come per molte altre giovani della borghesia torinese di fine secolo, un esempio di donna e di medico che molte vorrebbero seguire (Dolza 1990; Calloni 1999, 2003). Accanto a queste donne di grande fama se ne pongono altre, meno note e delle quali restano minori tracce di memoria che, tuttavia, non sembrano meno capaci di suscitare ammirazione da parte della popolazione più bisognosa o preoccupazione da parte dei colleghi medici. Le loro vite indicano le opportunità e le difficoltà che le prime laureate in medicina incontrarono nel loro percorso di vita e di carriera che non si limita affatto alla sola attività in campo pediatrico ed ostetrico. E’ pur vero, comunque, che questo settore assume simbolicamente, tra Ottocento e Novecento il carattere di un’area scientificamente innovativa e socialmente rivalente che attrae l’interesse e l’azione degli uomini e delle donne medico di questo periodo che ad essa, però, sembrano avvicinarsi da versanti opposti: i primi sulla base principalmente di una rivendicazione scientifica e professionale, le seconde spinte dalla passione civile e politica.

3. I rapporti di cura in epoca di welfare mutualistico (1922-1978): dalle vestali alle emancipate.

Nel secondo dopoguerra fino agli anni Settanta l’Italia lascia inalterata una modalità di protezione sanitaria frammentata e particolaristica cui fa da riscontro un intervento pubblico

⁷ Gina Lombroso figlia di Cesare Lombroso, non riesce nel 1891 a iscriversi alla facoltà di medicina di Torino, perché “i colleghi di papà cominciarono a fare delle facce interrogative all’idea di avermi come scolaria... Arnaldo risolutamente si oppose, gli zii cominciarono delle sequele di ragionamenti contrari. Io per conto mio, spaventata da tutti quegli spaventi, non osai insistere e siccome la facoltà di lettere era l’unica allora frequentata da signorine, mi iscrissi colla intenzione di dedicarmi alla filosofia”. In seguito, grazie alla iscrizione di due giovani donne e del fratello Ugo, Gina può intraprendere gli studi di medicina e concluderli nel 1901 (Dolza 1990).

ridotto. Il quadro istituzionale ereditato dal fascismo resta, infatti, immutato risultando costituito da sei regimi assicurativi principali (relativi a pensioni, disoccupazione, tubercolosi, assegni familiari, malattia e maternità, infortuni e malattie professionali) amministrati da una grande quantità di enti caratterizzati da una forte eterogeneità sia rispetto al riconoscimento dei rischi che dei benefici. Si tratta di un sistema apparentemente modellato su base categoriale e professionale, ma in realtà guidato dal sistema politico-partitico che ne definisce, volta a volta, l'estensione e i requisiti per l'accesso. Nell'ambito sanitario, all'incremento della copertura mutualistica fa riscontro una rete eterogenea di strutture di base cui i medici di medicina generale ed i condotti debbono far affidamento per trovare una retribuzione che spesso deriva dalla duplicazione delle visite, degli accertamenti e delle prestazioni in strutture pubbliche e private. Alla molteplicità delle mutue e degli enti assistenziali si accompagna il mancato riordino del sistema ospedaliero così che lo sviluppo del settore avviene entro i limiti di una regolazione pubblica che risale alla normativa crispina del 1890 fino almeno alla riforma Mariotti del 1968. Nasce da queste condizioni la prospettiva, sostenuta dalle organizzazioni di categoria, di un inquadramento dei medici ospedalieri nel pubblico impiego senza però intaccare l'autonomia professionale che dovrà essere garantita in termini tecnici ed economici, con la possibilità di svolgimento della pratica libero-professionale. Una posizione ibrida che si affianca a quella altrettanto complessa dei medici mutualisti che si muovono tra opzioni di assistenza indiretta per tutta la mutualità e opzioni di assistenza diretta disciplinata da regole e garanzie (Vicarelli 1997).

Ne deriva che i medici, in questi anni, recepiscono le grandi innovazioni tecnologiche e scientifiche nell'ambito della cura, ne accolgono le conseguenze migliorando le proprie capacità diagnostiche e terapeutiche, senza cogliere la conseguente discontinuità storico-sociale che, d'altro canto, è negata da larga parte del mondo politico e culturale del tempo. Mentre, così nel rapporto medico-paziente inizia a prevalere l'idea di una somma oggettuale di organi, nel rapporto medico-società il punto critico diventa quello di una dimenticata coscienza del ruolo attivo della medicina nella promozione sanitaria e nel benessere delle comunità di appartenenza. Contro la medicina "ad societatem", ma anche a differenza di una medicina "ad personam" del periodo fascista, le conquiste tecnologiche e scientifiche del secondo dopoguerra sostengono una "medicina ad organum" in cui la differenziazione specialistica conduce spesso verso la perdita tanto della dimensione antropologica del malato, quanto della sua unità biologica. Ciò conduce ad una crescente differenziazione degli interventi medico-sanitari che si accompagnano ad un sistema di welfare sempre più frammentato, di cui, con il tempo, si perde il carattere democratico che pur si era voluto imprimere nel contesto istituzione del secondo dopoguerra.

E' in questo periodo che cresce la dominanza medica, dapprima in modo limitato (nel Ventennio fascista), quindi in forma assai più rapida (nel secondo dopoguerra fino agli anni Settanta) al punto che alcuni hanno parlato, riferendosi a quest'ultimo periodo, di età d'oro della professione (Tousijn 2000). Nello specifico, sono le nuove acquisizioni tecniche e scientifiche e l'espansione della copertura assistenziale che offrono alla medicina la possibilità di rivendicare un ruolo importante nella protezione sanitaria del paese, offrendole grandi elementi di prestigio sociale, di potere economico e politico (Freidson 2001). Lo stesso sviluppo di altre professioni sanitarie (vedi quelle infermieristiche e tecniche) avviene all'insegna di una subordinazione alla classe medica che ne indirizza la formazione e le attività assistenziali. Cambia, in questi anni, anche la figura del paziente che, in una società di massa a crescenti consumi, accede al sistema mutualistico grazie ad una posizione lavorativa garantita e con livelli di acculturazione relativamente più alti rispetto al passato. Ne deriva un rapporto con il paziente ampiamente asimmetrico a favore dei medici in quanto supportato da un

sistema di fiducia istituzionalizzato in cui le facoltà di medicina, le strutture ospedaliere e sanitarie, gli ordini e le associazioni professionali riscuotono consensi diffusi e riconosciute forme di autorevolezza da parte della popolazione.

Il rapporto tra il fascismo e la categoria delle donne medico si nutre di varie sfumature, ciascuna delle quali contribuisce a dipingere un quadro che risulta piuttosto articolato. La questione va vista, in primo luogo, alla luce della politica del regime nei confronti delle professioni liberali, in generale, e di quella medica, in particolare. Una politica che si intreccia con gli interventi adottati dal governo nei riguardi delle donne lavoratrici in una società italiana dove da sempre, ma soprattutto a partire dal primo dopoguerra, le occupazioni femminili alimentano sentimenti di diffidenza, quando non di aperta ostilità. Ci si trova dunque di fronte a un tema posto su piani diversi, ma infine convergenti nella misura in cui hanno nell'emarginazione delle donne dal mondo del lavoro il proprio denominatore comune. Agli attacchi portati dal governo e dagli stessi colleghi uomini all'opportunità, se non addirittura al diritto, di esercitare la professione, le donne medico reagiscono per mezzo della loro associazione nazionale di categoria (Aidmc). Fondata nel 1921 – dunque, in età liberale –, l'Aidmc sopravvivrà alla svolta autoritaria del 1925-1926, ma al prezzo di rinunciare alla propria autonomia, fino a fascistizzarsi a metà degli anni Trenta. Fra le sue attiviste emergono figure dai percorsi biografici variegati, perciò difficilmente riducibili a una coerente tipologia. Donne, dunque, *ambivalenti* che resistono a tendenze involutive, nascondendosi spesso dietro identità incerte o negate, pur crescendo indubbiamente di numero. Infatti, alla fine del ventennio, nel 1941-42, le iscritte ai corsi di Laurea in medicina sono 746 contro 15.394 uomini, con un peso percentuale del 5%.

In termini assoluti rimangono circa 300 le donne che, annualmente, tra il 1955 e il 1963 si laureano nelle facoltà mediche, contro un numero di uomini che passa da 3.504 unità (1956) a 2.519 (1963). Le indagini speciali Istat dimostrano che le laureate in medicina appartengono, più dei colleghi, a famiglie impiegate della pubblica amministrazione e soprattutto a famiglie della borghesia imprenditoriale, libero professionale o della dirigenza d'industria. Esse si laureano dopo un percorso universitario più regolare e con una votazione nettamente superiore a quella della componente maschile tanto che, nel 1954-55, dimostrano di aver goduto, più degli uomini, di borse di studio e di esenzioni dalle tasse scolastiche. Negli anni Cinquanta, le scelte di specializzazione delle laureate in medicina si concentrano soprattutto su pediatria al punto che nel 1955-56 è ben il 46,5% delle donne medico (127 in termini assoluti) a scegliere tale specialità, cui si aggiunge un 9,9% che sceglie anestesia. Nel 1962-63 la situazione non appare molto cambiata se non per un 10,6% di donne che si indirizza su "psichiatria e psicologia". Va considerato che nei primi anni Sessanta il 33,6% e il 13,7% delle donne medico americane si diplomano rispettivamente in Pediatria e Psichiatria Neurologica, a dimostrazione di trend molto simili a quelli italiani (Lopate 1968). In entrambi i periodi di tempo sono, però, pochissime le laureate italiane che scelgono di specializzarsi in ostetricia e ginecologia (4,4% nel 1955-56 e 3,5 nel 1962-63 per un totale di 21 donne), poiché sono le ostetriche a mantenere un ruolo determinante nel percorso della nascita che, in questi anni, avviene ancora largamente fuori dal contesto ospedaliero. Complessivamente cinque specialità (pediatria, anestesia, psichiatria, igiene, odonto-stomatologia) raccolgono il 72,9% delle scelte femminili nel 1955-56 e il 65,5% nel 1962-63, scelte che implicano in larga misura una attività di carattere ospedaliero. Bisognerebbe chiedersi perché le laureate in medicina preferiscano lavorare in ospedale e perché non si rivolgano alla libera professione che è il prototipo della attività medica o, come si è visto, la condizione più ambita e privilegiata secondo i parametri dominanti. In una fase in cui gli ospedali non sono ancora centri di alta specializzazione ed esprimono più che altro l'antica dimensione assistenziale, la risposta

potrebbe essere cercata proprio nell'impegno "umanitario" e "scientifico" di donne che, provenendo da famiglie benestanti, possono permettersi guadagni modesti, ma alte soddisfazioni "professionali e sociali". Infatti, quando vengono intervistate⁸ le laureate di questo periodo dichiarano di avere aspirato a diventare "al massimo buone assistenti" e comunque all'interno di servizi ospedalieri finalizzati alla cura dei bambini o dei malati di mente. Spesso si tratta di scelte totalizzanti nel senso che vi si dedica tutte le risorse, rinunciando al matrimonio o ai figli. Diventare medico ed esercitare la professione si presenta, infatti, come un traguardo in sé, da mantenere e coltivare nel tempo. D'altro canto, ha affermato una donna medico intervistata "non c'era molto spazio allora per formarsi una famiglia e anche perché ho raggiunto nella carriera un posto abbastanza elevato questo ha rappresentato un ostacolo per gli uomini che non volevano una donna troppo colta o che era arrivata troppo in là con la professione". Negli anni Cinquanta, dunque, il forte squilibrio numerico tra le donne e gli uomini medico, correlato a scelte di specialità molto univoche, rende ineluttabile la dipendenza normativa delle laureate in medicina cioè la loro "accettazione e il loro adeguamento" al modello della dominanza maschile e, quindi, alla separazione delle due sfere di competenza: quella familiare e quella professionale. Buone assistenti o brave pediatre, le donne medico restano in posizione marginale rispetto alle strutture e ai centri del potere professionale, pur rinunciando assai spesso ad una propria vita familiare. L'archetipo preminente resta, dunque, quello di Asclepio, figlio di Apollo e suo diretto successore, con le donne medico come *vestali*, cioè figure di sostegno in una medicina tutta declinata al maschile.

Negli anni Sessanta e Settanta, mentre diminuisce il divario numerico,⁹ restano abbastanza inalterate le scelte di specializzazione delle donne medico che pur tendono a "riadattare" il modello della separazione tra la sfera professionale e quella familiare, alla ricerca di una maggiore coerenza soggettiva ed esperienziale. Dalla accettazione passiva delle differenze si passa, infatti, alla loro esaltazione così che trova valorizzazione il lavoro nel settore pubblico e vicino ai cittadini-utenti. Igieia, in quanto divinità rivolta alla prevenzione, oltre che alla cura, sembra, dunque, rappresentare simbolicamente questo secondo arco di tempo in cui le donne lasciano l'abito delle vestali per prendere quello delle *emancipate* o tendenzialmente tali.

4. *Curare in epoca di welfare universalistico-selettivo: le brave professioniste*

Con la legge 833 del 1978 il passaggio allo Stato di tutte le funzioni di organizzazione e di finanziamento della sanità si accompagna ad una strutturazione istituzionale basata sulle Unità Sanitarie Locali (USL), che entro un determinato territorio, sono investite della gestione

⁸ La ricerca a cui si farà più volte riferimento in questa pagina è stata realizzata nel 1996 grazie all'impegno e alla collaborazione di diversi soggetti tra i quali l'AIDM (Associazione italiana donne medico, sezione di Ancona), la FIDAPA (Federazione Italiana donne arti professioni affari, Sezione Riviera del Conero), l'Ordine dei medici della Provincia di Ancona, l'Istituto di studi storici e sociologici della Facoltà di Economia di Ancona, l'Istituto di scienze biomediche, sezione di statistica medica della Facoltà di Medicina di Ancona. L'indagine ha coinvolto, tramite questionario postale, tutte le donne medico iscritte all'Ordine della provincia di Ancona (657) più un campione di controllo di 150 medici uomini (pari al 7,8% del totale), scelti tramite campionamento casuale. Su 807 questionari spediti, 7 sono tornati indietro (3 uomini e 4 donne) per errato recapito, mentre 407 sono stati i questionari compilati (55 uomini e 352 donne) pari rispettivamente a 37,4% e 53,9% del totale. Un successivo invio di questionari è stato rivolto alla componente maschile così da raggiungere i 150 casi. A questo punto si è deciso di togliere dai due campioni tutti i medici sopra i 55 anni e concentrare l'attenzione sull'anno di laurea, individuando tre diversi gruppi. Complessivamente sono stati analizzati i dati relativi a 336 donne e 113 uomini di cui 79 donne e 42 uomini laureatesi tra il 1967 e il 1979, 177 donne e 55 uomini laureatesi tra il 1980 e il 1989, 80 donne e 16 uomini laureatesi tra il 1990 e il 1995. I campioni così definiti rispondono per le donne al 51,1% dell'universo delle iscritte all'Ordine Provinciale e per gli uomini al 5,9% (Vicarelli 2003).

⁹ Nell'a.a.1970/71 il peso percentuale delle iscritte a medicina è del 18%, nel 1980/81 passa al 35%.

di tutte le forme di intervento sanitario, in una logica universalistica che vede riconosciuto il diritto alla salute a tutti i cittadini italiani. La difficile attuazione del Servizio sanitario nazionale conduce, in breve tempo, alla trasformazione del sistema in termini aziendalistici. Un processo che culmina nel 1992 con la approvazione, da parte del governo Amato, del decreto legislativo 502 che istituisce, al posto delle USL, gestite da un Comitato di gestione di nomina comunale, le Aziende sanitarie (territoriali ed ospedaliere) guidate da direttori generali di nomina regionale. L'aziendalizzazione della sanità, dapprima avversata dai partiti di sinistra e da alcune categorie mediche, diviene nel 1993 ampiamente accettata quando, a seguito della crisi istituzionale scaturita dalle inchieste della magistratura sugli illeciti nell'ambito sanitario, essa appare l'unica via per salvaguardare e rilanciare il Servizio sanitario che, tuttavia, diventa sempre più di competenza regionale soprattutto a partire dal 2001 a seguito della riforma costituzionale. Lo spirito manageriale viene, infatti, contrapposto alla gestione burocratica di tipo tradizionale, lenta, inefficiente e talvolta corrotta. Poiché in un sistema aziendalizzato oggetto di controllo sono le stesse scelte cliniche, si determina, a partire da questo momento, una evidente sovrapposizione di sfere di competenza tra medici e manager che non sono più collocati, come in passato, in aree separate, con due distinte linee di autorità, ma all'interno della stessa azienda sanitaria con forme di controllo molto più complesse. Non meraviglia, allora, che il conflitto tra medici e manager si manifesti, in primo luogo, a livello micro ed interpersonale dentro le strutture sanitarie, dove empiricamente e nella prassi quotidiana gli uni e gli altri trovano motivo di "scontro" nella scelta di obiettivi o strumenti divergenti. Tuttavia, esso è supportato, a livello meso-organizzativo poiché l'emergere di configurazioni gestionali più o meno improntate alla competizione o alla cooperazione amministrata incide sul grado di accountability del sistema e quindi di influenza del management. Tutto ciò in una crescente razionalizzazione della spesa sanitaria che, a partire dalla crisi economico-finanziaria del 2008, diminuisce costantemente andando ad incidere sulle condizioni specifiche di lavoro (blocco della contrattazione, blocco del turn-over nelle regioni in difficoltà di bilancio, modifiche nell'orario di lavoro, diminuzione delle posizioni apicali ecc.).

E' in questo contesto che si inizia a parlare di crisi della dominanza medica e di crescenti difficoltà della professione, che si va sempre più femminilizzando (Vicarelli 2008), nei riguardi dei pazienti. Mentre, infatti, l'aziendalizzazione spinge i medici verso una costante oggettivazione delle proprie attività (la medicina basata sulle evidenze) e non raramente verso forme di medicina difensiva per far fronte alle denunce dei cittadini e ai controlli pubblici, il concetto di salute sembra dilatarsi. Cittadini più colti ed istruiti, che possiedono maggiori informazioni tratte dai media, esprimono una domanda ampia, complessa e per certi versi emozionale, carica di una nuova volontà di partecipazione e di coproduzione della cura. Al medico si richiede, sempre più, una disponibilità immediata (di tempo e di risposta) che contrasta con la profondità della domanda di salute, così che le pressioni esercitate dai pazienti vengono vissute con crescente disagio e con fenomeni di burn-out da parte dei professionisti. Nasce, da qui, l'esigenza avanzata di alcuni di riportare nella relazione con il paziente una dimensione narrativa (medicina narrativa) che permetta ai due soggetti della relazione di recuperare una trama più profonda dell'esperienza di vita e di malattia (Giarelli 2005; Bronzini 2016).

In altri termini, negli ultimi decenni del secolo, sembrano diminuire contemporaneamente sia la delega esclusiva concessa dallo stato alla professione medica, sia la fiducia incondizionata verso la medicina da parte dei pazienti e delle loro famiglie. Nell'un caso e nell'altro fanno sentire la propria influenza un mercato sanitario privato in espansione e una crescente cultura dei consumi che spinge la medicina e gli stessi cittadini verso il miglioramento e l'ottimizzazione delle performance individuali, aldilà della semplice

prevenzione e cura. Una tendenza quest'ultima che si accompagna ad un progresso tecnico e scientifico di grandissimo impatto che trova le sue basi scientifiche sulla “*medicina molecolare e personalizzata*”, ben aldilà, dunque, della “*medicina ad organum*” del periodo precedente. Ne deriva una perdita strisciante di status sociale, di potere politico e per certi versi di introiti economici da parte di una professione che vede diminuire, da parte dei pazienti, la fiducia istituzionale del periodo precedente. Mentre cade, infatti, lentamente, all'interno delle culture politiche dominanti, il riconoscimento delle gerarchie sociali e dei differenti livelli di autorevolezza, la fiducia dei cittadini viene sempre più veicolata dalle nuove tecnologie della comunicazione e dell'informazione, finendo per localizzarsi su specifiche categorie o personalità mediche. Né vanno dimenticate le difficoltà a creare condizioni di fiducia reciproca tra gli stessi medici, sia quando si tratta della co-gestione delle cure di un paziente, sia quando si tratta dei rapporti tra specialità diverse o con i giovani specializzandi (Frankel et altri 2019) Tutto ciò in una scena della cura che appare sempre più affollata di operatori profani oltre che professionali, in cui i medici fanno fatica a riproporre le modalità di guida e di coordinamento del periodo precedente.

Negli anni Ottanta e Novanta, lo squilibrio numerico tra uomini e donne medico tende a scomparire fin quasi ad invertirsi, mentre si attenuano le differenze nelle scelte di specializzazione. Le donne medico, consapevoli della loro nuova posizione, paiono sviluppare una strategia di “ricomposizione” e coerenza culturale centrata sulla forte integrazione delle due sfere familiari e professionali. Pur restando in posizioni non dominanti, accettano più degli uomini la logica di rete e di integrazione dei saperi, enfatizzando quelle operazioni di rimodellamento delle strutture sanitarie che le riforme degli anni Novanta propongono alla sanità italiana e che mirano alla qualità e all'efficienza dei servizi prodotti. Panacea, quindi, in quanto divinità capace di portare benessere completo sembra meglio rappresentare, sul piano simbolico, le donne di questa terza fase, che possiamo definire a pieno titolo *professioniste*. Per esse la qualità organizzativa del servizio è dominante, la qualità professionale deve essere continuamente ribadita e la qualità percepita dal paziente-cliente deve essere considerata come centrale. Tuttavia queste professioniste, che non sempre ottengono una effettiva integrazione tra l'ambito lavorativo e personale, sono ancora poco presenti nelle posizioni direttive e dirigenziali. Dal Conto annuale del ministero dell'economia del 2004¹⁰ si rileva, infatti, che le donne medico costituiscono il 32% della dotazione organica di medici del Servizio Sanitario Nazionale ed addirittura il 45% dei Policlinici Universitari. Di queste, però, appena il 3% ha un incarico di direzione di strutture complesse, solo il 12% è dirigente di struttura semplice, mentre nell'84% dei casi risultano solo con incarichi professionali. Ancora più limitata la presenza femminile nei ruoli direzionali della sanità pubblica con appena il 6% dei direttori generali delle aziende ospedaliere e sanitarie, il 14% dei direttori sanitari¹¹. Stessa situazione si presenta per le posizioni apicali nelle associazioni professionali (ordini e sindacati)¹² e accademiche, con il risultato che le donne medico rischiano di non riuscire a rendere dominante il modello culturale di sanità pubblica che nella pratica quotidiana sembrano fortemente costruire per mancanza di rappresentanza politica e dirigenziale. In quest'ottica si possono ricordare i risultati emersi da due indagini empiriche svolte nel 2004 di cui una condotta su un campione di Medici di Medicina Generale e l'altra su un campione di medici

¹⁰ Queste statistiche considerano tutto il personale medico dipendente dal Servizio Sanitario Nazionale, includendo anche i medici delle ex Ipab e delle Agenzie per la protezione dell'Ambiente.

¹¹ Vedi Bronzini 2004.

¹² Nel 2002 solo tre donne guidano gli Ordini provinciali dei medici (a Bologna, Forlì-Cesena e Gorizia) mentre quattro sono le vicepresidenti (a Udine, Isernia, Massa Carrara ed Enna).

iscritti agli Ordini¹³. Vale la pena delineare a grandi linee il profilo prevalente emerso, che rappresenta un po' l'archetipo della donna medico italiana. All'inizio degli anni Duemila. Si tratta di una professionista di circa 43 anni, più giovane dei colleghi, - l'età media sale a 48 anni nel campione dei MMG, ma anche in questo caso si attesta al di sotto della media maschile - che proviene da una famiglia di status socio-economico-culturale medio-alto, è sposata con un uomo appartenente alla stessa classe sociale ed ha figli. Ha intrapreso questa professione perché animata dalla passione verso la ricerca scientifica o da una forte predisposizione alla cura degli altri, ed ha scelto una specialità dell'area medica. Considera il suo lavoro impegnativo, ma al contempo stimolante e gratificante, e ritiene di aver soddisfatto le aspettative che vi riponeva. Svolge l'attività professionale in forma dipendente, senza ricoprire alcun incarico di tipo sanitario manageriale; è iscritta a società scientifiche e/o a sindacati ma non riveste cariche al loro interno. Sul piano lavorativo, tende ad instaurare con i colleghi rapporti di scambio professionale basati sulla stima reciproca e guarda con favore alla crescita e allo sviluppo professionale degli operatori sanitari non medici, rispettandone l'autonomia e riconoscendone le competenze. Sul piano clinico, dimostra di essersi adeguata alle caratteristiche del "nuovo" paziente, più aggressivo rispetto al passato, maggiormente scettico nei confronti delle diagnosi, alla ricerca di pareri aggiuntivi e propenso a curarsi da sé, spesso fuorviato dalla diffusione di informazioni di cattiva qualità. Per questo tende a coinvolgerlo più attivamente all'interno della relazione di cura e da ciò trae una maggiore soddisfazione; inoltre, nutre riserve sempre minori verso l'utilizzo delle cosiddette pratiche non convenzionali.

Bibliografia

- Bronzini M. (a cura di) (2016). *Visse di malattia e percorsi di cura*. Bologna: Il Mulino.
- Cosmacini G. (2000). *Il mestiere di medico. Storia di una professione*. Milano: Raffaello Cortina.
- Elias N. (1950). "Studies in the Genesis of the Naval Profession", *The British Journal of Sociology*, 1(4): 291-309.
- Elias N. (2010). *Marinaio e gentiluomo. La genesi della professione navale*. Bologna: Il Mulino.
- Frankel RM, Tilden VP, Suchman A. (2019). A. Physicians' Trust in One Another, *JAMA*. Published online March 22.
- Freidson E. (2001). *La dominanza medica. Le basi sociali della malattia e delle istituzioni sanitarie*, a cura di G. Vicarelli. Milano: FrancoAngeli.
- Giarelli G. (2005). *La svolta narrativa: l'incontro clinico come negoziazione di significati*. In Giarelli G. et al. (a cura di). *Storie di cura. Medicina narrativa e medicina delle evidenze: l'integrazione possibile*. Milano: Franco Angeli, pp. 35-50.
- Ingrosso M. (2016). *La cura complessa e collaborativa. Ricerche e proposte di Sociologia della cura*. Roma: Aracne
- Ingrosso M. e Vicarelli G. (2015). *Nascita ed evoluzione della sociologia della salute italiana*. In Ingrosso M. (a cura di). *La salute per tutti. Un'indagine sulle origini della sociologia della salute in Italia*. Milano: Franco Angeli.
- Malatesta M. (2006). *Professionisti e gentiluomini. Storia delle professioni nell'Europa contemporanea*. Torino: Einaudi.

¹³ Le indagini, condotte nell'ambito del Progetto di ricerca "La professione medica di fronte alle trasformazioni del sistema sanitario nazionale" (cofinanziata dal Miur) hanno coinvolto 1162 Medici di Medicina Generale e 714 Medici iscritti all'Ordine. Si tratta di due distinte *survey* svolte impiegando un questionario che prevedeva una parte comune ed una parte differenziata. Nello specifico, il campione dei Medici iscritti all'Ordine comprende 714 Medici estratti dagli Ordini Provinciali di Torino, Cosenza e Ancona. Il campione dei 1162 Medici di Medicina Generale è stato estratto invece dalle liste di Medici di Medicina Generale operanti in alcune province di dieci Regioni italiane (Piemonte, Trentino-Alto Adige, Sicilia, Emilia-Romagna, Lombardia, Veneto, Campania, Marche e Lazio) in modo proporzionale per quanto concerne le variabili genere e provincia. Per ulteriori informazioni sulla costruzione dei due campioni di vedano Cipolla, Corposanto, Tousijn (2006).

- Parsons T. (1964). *The Professions and Social Structure*. In Id. (ed). *Essays in Sociological Theory*, rev. ed.. New York: Free Press, pp. 34-49.
- Perulli A. (2012). *Norbert Elias. Processi e parole della sociologia*. Roma: Carocci.
- Squazzoni F. (2000). "Norbert Elias: verso una sociologia morfogenetica e processuale", *Intersezioni. Rivista di storia delle idee*, 20(2): 285-296.
- Tabboni S. (1993). *Norbert Elias. Un ritratto intellettuale*. Bologna: Il Mulino.
- Tousijn W. (2000). *Il sistema delle occupazioni sanitarie*. Bologna: Il Mulino
- Vicarelli G. (1997). *Alle radici della politica sanitaria in Italia. Società e salute da Crispi al fascismo*. Bologna: Il Mulino.
- Vicarelli G. (20018). *Donne di medicina. Il percorso professionale delle donne medico in Italia*. Bologna, Il Mulino
- Vicarelli G. (2010). *Gli eredi di Esculapio. Medici e politiche sanitarie nell'Italia unita*. Roma: Carocci.
- Vicarelli G. (a cura di) (2013). *Cura e salute. Prospettive sociologiche*. Roma: Carocci.
- Vicarelli G. (a cura di) (2016). *Oltre il coinvolgimento. L'attivazione del cittadino nelle nuove configurazioni di benessere*, Bologna: Il Mulino.