

L'EMPOWERMENT FEMMINILE IN AMBITO MEDICO Tra processi di segregazione e strumenti innovativi

di Domenico Carbone, Joselle Dagnes, Arianna Antinori, Arianna Radin*

Abstract

Women's empowerment in the medical field. Between segregation processes and innovative tools.

The aim of this article is to investigate gender differences in training and access to the medical profession in Italy, which is characterized by a high rate of feminization. According to the data, a paradox seems to emerge. On the one hand, we observe a professional sector characterized by prestige, high salaries and significant career opportunities, which is largely accessible to women. On the other hand, however, strong gender segregation seems to persist, both in terms of type of specialization and career progression.

This article consists of two parts. In the first, we show, using original databases, the persistence of horizontal and vertical segregation with respect to female residents and physicians in Italy. In the second part, we propose, as case studies, two Italian gender mentoring initiatives designed to promote women's empowerment and counteract horizontal and vertical segregation in medicine and health care.

Keywords

Medical specialties, gender segregation, gender mentoring, women in medicine, women empowerment

* DOMENICO CARBONE, professore associato di Sociologia generale, Dipartimento di Giurisprudenza e Scienze Politiche, Economiche e Sociali, Università degli Studi del Piemonte Orientale.

Email: domenico.carbone@uniupo.it

JOSELLE DAGNES, professoressa associata di Sociologia dei processi economici e del lavoro, Dipartimento di Culture, Politica e Società, Università degli Studi di Torino.

Email: joselle.dagnes@unito.it

ARIANNA ANTINORI, assegnista di ricerca, Dipartimento di Giurisprudenza e Scienze Politiche, Economiche e Sociali, Università degli Studi del Piemonte Orientale.

Email: arianna.antinori@uniupo.it

ARIANNA RADIN, assegnista di ricerca, Dipartimento di Culture, Politica e Società, Università degli Studi di Torino.

Email: arianna.radin@unito.it

DOI: [10.13131/unipi/sf2v-md58](https://doi.org/10.13131/unipi/sf2v-md58)

1. INTRODUZIONE

Nell'attuale società della conoscenza, l'istruzione gioca un ruolo fondamentale all'interno dei processi di emancipazione sociale. L'economia e la società della conoscenza sono contraddistinte, infatti, per il ruolo strategico della conoscenza come fattore di produzione (Castells, 1996), come substrato per la costituzione del capitale sociale individuale (Bourdieu e Wacquant, 1992), nonché come elemento centrale per il miglioramento della qualità della vita.

Per quanto riguarda i processi di empowerment femminile, un'ampia e consolidata letteratura scientifica ha messo in evidenza la stretta relazione che sussiste tra innalzamento dei livelli di istruzione e miglioramento delle condizioni delle donne nella società. Un miglior livello di istruzione risulta spesso correlato, infatti, con la capacità di prendere decisioni informate, con la possibilità di sfidare gli stereotipi di genere e con l'opportunità di accesso a un lavoro migliore tanto in termini di reddito, quanto di prestigio sociale.

Numerose evidenze empiriche mostrano, tuttavia, come questi effetti benefici dell'istruzione non siano sempre scontati. Anche nelle società economicamente più avanzate, dove i processi di scolarizzazione femminile sono ampiamente consolidati, si assiste, infatti, alla permanenza di significative differenze di genere in tutti gli ambiti della vita sociale. In tali contesti le donne, per un verso, superano i colleghi uomini in quasi tutti gli indicatori di successo scolastico e accademico (Buchuman et al., 2008; Scheeren e Bol, 2022), ma dall'altro risultano ancora ampiamente svantaggiate, in termini comparativi, nella gran parte degli aspetti connessi con lo svolgimento di una professione: dalla condizione contrattuale, al livello retributivo, fino alle chance di carriera.

La permanenza di queste disuguaglianze è stata spesso ricondotta alla forte persistenza di meccanismi di segregazione di genere nella scelta dei percorsi formativi. Come hanno dimostrato Barone e Assirelli (2022), lo squilibrio tra uomini e donne nei diversi corsi di laurea evidenzia una notevole stabilità della segregazione di genere nelle università europee. Una segregazione contraddistinta, oggi come in passato, dalla predilezione verso studi scientifici per i ragazzi e umanistici per le ragazze. Tali processi di segregazione orizzontale - che vedono appunto le donne sovra-rappresentate in alcuni ambiti e sottorappresentate in altri - interferiscono, successivamente, con le opportunità di accesso ai segmenti del mercato del lavoro caratterizzati da migliori condizioni salariali, di carriera e di

prestigio. Essi si accompagnano inoltre a persistenti meccanismi di segregazione verticale, che rendono più difficile per le donne raggiungere le posizioni apicali all'interno di uno specifico ambito lavorativo, contribuendo, quindi, alla riproduzione sociale delle disuguaglianze di genere. Ne deriva che la reale capacità dell'istruzione nell'essere strumento di empowerment non può essere data per scontata e attribuita, semplicemente, a un miglior livello di scolarizzazione. Il modo in cui si sviluppa il processo di scelta dei percorsi formativi, così come gli ostacoli e le barriere che permangono nell'accesso ad alcuni ambiti, necessitano di una costante attenzione analitica e della ricerca di soluzioni innovative in grado di scardinare i meccanismi di riproduzione dello svantaggio di genere.

Il presente studio intende concentrare la propria analisi specificamente su questo tema, focalizzandosi su un ambito, quello della formazione e della professione medica in Italia, che è esemplificativo di questa ambivalenza tra crescita dei livelli di competenze specialistiche delle donne e persistenza di meccanismi di segregazione orizzontale e verticale. Il settore in analisi è particolarmente interessante perché presenta un apparente paradosso. Da una parte, si tratta di un settore professionale caratterizzato da un elevato prestigio sociale e lavorativo, da alti livelli retributivi e da significative opportunità di carriera, in gran parte accessibili alle donne. Dall'altro lato, però, emerge una forte segregazione di genere all'interno di alcune specializzazioni a cui si legano, non di rado, elevati livelli di disuguaglianza in termini economici, di prospettive di carriera e di distribuzione interna del prestigio sociale.

Nel corso degli ultimi due decenni, sulla scia della crescita dei livelli di femminilizzazione in tutta la formazione terziaria, anche in Italia, i corsi di laurea in medicina si sono caratterizzati per un ampio e consistente processo di femminilizzazione. A prima vista la formazione e la professione medica sembrano essere, dunque, un settore in cui le barriere di genere sono state superate. Tuttavia, uno sguardo più attento rivela che all'interno delle singole specialità mediche esistono ancora forti squilibri di genere, con alcune specializzazioni a netta prevalenza maschile e altre a netta prevalenza femminile. Tali squilibri di genere non sono neutri rispetto agli *outcome* professionali: le specialità a predominanza maschile tendono infatti di norma a essere più remunerate e più prestigiose di quelle a prevalenza femminile (Errani et al., 2021). Le conseguenze di questo gender gap si osservano, inoltre, anche adottando la prospettiva di chi deve ricevere le cure, dal momento che diversi studi mostrano come omofilia ed eterofilia di genere nella coppia medico-paziente non siano variabili neutre nell'interazione e nei trattamenti (ad es. Chekijian et al., 2021; Lau et al., 2021).

Scopo del presente lavoro è quello di fornire un quadro dettagliato di questo fenomeno nel contesto italiano e di analizzare, contemporaneamente, alcuni strumenti nati con l'esplicito obiettivo di attenuare questi effetti di segregazione promuovendo delle pratiche orientate a sostenere efficacemente l'empowerment femminile in quest'ambito.

Il contributo è organizzato in quattro paragrafi, oltre alla presente introduzione. Nel prossimo paragrafo sarà presentata una breve contestualizzazione del tema nel contesto internazionale, con particolare riferimento a tendenze e approcci interpretativi. Nel terzo paragrafo, attraverso i dati derivanti da diverse fonti istituzionali, verrà ricostruito lo scenario evolutivo della formazione medica in Italia evidenziandone, contestualmente, le specificità rispetto ai processi di segregazione orizzontale e verticale in un'ottica di genere. Il quarto paragrafo si occupa, invece, di presentare e discutere alcuni risultati di due recenti iniziative di gender mentoring, sviluppate con l'esplicito obiettivo di sostenere le specializzande e le giovani mediche nei loro percorsi formativi e professionali. Nel paragrafo conclusivo, infine, a partire dallo scenario di segregazione di genere dell'ambito medico in Italia, si propone un'analisi sui punti di forza, le opportunità, ma anche i limiti delle azioni di mentoring nel riuscire a mitigare, almeno in parte, la riproduzione di questi meccanismi segregativi.

2. DONNE MEDICHE TRA SEGREGAZIONE ORIZZONTALE E SEGREGAZIONE VERTICALE

Nei paesi OCSE è in corso ormai da alcuni decenni un significativo aumento della presenza femminile in ambito medico, trainato dalla crescita percentuale di donne all'interno dei percorsi formativi dedicati e dal parallelo progressivo pensionamento delle coorti più anziane di professionisti, composte in prevalenza da uomini. I paesi con la più alta percentuale di donne mediche si trovano nell'area baltica, dove Estonia, Lettonia e Lituania superano il 70%, ma molti altri paesi europei – in particolare quelli scandinavi e centro-orientali – vedono una quota femminile nella professione prevalente e in crescita negli ultimi vent'anni. Anche in paesi in cui i medici sono ancora in maggioranza uomini come gli USA, dove le donne costituiscono solo il 37,1% dei professionisti in attività nel 2021, l'aumento della componente femminile dai primi anni Duemila è stato nell'ordine dei 15 punti percentuali (Oecd, 2023).

Nonostante questo trend complessivo, le donne si distribuiscono in modo tutt'altro che omogeneo nelle diverse specialità mediche. Diversi

studi condotti su singoli contesti nazionali mostrano una forte sotto-rappresentazione femminile nell'area chirurgica, ad esempio in Spagna, Regno Unito e USA, dove le donne chirurghe sono circa un quarto del totale. Una parziale eccezione è costituita dalla chirurgia pediatrica (con circa il 35% di donne in media), mentre particolarmente esiguo è il numero di chirurghe ortopediche, nell'ordine del 5-10% (Arrizabalaga et al., 2014; Moberly, 2018). Al contrario, tra le specializzazioni in cui troviamo una forte concentrazione femminile vi sono Ginecologia e Ostetricia (84% di donne in Lituania, 72% in Finlandia, 60,5% negli USA), Pediatria (91% in Lituania, 65% negli USA), psichiatria infantile (88% in Finlandia, 67% in Svezia), oltre a medicina interna, medicina generale, oncologia e geriatria (Riska, 2010)¹.

A partire da questi dati, la letteratura evidenzia una prevalenza di donne nelle specialità associate al corpo femminile e all'infanzia, ma anche nelle branche della pratica medica maggiormente associate a una concezione estesa della cura, che si dispiega nel tempo e richiede una presa in carico complessiva del paziente (Burgess et al., 2018). Al contrario, le specializzazioni con una maggiore concentrazione di uomini sarebbero – oltre a quelle che interessano il corpo maschile, come urologia – le branche che tradizionalmente richiedono da un lato una maggiore forza fisica, come ortopedia, dall'altra una estrema precisione, come chirurgia (Ali et al., 2015). Alcuni autori riprendono, a questo proposito, la distinzione tra specialità *person-oriented* e specialità *technique-oriented*, rintracciando tra le prime più frequentemente gli ambiti a predominanza femminile e tra le seconde quelli *male-dominated* (Manuel et al., 2009).

Sul piano interpretativo, in letteratura è possibile identificare alcuni approcci adottati per dare conto della segregazione orizzontale fin qui descritta. Un primo approccio, definito costruzionista, enfatizza la riproduzione all'interno delle organizzazioni di ruoli e mansioni distinti per genere, che tendono a replicare stereotipi diffusi. Le differenze osservate nelle specialità non avrebbero quindi la loro origine in abilità o propensioni innate, bensì nell'indirizzamento che le donne subirebbero, in primis all'interno dei percorsi formativi, verso attività e pratiche professionali maggiormente votate all'assistenza *person-oriented* (Cavaletto, 2017; Gaiaschi, 2022), riproducendo così “nella professione il loro ruolo sociale di madri” (Bronzini e Spina, 2008: 124). In termini più ampi, gli

¹ I dati relativi a Regno Unito e USA qui riportati hanno come fonte rispettivamente il NHS – National Health Service (dati riferiti al 2018, disponibili al link: <https://digital.nhs.uk/news/2018/narrowing-of-nhs-gender-divide-but-men-still-the-majority-in-senior-roles>, ultima consultazione: 17/06/2024) e il Physician Specialty Data Report del 2021, disponibile al link: <https://www.aamc.org/data-reports/workforce/data/active-physicians-sex-specialty-2021> (ultima consultazione: 17/06/2024).

stereotipi di genere sembrano avere un peso rilevante non solo nel “costruire” ruoli diversi per uomini e donne all’interno delle organizzazioni, ma anche nell’influenzare la maturazione delle scelte educative e professionali dei singoli individui. Una nutrita letteratura mostra ad esempio come gli stereotipi di genere veicolati dalla famiglia nel corso della socializzazione primaria, circa le diverse abilità di bambini e bambine, abbiano un impatto sulle performance scolastiche, sull’autostima e sui percorsi educativi in seguito scelti (Šimunović e Babarović, 2020).

Un secondo approccio, di tipo strutturalista, pone l’accento su condizioni quali, ad esempio, “il peso delle reti professionali, il sostegno dei capi e dei mentori” nel predisporre un contesto più o meno favorevole all’ingresso delle donne, concentrandosi in particolare “sui processi di chiusura dei gruppi professionali” (Vicarelli, 2008: 24) e delle specialità di alto prestigio dominate dal genere maschile, dove si riscontra una complessiva discriminazione di genere (Trinh et al., 2020) che comincia dal corpo stesso della professionista e che permane nonostante le trasformazioni che i settori medico e sanitario hanno sperimentato in anni recenti. In ambito chirurgico, ad esempio, è stato evidenziato come la presunta maggiore precisione degli uomini, per lungo tempo utilizzata per motivare la forte chiusura della specialità nei confronti delle donne, avesse il suo fondamento nella disponibilità esclusiva di strumenti costruiti sullo standard dimensionale della mano maschile (Ali et al., 2015). In ugual modo, la prevalenza di uomini in ambito ortopedico è stata spesso argomentata facendo riferimento all’essenza stessa della specialità, che necessiterebbe di “forza bruta” (Miller e LaPorte, 2015). Le innovazioni nel campo degli strumenti tecnologici e delle tecniche di intervento hanno cambiato significativamente la pratica della professione - mostrando ad esempio l’inesistenza di differenze di genere quando si tratta di fornire una prestazione professionale mediata dalla robotica (Chiu et al., 2020) - senza che questo si sia tuttavia necessariamente tradotto in un allentamento delle barriere di genere all’ingresso. Lo stereotipo secondo cui “abilità tecnica e forza” (Pelley e Carnes, 2020) sarebbero caratteristiche maschili sembra dunque resistente, anche di fronte all’evidenza che le stesse caratteristiche sono necessarie anche in una specialità chirurgica fortemente femminilizzata come ginecologia e ostetricia.

Infine, alcuni filoni di letteratura riconducono la segregazione orizzontale per genere alla preferenza che le donne accorderebbero ad alcune specializzazioni che permettono una più facile conciliazione di vita lavorativa e vita familiare (Levaillant et al., 2020), con una gestione del tempo flessibile, turni meno lunghi e, in alcuni casi, con la possibilità di impieghi part-time (Van der Horst et al., 2010; Jefferson et al., 2015).

La dimensione della conciliazione è richiamata anche in relazione alla segregazione verticale, vale a dire alla minor presenza di mediche in ruoli di vertice rispetto ai colleghi uomini. I dati disponibili in diversi contesti nazionali mostrano infatti come, pur al crescere del peso percentuale delle donne, le posizioni apicali nella professione medica siano ancora prevalentemente ricoperte da uomini. Ad esempio, i dati NHS precedentemente menzionati (si veda la nota 1) riportano che all'interno del sistema sanitario nazionale britannico i ruoli medici di tipo senior sono occupati da donne solo nel 37% dei casi, mentre in Germania la quota si riduce fino al 10% (Ziegler et al., 2017). Questa sproporzione si registra anche nelle specialità a maggior presenza femminile: negli USA, ad esempio, a fronte dell'80% circa di specializzande in Ginecologia e Ostetricia, troviamo delle donne a ricoprire ruoli apicali della professione solo nel 18% dei casi (Fader et al., 2022).

Come noto, disparità di genere nel raggiungimento delle posizioni di vertice si osservano in tutte le professioni, a maggior ragione in quelle più prestigiose e meglio retribuite (Purcell et al., 2010). Anche in ambito sanitario, meccanismi di discriminazione fondati su credenze esplicite o implicite circa una maggiore attitudine alla leadership da parte degli uomini fanno sì che le mediche “devono lavorare più duramente per avere attenzione e ricevono reazioni più negative” (Reed e Buddenberg-Fischer, 2001: 139). In aggiunta, la professione medica presenta alcune specificità connesse al lungo periodo di studio e formazione richiesto, che frequentemente determina una vita di coppia stabile nel momento di inizio del percorso lavorativo (Heiligers, 2012). L'impatto della genitorialità in questa fase è più forte per le donne rispetto agli uomini (Sanfey, 2006; ALobaid et al., 2020) perché la maternità di fatto interrompe la carriera in una fase delicata come quella di avvio (Reed e Buddenberg-Fischer, 2001) e il ritardo accumulato qui difficilmente viene colmato in seguito (Gaiaschi, 2019).

3. I PROCESSI DI SEGREGAZIONE IN AMBITO MEDICO IN ITALIA: ALCUNE EVIDENZE EMPIRICHE

Al pari di quanto osservato in altri contesti, anche in Italia nel campo della medicina si osservano rilevanti processi innovativi che coesistono, tuttavia, con la persistenza di solidi meccanismi di segregazione di genere.

Da un lato, infatti, nell'ambito della formazione medica da diverso tempo ormai si assiste a una prevalenza della componente femminile rispetto a quella maschile. Secondo i dati dell'anagrafe studenti forniti dal

Ministero dell'Università, nell'anno accademico 2022/2023 il 59,4% degli iscritti al corso di laurea magistrale a ciclo unico in medicina e chirurgia è rappresentato da studentesse. In valori assoluti, la loro presenza è passata da 7.520 iscritte nell'anno accademico 2001/2002 a 53.552 nel 2022/2023. Nello stesso periodo, il numero di studenti maschi è cresciuto da 4.597 a 36.632 iscritti.

Dall'altro lato, però, gli uomini sono ancora in maggioranza tra coloro che svolgono la professione medica. Secondo i dati forniti da Fnomceo², infatti, nel 2022 il 54,4% degli iscritti all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri è rappresentato da uomini. Ciò deriva certamente dal fatto che, come si può osservare in tabella 1, la presenza maschile è molto elevata soprattutto nelle classi di età più anziane, mentre diminuisce sensibilmente in quelle più giovani. È del tutto lecito ipotizzare, quindi, che nel prossimo futuro la componente femminile sarà maggioritaria anche sul piano professionale. Tuttavia, allo stato attuale, il campo della medicina in Italia mostra uno scenario apparentemente contraddittorio: più donne tra chi studia medicina, più uomini tra chi fa il medico.

Tabella 1. Medici iscritti all'ordine dei medici chirurghi e odontoiatri per genere e classi d'età, anno 2022

Classe d'età	M	F	%F
Fino a 29	12.349	16.000	56,4
30-34	17.087	22.159	56,5
35-39	12.835	20.191	61,1
40-44	10.577	18.909	64,1
45-49	11.564	18.518	61,6
50-54	11.109	13.325	54,5
55-59	17.756	16.682	48,4
60-64	28.256	20.755	42,3
65-69	41.982	22.938	35,3
70-74	32.513	9.772	23,1
Più di 75	23.958	4.280	15,2
Totale	219.986	183.529	45,4

Fonte: dati FNOMCEO, 2022.

L'aumento progressivo della componente femminile all'interno di questo ambito è evidente anche in riferimento alla formazione di terzo livello,

² Federazione Nazionale dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri.

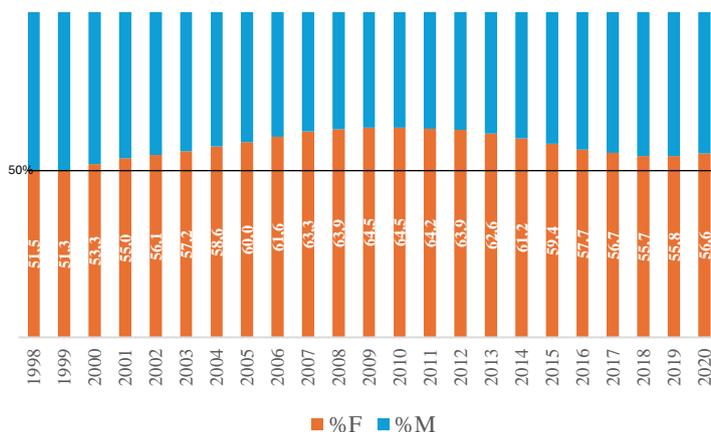
corrispondente alle scuole di specializzazione medica, vale a dire i corsi universitari *post lauream* a numero chiuso dedicati alla formazione specialistica dei laureati e delle laureate in Medicina e Chirurgia³. La figura 1 mostra l'andamento generale delle iscrizioni a tutte le scuole di specializzazione medica dal 1998 al 2020⁴. Come si può osservare, all'inizio del periodo per il quale disponiamo di questi dati, la quota di studentesse e studenti risulta piuttosto bilanciata (51,5% di studentesse nel 1998). Negli anni successivi la componente femminile è in costante crescita fino al 2009, quando arriva a pesare per il 64,5% del totale. Dal 2010, invece, osserviamo un parziale aumento nella quota delle iscrizioni maschili, che però continua a restare minoritaria (43,4% di studenti nel 2020). Seppur con un trend non lineare, possiamo quindi affermare che negli ultimi due decenni la componente femminile nelle scuole di specializzazione medica in Italia è sempre maggioritaria. Tuttavia, questo andamento generale è il risultato di un consistente processo di segregazione orizzontale delle scelte formative che emerge chiaramente nel momento in cui si considerano distintamente le tre aree in cui sono classificate le scuole di specializzazione: l'area medica, l'area chirurgica e l'area dei servizi clinici⁵.

³ Mentre fino all'a.a. 2012/2013 l'accesso alla scuola di specializzazione era regolato da concorsi pubblici locali, dal 2013/2014 l'ammissione avviene tramite concorso nazionale per titoli ed esame con bando annuale del Ministero dell'Università e della Ricerca. Il numero complessivo di posti disponibili è definito su base triennale dal Ministero della Sanità, di concerto con alcune istituzioni statali, quindi il Ministero dell'Università e della Ricerca determina il numero di posti assegnati a ciascuna scuola di specializzazione locale. In fase di iscrizione alla selezione, ciascun candidato o candidata indica le sue preferenze in termini sia di specialità sia di sede della scuola; le assegnazioni avvengono quindi sulla base di una graduatoria di merito unica nazionale (<https://www.mur.gov.it/aree-tematiche/universita/lofferta-formativa-titolirilasciati/scuole-di-specializzazione>, ultima consultazione 25 giugno 2024).

⁴ Le figure 1-7 sono state elaborate sulla base di un dataset contenente le informazioni relative a 712.054 specializzandi e specializzande, costruito a partire dai dati forniti dal Ministero dell'Università e della Ricerca, relativi agli iscritti alle scuole di specializzazione medica, nel periodo compreso tra il 1998 e il 2020. Nei database originari del MUR, i dati risultavano distinti per Ateneo fino all'a.a. 2014/2015 mentre, dall'a.a. successivo, sono stati ricodificati per scuole di specializzazione. La costruzione del dataset, utilizzato in questo studio, ha comportato, quindi, la riaggregazione dei nomi delle singole scuole, spesso differenti per ogni Ateneo, in quelle che sono identificate come scuole di specializzazione dal D. interm. n. 68 del 4-02-2015.

⁵ Sulla base del Decreto Interministeriale del 4 febbraio 2015 che sancisce il riordino delle scuole di specializzazione di area sanitaria.

Figura 1. Percentuale di iscritti alle scuole di specializzazione mediche per genere e anno, 1998-2020



Fonte: nostre rielaborazioni da Ministero dell'Università

Per quanto concerne l'area medica, nel 2020 il 60,7% degli specializzandi è di genere femminile. È interessante sottolineare, inoltre, che dal 2000 in avanti la quota femminile non è mai scesa sotto la soglia del 60% e ha superato la soglia del 70% tra il 2007 e il 2012 (fig. 2). Si tratta, quindi, di un'area di specializzazione che, nel suo complesso, mostra un elevato livello di femminilizzazione.

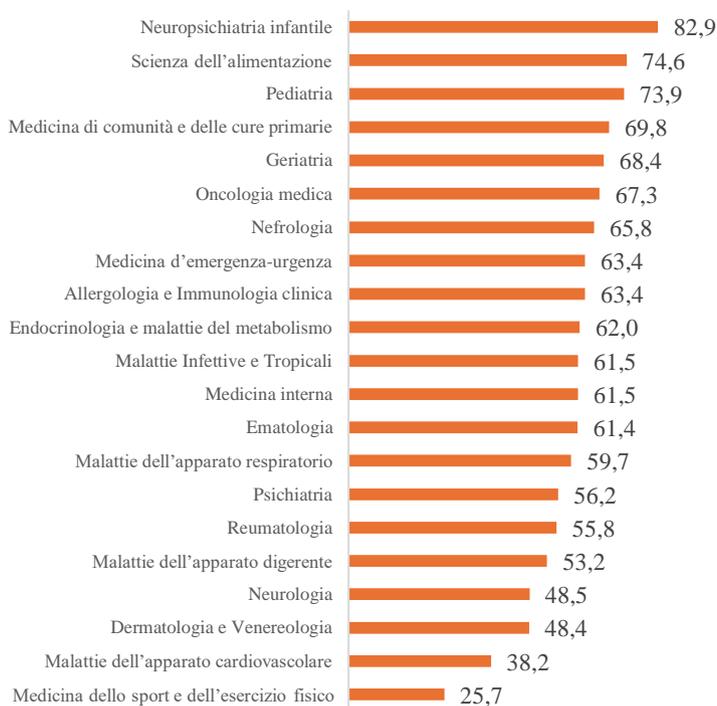
Figura 2. Percentuale di iscritti alle scuole di specializzazione dell'area medica per genere e anno, 1998-2020



Fonte: nostre rielaborazioni da Ministero dell'Università

Come si può osservare in figura 3 riferendoci al dato del 2020, delle 22 scuole che rientrano in quest'area, solo due registrano una prevalenza di iscrizioni maschili (medicina dello sport e dell'esercizio fisico; malattie dell'apparato cardiovascolare) e solo due mostrano un sostanziale bilanciamento di genere, con percentuali comprese tra 45% e 55% (dermatologia e venereologia; malattie dell'apparato digerente). Per tutte le altre scuole, le iscrizioni femminili superano il 55% e in sette casi la quota femminile è superiore al 65% (neuropsichiatria infantile; pediatria; nefrologia; geriatria; medicina di comunità e delle cure primarie; scienza dell'alimentazione; oncologia medica). Interessante notare come molte di queste rispecchino lo stereotipo della cura e offrano una maggiore possibilità di conciliare vita privata e vita lavorativa (Davis e Allison, 2013). Questo scenario sembra confermare la riproduzione di un modello culturale in cui le donne si orientano di più verso le specializzazioni *person oriented* e *more plannable*, con una maggiore possibilità di conciliare vita professionale e familiare (Cavaletto, 2017).

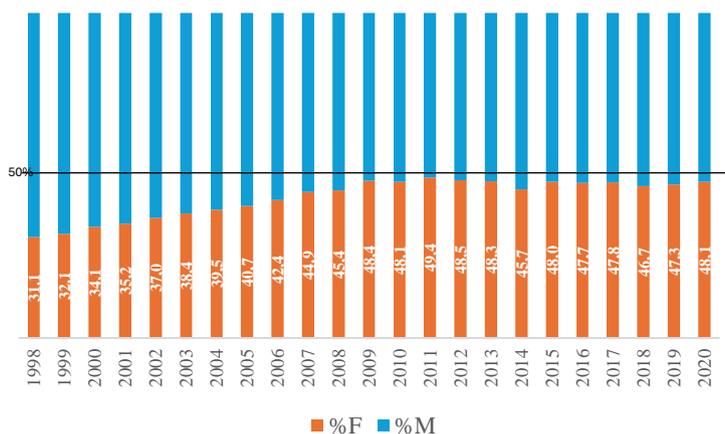
Figura 3. Tasso di femminilizzazione delle scuole di area medica nel 2020



Fonte: nostre rielaborazioni da Ministero dell'Università

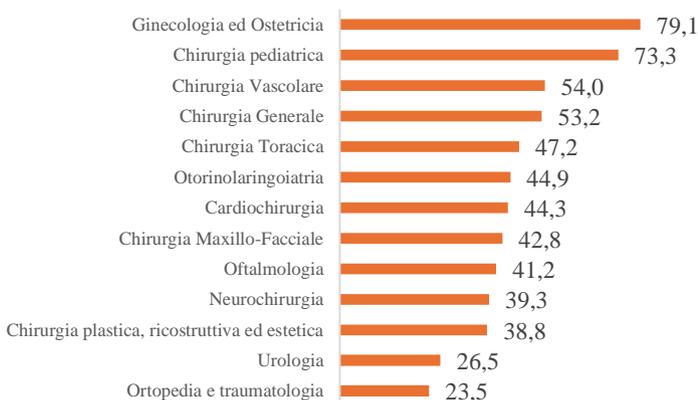
Anche per quanto riguarda l'area chirurgica, il trend delle iscrizioni mostra una progressiva crescita della componente femminile. Tuttavia, in quest'area specialistica la componente maschile resta, ancora oggi, maggioritaria, nonostante una chiara tendenza al bilanciamento di genere avvenuto nel corso degli ultimi anni (fig. 4). Scendendo nel dettaglio, delle 13 scuole che compongono questa area, otto restano ancora prevalentemente maschili, mentre tre risultano bilanciate (chirurgia generale; chirurgia vascolare; chirurgia toracica). Due i corsi con una maggiore presenza femminile: chirurgia pediatrica e ginecologia e ostetricia (fig. 5).

Figura 4. Percentuale di iscritti alle scuole di specializzazione dell'area chirurgica per genere e anno, 1998-2020



Fonte: nostre rielaborazioni da Ministero dell'Università

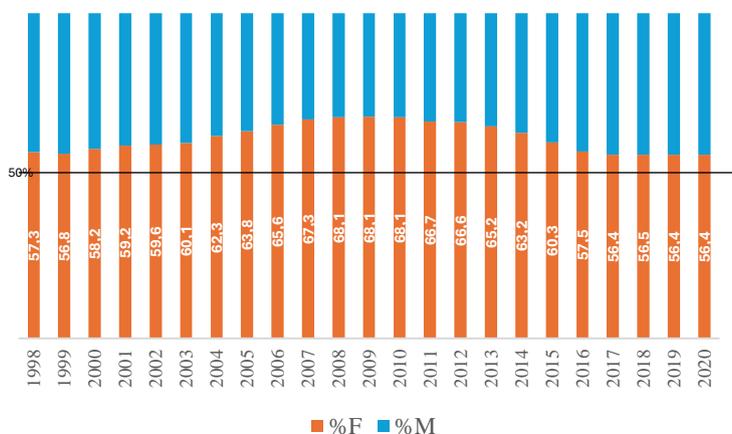
Figura 5. Tasso di femminilizzazione delle scuole di area chirurgica nel 2020



Fonte: nostre rielaborazioni da Ministero dell'Università

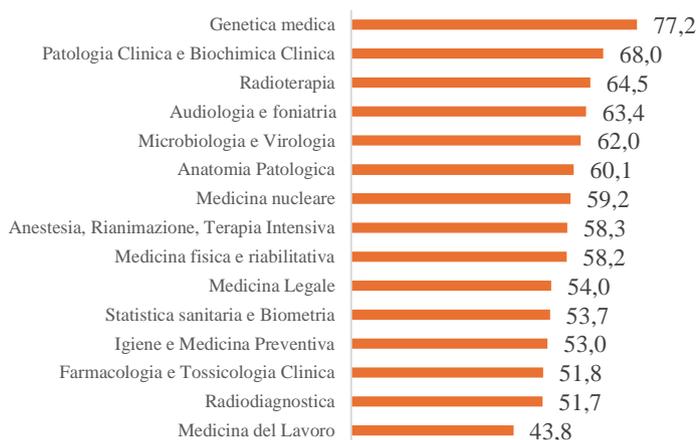
La terza area specialistica, quella dei servizi clinici mostra un andamento del tutto simile all'area medica, registrando una prevalenza di iscrizioni femminili; queste superano il 50% per tutti gli anni analizzati e un'incidenza, tra il 2006 e il 2013, superiore al 65% (fig. 6). Delle 15 scuole che compongono questa area, solo medicina del lavoro presenta un lieve sbilanciamento verso la componente maschile; cinque percorsi sono bilanciati (radiodiagnostica; igiene e medicina preventiva; medicina legale; statistica sanitaria e biometria; farmacologia e tossicologia clinica); mentre tutti gli altri sono prevalentemente femminili, con particolare evidenza di genetica medica e patologia clinica e biochimica clinica (fig. 7).

Figura 6. Percentuale di iscritti alle scuole di specializzazione dell'area dei servizi clinici per genere e anno, 1998-2020



Fonte: nostre rielaborazioni da Ministero dell'Università

Figura 7. Tasso di femminilizzazione delle scuole di area dei servizi clinici nel 2020



Fonte: nostre rielaborazioni da Ministero dell'Università

Dall'analisi della composizione di genere nelle scuole di specializzazione medica emerge, quindi, un quadro ben delineato della segregazione orizzontale presente in questo ambito. Le tre aree si distinguono per una presenza ampiamente maggioritaria delle donne nell'area medica, la più femminilizzata tra le tre; un'ampia presenza femminile nell'area dei servizi clinici, che tuttavia è anche quella che registra un numero maggiore di scuole con una quota bilanciata tra studentesse e studenti e, infine, una predominanza maschile tra le scuole di area chirurgica, solo parzialmente coinvolta dal processo di femminilizzazione.

All'interno delle tre aree sembra permanere, dunque, una forte differenziazione delle scelte formative basate su ruoli sociali e stereotipi di genere, che sottolineano la forte resistenza di tradizionali dinamiche segregative.

Questi processi di segregazione si ripercuotono, inevitabilmente, in ambito professionale. Come si può osservare in tabella 2, infatti, se consideriamo la composizione per aree dei dirigenti medici⁶, vale a dire di

⁶ In virtù dei dati disponibili, consideriamo in questo caso soltanto coloro che svolgono un'attività nel pubblico impiego. Ciò rappresenta, senza dubbio, un limite per la descrizione completa dei processi di segregazione verticale in ambito medico. Tuttavia, l'esistenza all'interno delle strutture operative del Servizio Sanitario Nazionale di una formalizzazione istituzionale di ruoli e funzioni gerarchicamente ordinati rende questa analisi particolarmente interessante per gli obiettivi di questo studio.

coloro che svolgono la propria attività medica in ambito ospedaliero in qualità di dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale, le donne sono il 57,5% del totale nell'area medica, il 34,1% nell'area chirurgica, il 56,2% nell'area dei servizi clinici.

Tabella 2. Dirigenti medico e Direttori di struttura complessa per aree mediche e genere, 2021

		F	M	%F
Dirigenti medico	Area medica	26665	19703	57,5
	Area chirurgica	8527	16492	34,1
	Area dei servizi clinici	16935	13207	56,2
	Totale	52127	49403	51,3
Direttori di struttura complessa (ex primari)	Area medica	639	2009	24,1
	Area chirurgica	89	1466	5,7
	Area dei servizi clinici	543	1251	30,3
	Totale	1271	4726	21,2

Fonte: nostra elaborazione su dati del Ministero della Salute

Tuttavia, è a livello di segregazione verticale che, tra i dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale, si rilevano le differenze più marcate. Se le mediche sono poco più della metà del personale (51,3%), tra coloro che occupano una posizione dirigenziale apicale, a capo di una struttura complessa, ritroviamo una donna ogni quattro uomini (21,2%). All'interno delle tre aree le differenze già evidenziate in precedenza emergono con ancora maggiore evidenza. Nonostante nell'area medica e nell'area dei servizi clinici le donne siano la maggioranza tanto delle specializzande quanto delle mediche, le donne a capo di strutture complesse in queste aree sono, rispettivamente, il 24,1% e il 30,3% del totale. Ma è, nuovamente, l'area chirurgica quella in cui emerge il più elevato gap di genere. In quest'area, infatti, ritroviamo una donna al vertice ogni, circa, venti uomini nello stesso ruolo (5,7%).

Nel complesso, quindi, i dati analizzati evidenziano come l'ambito medico in Italia sia attraversato, in un'ottica di genere, da importanti processi di cambiamento, evidenti soprattutto nella tendenza alla femminilizzazione della professione, ma anche dalla forte persistenza di alcuni meccanismi segregativi che prendono forma sia nei percorsi di formazione specialistica sia successivamente nella carriera.

4. STRUMENTI A CONTRASTO DELLA SEGREGAZIONE: I PROGRAMMI DI GENDER MENTORING

Dai paragrafi precedenti emerge come, coerentemente con quanto mostrato dalla letteratura internazionale, anche nel caso italiano i percorsi formativi e professionali in ambito medico siano fortemente affetti tanto da segregazione orizzontale - gender bias per specializzazione - quanto da segregazione verticale - carenza di donne in posizioni dirigenziali apicali.

Tra gli strumenti possibili per combattere entrambe le forme di segregazione il mentoring risulta essere uno dei più accreditati in letteratura (Gardiner et al., 2007). In termini generali, i programmi di mentorship sono definiti come una relazione a medio-lungo termine, reciprocamente vantaggiosa, tra due individui che occupano rispettivamente una posizione junior e una senior (Sambunjak et al., 2010). Si tratta di programmi relativamente diffusi in ambito accademico e professionale, che nel corso del tempo hanno trovato applicazione in ambito medico come forma di sostegno alla scelta del percorso specialistico da intraprendere, all'avanzamento di carriera e alla produttività nelle diverse fasi lavorative (Sambunjak et al., 2006; Bhatnagar et al., 2020). Sulla base di queste esperienze, contare su modelli professionali di riferimento sembra essere molto importante per i futuri medici, indipendentemente dal genere. Secondo la letteratura, le caratteristiche della figura di riferimento (role model) - che aiuta innanzitutto nella scelta della specializzazione e poi nel percorso di carriera - devono essere al contempo quelle del medico, dell'insegnante e della persona capace di accompagnare: il primo deve proporre una relazione medico-paziente d'ispirazione, eccellere nelle competenze cliniche e osservare il paziente nella sua interezza; il secondo deve essere entusiasta nell'insegnamento, capace di coinvolgere gli studenti e saper comunicare con loro; il terzo deve essere compassionevole, competente e, ancora una volta, incline all'entusiasmo (Ambrozy et al., 1997). Il role model degli specializzandi e delle specializzande e quindi anche di medici e mediche è dunque una figura composita, priva di caratteristiche stereotipiche solo maschili o solo femminili. Tuttavia, già in una ricerca della seconda metà del secolo scorso si sosteneva che le donne dovessero affrontare conflitti interiori legati alla percezione di sé e alla capacità di gestire la carriera e la maternità, soprattutto se la madre non era stata in tal senso un modello perché aveva svolto attività lavorative non sfidanti. Da qui si sottolineava l'importanza di avere una figura di riferimento femminile che avesse efficacemente risolto i propri conflitti personali e di carriera (Roeske e Lake, 1977) e che fungesse sia da guida sia da ispirazione (Pelley e Carnes, 2020).

Contributi recenti evidenziano che, sebbene non siano ancora disponibili solide evidenze circa l'effettivo impatto di questo strumento (Sambunjak et al., 2010; House et al., 2021), l'accesso a programmi di *mentorship* sembra influenzare positivamente le progressioni di carriera delle donne mediche, i loro indicatori di efficienza e produttività e, sul piano soggettivo, il loro grado di soddisfazione lavorativa (Cross et al., 2019).

Alla luce di questi risultati, in questo paragrafo ricostruiremo due esperienze di gender mentoring, tra le primissime avviate nel contesto italiano, con l'obiettivo di metterne in luce caratteristiche, potenzialità – anche in termini di estensione dello strumento – e limiti o difficoltà. Il primo caso, MentorWIS, rappresenta un dispositivo di contrasto alla segregazione orizzontale, vale a dire di contrasto alla penalizzazione di genere in alcune specializzazioni mediche, nello specifico chirurgia. Il secondo caso, il progetto di mentoring dell'associazione Leads – Donne Leader in Sanità, si focalizza invece sulla segregazione verticale che rende difficoltoso per le donne l'accesso alle posizioni apicali in ambito sanitario, siano esse di tipo medico o manageriale. Entrambe le esperienze sono ricostruite a partire dal materiale istituzionale disponibile e attraverso interviste semi-strutturate con le organizzatrici e responsabili dei progetti; nel secondo caso, inoltre, sono state condotte ulteriori quattro interviste a partecipanti al programma (due mentor e due mentee)⁷.

4.1. Programma MentorWIS

Il programma MentorWIS nasce dall'iniziativa delle socie fondatrici di Women in Surgery Italia, un'associazione aperta a professionisti, uomini e donne, che ha lo scopo di sostenere la carriera, la leadership e le possibilità di networking delle chirurghe italiane. Tra le diverse iniziative, nei mesi di novembre e dicembre 2020 l'associazione ha condotto una survey online sull'esperienza formativa e lavorativa di specializzande in chirurgia e chirurghe specializzate, con oltre 1.800 risposte (Parini et al., 2021). Dal questionario emerge una complessiva soddisfazione delle intervistate, che tuttavia denunciano di aver subito, nel loro percorso, atteggiamenti e comportamenti discriminatori sulla base del loro genere, in particolare per quanto riguarda possibilità formative, attribuzione di compiti rilevanti e opportunità di carriera. Sono riportate inoltre con frequenza molestie sessuali verbali e fisiche, solo in minima parte denunciate. Emerge infine un forte sbilanciamento in ambito familiare in relazione ai

⁷ Sono state quindi svolte nel complesso sei interviste, nei mesi di maggio e giugno 2024. Le interviste, di durata variabile tra i 35 e i 55 minuti, si sono svolte online e sono state registrate.

compiti di cura domestica e dei figli, di cui si fanno prevalentemente carico le donne anche quando sono, nella coppia, le più impegnate a livello lavorativo.

A partire da questi risultati e dal confronto con la letteratura, che evidenzia la rilevanza dei modelli di ruolo nelle prime fasi della carriera chirurgica (Faucett et al., 2017), Women in Surgery Italia elabora il progetto pilota MentorWIS, avviato nel 2022 in collaborazione con il Career Service dell'Università di Padova e l'Associazione Alumni all'interno di un più ampio progetto di mentoring universitario, denominato Mentor&Me, attivato per diversi ambiti professionali. Tra questi, il programma MentorWIS si distingue proprio in quanto strumento orientato sia a un supporto di tipo tecnico-formativo di natura professionale, sia al sostegno alle carriere femminili in un ambito come quello chirurgico tradizionalmente *male-dominated*. Per questo motivo, il programma si rivolge a studentesse dell'ultimo anno del corso di studi in Medicina e Chirurgia e specializzande della scuola di specializzazione in Chirurgia Generale (mentee) che vengono accompagnate da chirurghe e chirurghi (mentor) disponibili anche all'ascolto e al confronto su temi quali l'appartenenza a un gruppo minoritario e le dinamiche che ne possono derivare in ambito organizzativo, il bilanciamento tra impegno professionale e vita privata, la genitorialità e così via.

La prima edizione di MentorWIS ha visto la partecipazione di 18 mentee, selezionate tramite una call aperta, a cui sono state associate altrettanti mentor – sia uomini sia donne, con una preferenza, laddove possibile, per queste ultime – con almeno cinque anni di esperienza lavorativa. Il matching mentor-mentee è stato gestito dall'associazione Women in Surgery, con supporto amministrativo del personale universitario, a partire da una profilazione di tutti i partecipanti (mentor e mentee) attraverso un questionario e un'intervista focalizzati su aspetti sia personali (motivazioni, esperienze vissute o che si desiderano trasferire, ecc.) sia professionali (interessi clinici, traslazionali e di ricerca; specializzazione o desiderio di occuparsi di specifiche patologie). In un solo caso l'abbinamento iniziale è stato modificato, su richiesta delle partecipanti, perché mentor e mentee presentavano interessi professionali e di ricerca ritenuti troppo distanti fra loro.

Il programma ha quindi preso avvio concretamente a giugno 2022 e si è dispiegato per sei mesi, con almeno un incontro da remoto one-to-one al mese fino a novembre 2022. In questo periodo, alle mentee è stato chiesto di redigere su piattaforma dedicata un report di sintesi di ciascun incontro, riportando i temi trattati, con il duplice scopo di offrire uno spazio di riflessione sull'esperienza e di permettere all'organizzazione un

controllo circa la regolarità degli scambi in corso. Il programma ha inoltre previsto alcune sessioni di gruppo, distinte per mentor e mentee, nelle diverse fasi del progetto, oltre a due questionari qualitativi di valutazione dell'esperienza, uno intermedio e uno finale, rivolto alle mentee.

I risultati emersi appaiono positivi: quasi tutte le coppie hanno portato a termine il programma semestrale – tre mentee e un mentor hanno abbandonato prima della conclusione per ragioni di carattere personale – e, nel questionario di valutazione dell'esperienza, hanno espresso soddisfazione per la relazione instauratasi, che in alcuni casi è proseguita anche dopo il termine del progetto. Tra gli aspetti maggiormente apprezzati dalle mentee vi sono la dimensione di supporto personale, oltre che professionale, del mentoring; e il rapporto non eminentemente gerarchico creatosi in diversi casi, con uno scambio reciproco di opinioni e consigli all'interno della coppia mentor-mentee. A conclusione dell'esperienza i mentor – e in particolare le mentor – hanno manifestato entusiasmo per l'opportunità di aiutare giovani mediche o aspiranti mediche a districarsi in un contesto complesso, incarnando un modello che loro stessi avrebbero voluto incontrare nel loro percorso, e in molti casi si sono ricandidati al ruolo per le edizioni successive o hanno suggerito la partecipazione ad altri colleghi e colleghe.

Una seconda edizione del programma è stata organizzata nel corso del 2024. Dato il numero di richieste da parte di studentesse e specializzande e la disponibilità di mentor, il Career Service dell'Università di Padova ha proposto a Women in Surgery Italia di avviare due edizioni l'anno, della durata di sei mesi ciascuna. Tuttavia, al momento, questo impegno è valutato come troppo oneroso dall'associazione, in particolare per il lavoro preparatorio necessario al matching mentor-mentee. Se da un punto di vista sostanziale l'esperienza pilota si è infatti rivelata molto positiva, le principali difficoltà sono state registrate sul fronte organizzativo, in termini di coordinamento tra le diverse componenti che presiedono il processo di gestione e selezione, che è stato disegnato e implementato da zero dall'associazione.

4.2. Programma Mentoring di Leads – Donne Leader in Sanità

Il secondo programma di mentoring analizzato è quello di Leads – Donne Leader in Sanità, un'associazione che ha l'obiettivo di sostenere le donne nel raggiungimento di posizioni apicali in ambito sanitario sia ospedaliero (in strutture sanitarie pubbliche e private) sia aziendale (nella farmaceutica e nelle aziende di medical device). Tra le diverse iniziative promosse dall'associazione, vi sono webinar di approfondimento e sensibilizzazione sul gender gap e l'attribuzione di un premio annuale per le best

practices di valorizzazione delle carriere femminili, oltre alla creazione nel 2022 di un Osservatorio sulla equità di genere nella leadership in Sanità in collaborazione con la Luiss Business School.

L'avvio di un programma di mentoring nasce su stimolo di una giovane associata nel corso del 2023. Si tratta dunque di un progetto molto recente, che in questa sua prima edizione pilota non ha previsto una call aperta di selezione ma si è invece basato sulla segnalazione da parte di soci e socie di donne di loro conoscenza interessate a essere mentee. Anche la parte organizzativa e l'individuazione delle mentor è avvenuta su base interna: dal momento che alcune socie avevano già avuto esperienze nell'istituzione di programmi di *mentorship* in altre associazioni di valorizzazione delle carriere femminili, a loro è stata affidata la gestione dell'iniziativa. Ugualmente, nella ricerca delle mentor – tutte donne – sono state preferite coloro che avevano già avuto la possibilità di sperimentare precedentemente questo ruolo.

È stato quindi predisposto un questionario per le mentee e uno per le mentor e, a partire dalle risposte fornite, sono state formate 17 coppie. Tra gli aspetti indagati dal questionario, alcuni riguardano l'esperienza lavorativa (in quale ambito e con quali ruoli); altri il tipo di competenze e di leadership (come si affrontano alcune sfide, possibili aree di miglioramento individuate o competenze che si vorrebbero trasferire); altri ancora le preferenze e disponibilità in relazione al mentoring (incontri online e/o di persona, desiderio di affiancare o essere seguite da una persona del proprio settore specifico oppure no, preferenza per un matching con persona con ruolo e anzianità più o meno distanti dal proprio).

Per le mentee, il questionario si è soffermato poi sull'obiettivo del lavoro di mentoring: data la varietà di profili lavorativi disponibili tra le mentor, questo aspetto è risultato centrale nel matching mentor-mentee. Obiettivi focalizzati su specifiche sfide professionali hanno richiesto solitamente abbinamenti di persone con ruoli simili a punti diversi della carriera; viceversa, il desiderio di lavorare su aree che richiedono competenze di tipo soft – come il work-life balance, il public speaking, la capacità di networking, l'individuazione e l'estensione delle proprie aree di influenza, per citare alcuni degli aspetti indicati dalle mentee – hanno permesso matching di carattere più trasversale. In ogni caso, è stata mantenuta la possibilità di modificare l'abbinamento proposto, qualora apparisse non soddisfacente per le interessate: concretamente questo è avvenuto in un caso, a seguito dei dubbi manifestati da una mentor sulla propria capacità di seguire una mentee di un ambito lavorativo molto distante dal suo.

Il programma di *mentorship* vero e proprio ha preso avvio a fine 2023, anticipato da due momenti di presentazione dell'iniziativa e formazione dedicati rispettivamente alle mentor e alle mentee. In questi incontri, è stata esplicitata la responsabilità della mentee nell'avviare il primo contatto e organizzare i successivi scambi – presentata come un'assunzione di responsabilità verso il percorso di crescita che si desidera seguire. Si è richiamata inoltre l'attenzione delle partecipanti sull'importanza che il rapporto di mentoring si focalizzasse su un obiettivo o aspetto specifico, già inizialmente individuato ma da chiarire e rifinire anche con l'aiuto della mentor. Sono state fornite quindi alcune indicazioni di massima rispetto alla frequenza degli incontri (uno o due al mese) e alla durata del programma (da concludere entro sei o nove mesi), ma al di là di questo è stata assicurata autonomia e flessibilità a ciascuna coppia nelle modalità di incontro e lavoro. In alcuni casi, ad esempio, la mentor ha affidato alcuni "esercizi" alla sua mentee, chiedendole di lavorare sulle mappe organizzative della propria azienda per identificare possibili aree di azione; in altri casi, la mentee ha chiesto, in aggiunta agli incontri canonici, di affiancare la propria mentor per una intera giornata lavorativa.

Nel corso dello svolgimento del programma, le organizzatrici hanno utilizzato saltuariamente una chat collettiva per lanciare alcuni stimoli e avere un canale aperto in grado di intercettare sul nascere eventuali criticità. A conclusione del programma, sono stati previsti due incontri, distinti per mentor e mentee, di confronto sul percorso fatto, e la somministrazione di un questionario di valutazione dell'esperienza e di efficacia del lavoro svolto. Trattandosi di un'edizione pilota del progetto, l'obiettivo è infatti raccogliere indicazioni circa cosa ha funzionato e cosa meno, per poter poi introdurre eventuali modifiche in vista di una istituzionalizzazione del programma.

5. DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Il quadro che abbiamo ricostruito nel paragrafo 3 ha evidenziato come, pur a fronte di una progressiva e complessivamente marcata femminilizzazione, forme di segregazione orizzontale e verticale permangono ancora in ambito medico. Se osserviamo le scuole di specializzazione, il processo di riequilibrio di genere non ha impattato allo stesso modo dappertutto - l'ingresso delle donne avviene in modo significativamente minore in molti corsi di chirurgia, ad esempio. Ci sono poi diversi corsi - come ortopedia e traumatologia, urologia, medicina dello sport - che re-

stano roccaforti maschili, mentre altri sono ancora prerogativa prevalentemente femminile (neuropsichiatria infantile, pediatria, scienza dell'alimentazione, ginecologia e ostetricia).

Spostando l'attenzione verso le progressioni di carriera di medici e mediche già in attività, la disparità emerge in modo ancora più forte. Le donne sono infatti significativamente sottorappresentate nelle posizioni apicali in tutte le aree mediche, con particolare evidenza, nuovamente, nell'area chirurgica, dove le donne direttrici di struttura complessa sono solo poco più di una ogni 20 uomini.

Intervenire su questi squilibri non è facile. Tra le vie possibili, lo strumento relazionale del mentoring rivolto a specializzande e giovani mediche risulta essere uno dei più indagati in letteratura e diffusi nella pratica. Abbiamo quindi scelto di approfondire due esperienze di mentoring da poco avviate in Italia in questo ambito, a contrasto rispettivamente della segregazione orizzontale e verticale.

I due casi presentati mostrano tratti in comune, ma anche alcune peculiarità (tabella 3), in parte determinate dal diverso tipo di pubblico a cui si rivolgono. La presenza di forti differenze tra i programmi di mentorship è d'altronde un tema trattato in letteratura, dove si evidenzia una certa flessibilità in relazione alla concettualizzazione dello strumento del mentoring (durata, formalizzazione, impegno, e competenze richieste), anche per via del suo carattere spesso spontaneo e scarsamente istituzionalizzato nelle organizzazioni formative e sanitarie (Cross et al., 2019).

Il programma dell'associazione Leads - Donne Leader in Sanità sembra avvicinarsi maggiormente all'idealtipo del mentoring - focalizzato sul fornire una guida e un modello di ruolo a coloro che occupano posizioni junior - rispetto al programma MentorWIS, in cui sono presenti anche alcuni aspetti del tutoring e del coaching, orientati alla trasmissione di competenze professionali specifiche (Garvey et al., 2021).

Oltre al diverso fuoco su *hard skills* e *soft skills*, i due progetti si differenziano anche per una diversa attenzione nella definizione degli obiettivi della relazione. Benché in entrambi i casi il programma abbia una durata predefinita e piuttosto breve (6-9 mesi), Leads insiste molto sulla definizione di un obiettivo specifico da perseguire con il proprio mentor, mentre MentorWIS offre maggiori opportunità di spaziare su tematiche diverse, offrendo dunque una guida più diffusa, con il rischio però di risultare dispersiva.

Tabella 3. Confronto tra i programmi di mentoring MentorWIS e Leads - Donne Leader in Sanità.

	Programma MentorWIS	Programma Leads
<i>Stimolo iniziale</i>	Survey online a specializzande e chirurghe	Proposta di giovani associate
<i>Organizzatori</i>	Associazione con Università di Padova e Associazione Alumni	Associazione
<i>Selezione mentor e mentee</i>	Call nazionale aperta	Interna all'associazione o basata su segnalazioni di soci e socie
<i>Profili professionali coinvolti</i>	Chirurghi/e	Mediche, dirigenti ospedaliere, professioniste in ambito farmaceutico e medical device
<i>Genere mentor</i>	Uomini e donne (con preferenza per donne)	Donne
<i>Genere mentee</i>	Donne	Donne
<i>Modalità matching</i>	Sulla base di questionario e colloquio a mentor e mentee	Sulla base di questionario a mentor e mentee
<i>Gestione matching</i>	Associazione con supporto personale universitario	Associazione
<i>Ampiezza programma</i>	18 coppie mentor-mentee	17 coppie mentor-mentee
<i>Durata</i>	6 mesi	6-9 mesi
<i>Frequenza incontri</i>	Uno al mese	Uno o due al mese
<i>Modalità incontri</i>	Online	Online o in presenza
<i>Formazione iniziale</i>	Non specificato	Sì, distinta per mentor e mentee
<i>Monitoraggio</i>	Report di ogni incontro da parte della mentee + incontri intermedi e finali per mentor e mentee + questionario intermedio e finale per mentee	Via chat nel corso del programma + incontri finali distinti per mentor e mentee + questionario per mentor e mentee

Fonte: nostra elaborazione da analisi materiale documentale e interviste

Questi diversi orientamenti si riflettono anche nel processo di abbinamento tra mentor e mentee: l'intento implicito di MentorWIS di coniugare tutoring, coaching e mentoring in un unico programma favorisce un matching basato sulla specifica specializzazione e area di interesse professionale, mentre il lavoro per obiettivi permette a Leads un abbinamento in parte trasversale alle diverse figure professionali. Tale specificità riflette, ovviamente, anche le caratteristiche intrinseche dei due programmi: laddove lo scopo è il sostegno al raggiungimento di posizioni apicali, il focus sulle *soft skills* e il matching trasversale risultano essere particolarmente funzionali (Shen et al., 2022).

Nella loro realizzazione, i due casi condividono - oltre alla durata del percorso - un elevato grado di autonomia della coppia mentor-mentee nell'organizzazione e nella gestione degli incontri. In entrambe le esperienze, sono le partecipanti a definire se e come sviluppare la loro relazione, con obblighi minimi di un appuntamento al mese, in presenza oppure online⁸. Alcune differenze emergono invece nel momento successivo agli incontri: MentorWIS, anche per via della sua affiliazione a un progetto istituzionalizzato gestito dall'Università di Padova, agisce un monitoraggio ex post più rigoroso, richiedendo un resoconto - pur non dettagliato - degli incontri. Viceversa, Leads garantisce una maggiore riservatezza sui singoli scambi, limitandosi alla richiesta alle partecipanti di una valutazione finale dell'esperienza complessiva.

Una riflessione specifica deve essere dedicata al ruolo di mentor, vista la sua complessità. Nel programma Leads sono state selezionate solo mentor donne che avevano già svolto in passato questo ruolo, mentre nel programma MentorWIS esperienza e genere femminile non erano requisiti fondamentali ma, laddove possibile, sono stati preferiti. Anche se sono stati predisposti alcuni momenti formativi iniziali, sembra dunque diffusa la convinzione che le competenze necessarie a svolgere al meglio il ruolo di mentor si acquisiscano prevalentemente attraverso l'esperienza e non siano facilmente codificabili o trasmissibili. Questo dipende anche dalla natura personale e relazionale del compito, che richiede dedizione, disponibilità, fiducia nel percorso di crescita altrui e capacità di creare un clima al tempo stesso sicuro, in cui è possibile sbagliare, e sfidante (Cross et al., 2019). Le *mentorship* che sembrano dare i migliori risultati sono inoltre quelle che riescono a raggiungere un buon equilibrio tra il ruolo di

⁸ Il mentoring online si è fortemente diffuso negli ultimi anni, in particolare a seguito della pandemia da Covid-19. Se da un lato la possibilità di effettuare gli incontri da remoto semplifica e aumenta le possibilità di scambio nella coppia mentor-mentee, estendendo anche il raggio territoriale di reclutamento delle partecipanti, dall'altro lato non è ancora chiaro se il mentoring online costituisca un pieno sostituto funzionale del mentoring in presenza (Zibold et al., 2021).

guida esercitata dal mentor e i processi di apprendimento reciproco, che introducono alcuni elementi di *reverse mentoring* e arricchiscono tutti i partecipanti, mentor inclusi⁹ (Rowley, 1999; Hayes, 2005).

In relazione alla congruenza di genere tra mentor e mentee, la letteratura non individua modelli univoci. Si evidenzia però come il matching tra partecipanti di genere femminile risulti particolarmente funzionale nel fornire alle più giovani un modello di ruolo sia professionale sia nel bilanciamento vita-lavoro, mentre la presenza di mentor uomini sembra più efficace nel sostenere concretamente lo sviluppo di carriera (Sosik e Godshalk, 2000). Ricerche recenti confermano questo tratto, mostrando peraltro come la relazione con una mentor donna sia cruciale nel percorso di giovani mediche in specializzazioni sfidanti e *male-dominated* come la chirurgia (Faucett et al., 2017). Da questo punto di vista, dunque, la preferenza dei due programmi analizzati per mentor donne appare coerente e utile in particolare a fornire modelli di ruolo femminili in specialità o posizioni apicali in cui le donne sono sotto-rappresentate; tuttavia altri strumenti, anche complementari al mentoring, potrebbero essere integrati per favorire il percorso di carriera. Rispetto al mentoring femminile bisogna infine evidenziare che, data la scarsa presenza di donne in alcuni ambiti e livelli occupazionali, può non essere sempre facile trovare figure disponibili a svolgere il ruolo di mentor (Levinson et al., 1991), sia per il numero ridotto di partenza sia per l'impegno richiesto. Come ricordano Paice e colleghi (2002), infatti, essere mentor può essere estremamente oneroso in termini di tempo – per la formazione e per la costruzione di una relazione di fiducia – e non sempre questo è compatibile con carriere impegnative ed equilibri familiari.

In ultimo, l'analisi di singoli programmi di mentoring non può essere separata dalle caratteristiche e dagli obiettivi di coloro che li promuovono. In entrambi i casi mostrati, i percorsi sono stati ideati e almeno parzialmente condotti da associazioni focalizzate sul sostegno alle carriere femminili in ambito medico e sanitario. Con la *mentorship*, queste associazioni si rivolgono contemporaneamente al loro interno, dando la possibilità di accedere al programma alle proprie associate (sia junior sia senior, in un'ottica di apprendimento reciproco e riflessione sul proprio ruolo); e all'esterno, con obiettivi più o meno espliciti di allargamento della propria base associativa e di estensione della propria rete di in-

⁹ Il *reverse mentoring* prevede un ribaltamento di ruoli tale per cui è l'individuo con una posizione junior ad assumere il ruolo di mentor nei confronti di un collega senior, che beneficia della relazione acquisendo sia competenze aggiornate, sia una diversa prospettiva generazionale (Marcinkus Murphy, 2012).

fluenza. Il rapporto con altre agenzie formative e professionali - e, di conseguenza, il grado di istituzionalizzazione del programma - differisce però notevolmente nei due casi: MentorWIS, come già richiamato, nasce su proposta esterna ma di fatto prende poi forma nell'ambito del progetto Mentor&Me dell'Università di Padova, adottandone fin da subito le procedure standardizzate e potendo beneficiare di sostegno amministrativo. Viceversa, il programma Leads risulta del tutto autogestito dall'associazione, caratteristica che gli conferisce maggiore flessibilità, anche in prospettiva, ma al contempo oneri di avvio e di gestione più gravosi. Nondimeno, la realizzazione del programma Leads è stata resa possibile grazie alle competenze di mentoring maturate da alcune socie in altre associazioni votate all'inclusività. Con gradi diversi, entrambe le esperienze analizzate si collocano dunque all'interno di una filiera di progetti analoghi, da cui traggono competenze e risorse.

Il network di attori e istituzioni coinvolte sembra dunque essere un punto centrale nella valutazione dei percorsi di mentoring. I due casi analizzati presentano gradi di istituzionalizzazione diversa, come abbiamo visto, ma la *mentorship* risulta comunque sempre esterna e separata rispetto ai contesti formativi e lavorativi in cui le mentee sono inserite. Si tratta di programmi focalizzati sulle singole partecipanti e sul loro percorso di apprendimento e carriera, che non coinvolge né sembra andare a incidere direttamente sulle scuole di specializzazione o sulle aziende sanitarie in cui esse si formano e lavorano. Il fatto che la *mentorship* propo- sta sia esterna agli specifici contesti organizzativi può costituire un valore, dal momento che porta capacità attivatrici provenienti da fuori e favorisce l'acquisizione di uno sguardo nuovo. D'altra parte, però, può anche rappresentare un limite: anche quando questo tipo di mentoring si rivela fruttuoso, infatti, la sua incidenza è prevalentemente a livello individuale, con un effetto diretto concentrato sulla carriera della partecipante. La struttura di opportunità differenziata per genere che caratterizza il contesto organizzativo in cui la mentee è inserita difficilmente viene però modificata. In altri termini, possiamo osservare un percorso individuale che, in assenza di altre misure, non si traduce in un cambiamento sistemico, tale per cui il successo di una favorisce la rimozione di ostacoli per una platea più ampia di donne. Come sottolineato da Cross e colleghi (2019), peraltro, l'efficacia stessa della *mentorship* è condizionata, oltre che da dinamiche personali e relazionali, anche da fattori organizzativi. Se da un lato, dunque, i programmi di mentoring possono costituire uno strumento prezioso e innovativo per il contrasto al gender bias in ambito medico, dall'altro lato il coinvolgimento diretto delle organizzazioni di formazione e lavoro in questo settore, con una gamma di interventi più ampi,

sembra essere imprescindibile per superare la segregazione orizzontale e verticale osservata.

ACKNOWLEDGMENT

Articolo realizzato nell'ambito del progetto "Gender Segregation in Specialised Medical Training" finanziato dall'Unione europea- Next Generation EU, Missione 4 Componente 2, progetto P2022XL8PW.

BIBLIOGRAFIA

- ALI, A., SUBHI, Y., RINGSTED, C., KONGE, L. (2015). Gender differences in the acquisition of surgical skills: a systematic review. *Surgical endoscopy*. 29(11): 3065-3073.
- ALOBALID, A. M., GOSLING, C. M., KHASAWNEH, E., et al. (2020). Challenges faced by female healthcare professionals in the workforce: a scoping review. *Journal of multidisciplinary healthcare*. 13:681-69.
- AMBROZY, D. M., IRBY, D. M., BOWEN, J. L., et al. (1997). Role models' perceptions of themselves and their influence on students' specialty choices. *Academic Medicine*. 72(12): 1119-21.
- ARRIZABALAGA, P., ABELLANA, R., VIÑAS, O., MERINO, A., ASCASO, C. (2014). Gender inequalities in the medical profession: are there still barriers to women physicians in the 21st century? *Gaceta Sanitaria*. 28(5): 363-368.
- BARONE, C. (2011). Some things never change: Gender segregation in higher education across eight nations and three decades. *Sociology of education*. 84(2): 157-176.
- BARONE, C., ASSIRELLI, G. (2022). Gender segregation in higher education: an empirical test of seven explanations. *Higher Education*. 79(1): 55-78.
- BHATNAGAR, V., DIAZ, S., BUCUR, P. A. (2020). The need for more mentorship in medical school. *Cureus*. 12(5):e7984
- BOURDIEU, P., WACQUANT, L. (1992). *An Invitation to Reflexive Sociology*. Chicago: Chicago University Press.
- BRONZINI, M., SPINA, E. (2008). Le professioniste del duemila. In M. G. Vicarelli, (2008). *Donne di medicina. Il percorso professionale delle donne medico in Italia* (pp. 115-140). Bologna: Il Mulino.
- BUCHMANN, C., DIPRETE, T.A., MCDANIEL, A. (2008). Gender Inequalities in Education. *Annual Review of Sociology*. 34(1): 319-337
- BURGESS, S., SHAW, E., ELLENBERGER, K., et al. (2018). Women in medicine: addressing the gender gap in interventional cardiology.
-

- Journal of the American College of Cardiology*. 72(21): 2663-2667.
- CASTELLS, M. (1996) *The Information Age; Volume 1: The Rise of the Network Society*. Oxford: Blackwell.
- CAVALETTO, G. M., (2017). Che genere di medicina? Fenomeni di segregazione occupazionale dentro la professione. *Sociologia del lavoro*. 148(4): 37-55.
- CHEKIJIAN, S., KINSMAN, J., TAYLOR, R. A., et al. (2021). Association between patient-physician gender concordance and patient experience scores. Is there gender bias?. *The American Journal of Emergency Medicine*. 45: 476-482.
- CHIU, H. Y., KANG, Y. N., WANG, W. L., et al. (2020). Gender differences in the acquisition of suturing skills with the da Vinci surgical system. *Journal of the Formosan Medical Association*. 119(1): 462-470.
- CROSS, M., LEE, S., BRIDGMAN, H., et al. (2019) Benefits, barriers and enablers of mentoring female health academics: An integrative review. *PLoS ONE*. 14(4): e0215319.
- DAVIS, G., ALLISON, R. (2013). Increasing representation, maintaining hierarchy: An assessment of gender and medical specialization. *Social Thought & Research*. 32:17-45.
- ERRANI, C., TSUKAMOTO, S., KIDO, A., et al. (2021). Women and men in orthopaedics. *SICOT-J*, 7(20):1-7.
- FADER, A. N., WANG, K. C., WETHINGTON, S. L. (2022). The Glass Ceiling in Obstetrics and Gynecology: Breakable but Still a Barrier. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*. 29(8): 915-916.
- FAUCETT, E. A., MCCRARY, H. C., MILINIC, T., et al. (2017). The role of same-sex mentorship and organizational support in encouraging women to pursue surgery. *The American Journal of Surgery*. 214(4): 640-644.
- GAIASCHI, C. (2019). Same job, different rewards: The gender pay gap among physicians in Italy. *Gender, Work & Organization*. 26(11): 1562-1588.
- GAIASCHI, C. (2022). *Doppio Standard. Donne e carriere scientifiche nell'Italia contemporanea*. Milano: Carocci.
- GARDINER, M., TIGGEMANN, M., KEARNS, H., MARSHALL, K. (2017) Show me the money! An empirical analysis of mentoring outcomes for women in academia. *Higher Education Research & Development*. 26(4): 425-42.
- GARVEY, B., GARVEY, R., STOKES, P. (2021). *Coaching and mentoring: Theory and practice*. London: Sage.
- HAYES, E. F. (2005). *Approaches to mentoring: How to mentor and be*
-

- mentored. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*. 17(11): 442-445.
- HEILIGERS, P. J. (2012). Gender differences in medical students' motives and career choice. *BMC medical education*. 12: 1-11.
- HOUSE, A., DRACUP, N., BURKINSHAW, P., et al. (2021). Mentoring as an intervention to promote gender equality in academic medicine: a systematic review. *BMJ open*. 11(1): e040355.
- JEFFERSON, L., BLOOR, K., MAYNARD, A. (2015). Women in medicine: historical perspectives and recent trends. *British medical bulletin*. 114(1): 5-15.
- LAU, E. S., HAYES, S. N., VOLGMAN, A. S., et al. (2021). Does patient-physician gender concordance influence patient perceptions or outcomes?. *Journal of the American College of Cardiology*. 77(8): 1135-1138.
- LEVAILLANT, M., LEVAILLANT, L., LEROLLE, N., et al. (2020). Factors influencing medical students' choice of specialization: A gender based systematic review. *EClinicalMedicine*. 28:100589.
- LEVINSON, W., KAUFMAN, K., CLARK, B., TOLLE, S. W. (1991). Mentors and role models for women in academic medicine. *Western Journal of Medicine*. 154(4): 423.
- MANUEL, R. S., BORGES, N. J., JONES, B. J. (2009). Person-oriented versus technique-oriented specialties: Early preferences and eventual choice. *Medical education online*. 14(1): 4504.
- MARCINKUS MURPHY, W. (2012). Reverse mentoring at work: Fostering cross-generational learning and developing millennial leaders. *Human Resource Management*. 51(4): 549-573.
- MOBERLY, T. (2018). A fifth of surgeons in England are female. *Bmj*, 363.
- MILLER, E. K., LAPORTE, D. M. (2015). Barriers to women entering the field of orthopedic surgery. *Orthopedics*. 38(9): 530-533.
- OECD (2023), Health at a Glance 2023: OECD Indicators, Paris, OECD Publishing.
- PAICE, E., HEARD, S., MOSS, F. (2002). How important are role models in making good doctors? *Bmj*. 325(7366): 707-710.
- PARINI, S., LUCIDI, D., AZZOLINA, D., VERDI, D., FRIGERIO, I., GUMBS, A. A., SPOLVERATO, G. (2021). Women in surgery Italia: national survey assessing gender-related challenges. *Journal of the American College of Surgeons*. 233(5): 583-592.
- PELLEY, E., CARNES, M. (2020). When a specialty becomes "women's work": trends in and implications of specialty gender segregation in medicine. *Academic Medicine*. 95(10): 1499-1506.
-

- PURCELL, D., MACARTHUR, K. R., & SAMBLANET, S. (2010). Gender and the glass ceiling at work. *Sociology Compass*. 4(9): 705-717.
- REED, V., BUDDENBERG-FISCHER, B. (2001). Career obstacles for women in medicine: an overview. *Med Educ*. 35(2):39-147
- RISKA, E. (2010). *Women in the medical profession: international trends*. In *The Palgrave handbook of gender and healthcare* (pp. 389-404). London: Palgrave Macmillan UK.
- ROESKE, N. A., LAKE, K. (1977). Role models for women medical students. *Academic Medicine*. 52(6): 459-66.
- ROWLEY, J. B. (1999). The good mentor. *Educational leadership*. 56(8): 20-22.
- SAMBUNJAK, D., STRAUS, S. E., MARUŠIĆ, A. (2006). Mentoring in academic medicine: a systematic review. *Jama*. 296(9): 1103-1115.
- SAMBUNJAK, D., STRAUS, S. E., MARUŠIĆ, A. (2010). A systematic review of qualitative research on the meaning and characteristics of mentoring in Academic Medicine. *Journal of General Internal Medicine*. 25(1): 72-78.
- SANFEY, H. A., SAALWACHTER-SCHULMAN, A. R., NYHOF-YOUNG, J. M., et al. (2006). Influences on medical student career choice: gender or generation? *Archives of surgery*. 141(11): 1086-1094.
- SCHEEREN, L; BOL, T. (2022) Gender inequality in educational performance over the school career: The role of tracking. *Research in Social Stratification and Mobility*. 77: 100661.
- ŠIMUNOVIĆ, M., BABAROVIĆ, T. (2020). The role of parents' beliefs in students' motivation, achievement, and choices in the STEM domain: a review and directions for future research. *Social Psychology of Education*. 23(3): 701-719.
- SOSIK, J. J., GODSHALK, V. M. (2000). The role of gender in mentoring: Implications for diversified and homogenous mentoring relationships. *Journal of Vocational Behavior*. 57(1): 102-122.
- TRINH, L. N., O'RORKE, E., MULCAHEY, M. K. (2021). Factors influencing female medical students' decision to pursue surgical specialties: a systematic review. *Journal of Surgical Education*. 78(3): 836-849.
- VAN DER HORST, K., SIEGRIST, M., ORLOW, P., GIGER, M. (2010). Residents' reasons for specialty choice: influence of gender, time, patient and career. *Medical education*. 44(6): 595-602.
- VICARELLI, M. G. (2008). Dall'esclusione all'inclusione. In M. G. Vicarelli, (2008). *Donne di medicina. Il percorso professionale delle donne medico in Italia* (p.p. 17-30). Bologna: Il Mulino.
- ZIBOLD, J., GERNERT, J. A., REIK, L. J. U., et al. (2021). Adaptations to
-

mentoring and peer mentor training at the medical faculty during the COVID-19 pandemic. *GMS Journal for Medical Education*. 38(1): Doc8.

ZIEGLER, S., ZIMMERMANN, T., KRAUSE-SOLBERG, L., ET AL. (2017). Male and female residents in postgraduate medical education—A gender comparative analysis of differences in career perspectives and their conditions in Germany. *GMS journal for medical education*, 34(5): Doc53.