

Numero 2 - 2017
Speciale

d!

d!rigenza medica

Numero
Speciale

Per un sindacato
a misura di donna
L'editoriale del Segretario
Nazionale Anaa Assomed

Le relazioni e le conclusioni
della II Conferenza
Anaa Donne

Il mensile dell'Anaa Assome

ANAAO ASSOME
ASSOCIAZIONE MEDICI DIRIGEN



NAPOLI, 14 DICEMBRE 2016

Donne, sanità, sindacato

LA II CONFERENZA
NAZIONALE
ANAAO DONNE



editoriale

Per un sindacato a misura di donna

COSTANTINO TROISE
*Segretario Nazionale
Anaa Assomed*

La II Conferenza Nazionale delle Donne Anaa Assomed si svolge, a distanza di 4 anni dalla prima, in un momento critico per la sanità italiana. Alle prese, come da anni andiamo denunciando, con una operazione politica malamente travestita da operazione contabile che, attraverso la diminuzione del perimetro della tutela pubblica della salute e l'attacco ai professionisti, sta cambiando la "pelle" del SSN, tagliando pesantemente qualità e quantità delle prestazioni erogate ai cittadini, peggiorando le condizioni di lavoro, portando via pezzi di equità ed universalismo.

In questo scenario avanza una impetuosa transizione di genere, con un impatto, sulla medicina e sulla sanità, non inferiore a quello della transizione demografica ed epidemiologica. Oggi la sanità è donna, grazie ad una crescita numerica, e professionale, costante, non più circoscritta alle categorie storicamente femminili.

Una associazione come l'Anaa non può non assumere questo fenomeno all'interno delle proprie proposte strategiche, come parte essenziale e costitutiva di un sindacato moderno, chiamato a dare anche una compiuta visione di genere ad esigenze e legittimi interessi di categorie professionali in rapida mutazione. Mettendola alla prova dei contratti, delle leggi, della prassi di un sindacato che non vuole, e non può, rimanere arroccato a vecchi paradigmi, come se la crescita delle donne, anche tra gli iscritti, fosse semplicemente un fenomeno di costume.

Questo vuol dire che l'Anaa Assomed intende ribadire, anche con la II Conferenza, l'impegno, assunto nello Statuto del 2013, di rileggere teoria e prassi del sindacato alla luce della differenza di genere e far sì che, anche da un punto di vista organizzativo, cresca la rappresentanza e la partecipazione delle intelligenze professionali che si avviano a diventare maggioranza nel sistema sanitario.

L'ingresso delle donne in sanità non è neutro ma portatore di esigenze che obbligano a ragionare su modifiche della organizzazione del lavoro positive per tutti, a pensare a nuovi modelli che recuperino i valori professionali ed i tempi di vita, che si prendano cura del nostro lavoro per permetterci di meglio prenderci cura dei cittadini. Il conflitto evidente tra organizzazione del lavoro e sistema di tutele può risolversi solo con un cambiamento della organizzazione, e non con una sconfitta del sistema dei diritti, in un gioco a somma zero che pensa di potere dare un diritto in più a qualcuno soltanto togliendolo ad un altro. Il ricambio di gruppi dirigenti che ci attende, generazionale e, speriamo, di genere, deve portare l'Anaa all'altezza della sfida che la transizione di genere pone, vincendo le resistenze proprie di ogni gruppo organizzato, sollecitandola a ripensare e rivedere la propria attività, ad includere meriti e valorizzare disponibilità e differenze.

Anche se "la cultura viaggia al tempo dei secoli" (Confucio), noi dobbiamo realizzare il cambiamento necessario, sia organizzativo che culturale, in tempi ravvicinati.

Nei suoi 60 anni di vita l'Anaa ha avuto l'obiettivo di tenere insieme gli interessi della categoria con gli interessi dei cittadini. Oggi occorre legare la galassia degli interessi, di lavoro e di "genere", al sistema sanitario pubblico, dotandosi di una bussola in grado di compiutamente interpretare e rappresentare le nuove istanze di cui l'altra metà del cielo è portatrice. Nella sanità e nel sindacato.



Donne, sanità, sindacato

Il come e il perché di un corso di formazione

Le donne si troveranno a breve ad ereditare il mondo delle cure, a livelli apicali di responsabilità e rappresentatività, non ultimo nel sindacato. Il mondo delle cure sarà per questo sempre più a misura di donna? Che cosa si intende per mondo delle cure a misura di donna? E che cosa ci viene in mente quando associamo il sindacato medico alle donne? Quando le vite delle donne, da sempre associate alla cura del mondo, si sono incrociate direttamente nella società con la lotta per condizioni e relazioni migliori per sé e per gli altri?

SPECIALE

**Donne
Sanità
Sindacato**

1) David Noble
*Un mondo senza donne e
la scienza occidentale,*
Bollati Boringhieri,
Torino 1994

Come sappiamo, non possiamo andare molto indietro nella storia, anche in epoca moderna, perché questa per molto tempo è stata scritta dagli uomini, come afferma lo storico Noble (1). D'altronde solo a partire dal XIX secolo disponiamo di una storia delle classi lavoratrici e, quindi, delle organizzazioni che hanno fatto la storia dei lavoratori, i sindacati.

Quando, allora, possiamo datare l'inizio dell'entrata delle donne sulla scena pubblica?

Numerosi negli ultimi anni sono stati i convegni che in tema di donne e lavoro hanno denunciato disegualianze e negazione di pari trattamenti sociali, come ad esempio è il permanere di minore trattamento pensionistico per la donna, a parità di anni di lavoro e uguali mansioni. Nello spe-

cifico, in Anaa Assomed ci sono state almeno tre occasioni finalizzate alla riflessione sul rapporto Donne e Medicina: il primo convegno nazionale *Donne in Medicina: Una nuova sfida per la sanità del futuro*, Roma 12 Dicembre 2012;

il seminario satellite *Donne, Medicina e Rappresentanza Democratica*, nell'ambito del Congresso nazionale di Padova del 2014;

il convegno *Precarietà Lavorativa: Ipotesi di Guida per la Tutela dei Diritti Negati della Donna Lavoratrice*, organizzato a dalla Fondazione Pietro Paci a Napoli nell'ottobre 2016.

Schematicamente si può dire che quattro anni fa ci si poneva il problema delle difficoltà del lavoro delle donne in ambito medico, successivamente ripreso nell'ultimo convegno con la denuncia di evidenti disparità. Con il seminario di Padova si introduceva il concetto di *differenza*, e veniva per la prima volta messa a fuoco la mutata natura della rappresentanza.

Iniziava una riflessione sul futuro dei modelli organizzativi e dei rapporti solidaristici tra i vari protagonisti del mondo delle cure, che sarebbe continuata col Convegno *"Il mestiere delle cure. La trasformazione dei luoghi e del lavoro in sanità"*, Torino 2014. Dove avrebbero portato queste trasformazioni, e come si sarebbero intrecciate con la cosiddetta femminilizzazione della Medicina? Inoltre, si ponevano con urgenza i problemi di nuove identità sindacali insieme a linguaggi, orizzonti di sostenibilità ed etiche in rapido mutamento.

Un passo indietro

Non conoscevamo se esistesse un modo di essere sindacato *declinato al femminile*, se cioè anche in questo ambito si possa osservare quanto appare in politica e nelle professioni. Attraverso l'Osservatorio Femminile della Condizione Femminile, in Medicina, ci chiediamo allo stesso modo se esista un modo femminile di fare Medicina, studiarla, insegnarla, praticarla, in un contesto storico in cui da tale trasmissione del sapere le donne sono state estromesse, all'inizio dell'epoca moderna. Questa domanda è fondamentale oggi. Guardando al mondo delle professioni e in politica, da tempo si sottolinea che oramai le donne sono largamente presenti, e in Medicina quasi in maggioranza. Ma non è il dato numerico, per quanto impressionante, ad essere in questione: come ricorderemo, alcune grandi potenze, come quella



La sovranità femminile si può affermare solo riconoscendo come fonte di autorevolezza il saper mettere al mondo, e con esso alcune qualità femminili che esigono un cambio di passo nella visione del mondo, nella sua organizzazione e nelle relazioni.

sovietica, si sono fondate e implementate sulla forza lavoro femminile, e nutrite di tutte quelle qualità positive ad essa universalmente riconosciute.

Eppure, non ci risulta che in quei paesi l'impiego quasi esclusivo delle donne nell'ambito di un disegno politico/sociale a misura di uomini abbia prodotto una società migliore, o diversa. Così come non bastano le pari opportunità a dispiegare visioni differenti delle relazioni, della organizzazione del lavoro, del suo prezzo nella società. Per questo è importante interrogare la storia, a partire dalle prime esperienze di donne che hanno lottato per la terra o in fabbrica, difendendo o rivendicando obiettivi molto diversi da quelli di una donna medico che si avvicini oggi al sindacato con la voglia di farne parte.

Alla ricerca di genealogie ci siamo rivolte a una giovane storica. Eloisa Betti studia il lavoro delle donne e degli uomini delle generazioni precedenti, con un focus particolare sul secondo Novecento. Da un osservatorio privilegiato, che la fa muovere con familiarità e competenza nelle fonti docu-

mentali e iconografiche, ha fornito esempi di donne che nell'ambito della politica, del movimento operaio, dell'associazionismo femminile si sono battute contro le disuguaglianze, a favore dei diritti, o, "semplicemente", per una vita migliore, per sé, per i propri figli e per la propria comunità. Le donne (e gli uomini) che oggi si interrogano su che cosa sarà il sindacato di domani, con meno uomini e tante trasformazioni (già ampiamente in atto) devono rivolgersi criticamente al passato. La storia ci restituisce la lunga presenza femminile come soggetti curanti e responsabili. L'evoluzione della vita sulla terra non sarebbe stata tale senza di loro a procreare e prendersi cura dei figli, a resistere a guerre e miseria, e a combattere per la pace.

La proposta

Un corso di formazione che, partendo dalla storia, con il contributo delle discipline filosofiche, e con la metodologia della pedagogia medica, si pone come obiettivi di:

- contribuire con il *linguaggio della differenza* alla sfida della trasformazione della sanità e del sindacato, che da sempre cerca di tenere insieme i diritti, la rappresentanza, l'universalità delle cure, e la salute
- *trasformare in empowerment le competenze che sono originate dalla capacità di procreare* così preziosa e peculiare ma che sembra all'origine di tutte le limitazioni della donna lavoratrice, anche in sanità.

Donne sanità sindacato "al femminile" Corso di Formazione

Obiettivi formativi

Al termine del workshop i partecipanti dovrebbero essere in grado di:

- Discutere in un'ottica di genere l'impatto delle donne medico nel mondo delle cure
- Acquisire consapevolezza del valore aggiunto che il riconoscimento della differenza di genere produce in ambito sanitario
- Individuare differenti stili di apprendimento/insegnamento, di esercizio della professione e relazione di cura (curare al femminile)
- Analizzare le criticità della conciliazione vita/professione, del welfare e dei luoghi di lavoro
- Discutere facilitazioni e barriere della carriera delle donne medico
- Individuare determinanti di genere necessari alla leadership sindacale
- Illustrare "buone pratiche" a livello nazionale e internazionale
- Individuare obiettivi realizzabili a breve e medio termine nella propria realtà
- Proporre percorsi o tappe di trasformazione sessuate nell'ambito della propria pratica professionale.

Metodi formativi

Il corso si avvale di strategie formative altamente partecipative: lezioni interattive, lavoro in piccoli gruppi, visione di filmati, discussione in seduta plenaria, sessione di Domande e Risposte.

Ai partecipanti verranno previamente inviati alcuni testi da leggere e studiare proprio per ridurre i tempi delle lezioni frontali e aumentare il tempo per la discussione in piccoli gruppi e in seduta plenaria (flipped classroom o classe capovolta).

Destinatari

Numero massimo di 30 medici di entrambi i sessi

Docenti /Formatori

Betti Eloisa, Buttarelli Anna Rosa, Lotti Antonelli, Morano Sandra

Informazioni

Il Corso fa parte della offerta formativa della Fondazione Pietro Paci nell'ambito dei temi più attuali nell'ambito delle cure ed è rivolto a tutte le professioni sanitarie. Sono previsti crediti ECM.

Informazioni sono disponibili sulla piattaforma della Fondazione.

Programma

Giorno 1	Attività	Metodo formativo	Relatore Formatore
Ore 9.00	Apertura del workshop		
9.30	Il sorpasso femminile in Medicina: dal disvalore di genere a valore aggiunto nella ricerca medica nell'insegnamento	Relazione	Prof Carolina Ciacci
10.00	Donne, lavoro e salute tra emancipazionismo, femminismo ed esperienze sindacali	Relazione	Betti Eloisa
10.30	Analisi sul differente "essere in" e "fare" Medicina tra uomini e donne. Relazione di cura e rappresentanza alla luce della femminilizzazione della medicina	Relazione	Buttarelli
11.00	Pausa		
11.30	Introduzione ai lavori di gruppo Mandato n.1	Lavoro Piccoli gruppi	Lotti
12.30	Seduta plenaria		Lotti e relatrici
13.00	Pranzo		
14.30	L'autorevolezza delle donne nella competenza procreativa alla base di una Medicina al femminile	Relazione	Morano
15.00	Mandato n.2	Lavori a piccoli gruppi	
16.00	Seduta plenaria		
17.00	Chiusura		
Giorno 2	Attività	Metodo formativo	Relatore Formatore
9.00	Buone pratiche nazionali e internazionali	Relazione	
9.30	Mandato n. 3	Lavoro Piccoli gruppi	
10.30	Seduta plenaria		
11.00	pausa		
11.30	Mandato n.4	Lavoro Piccoli gruppi	
12.30	Seduta plenaria		
13.00	Pranzo		
14.30	Mandato n. 5	Lavoro Piccoli gruppi	
15.30	Seduta plenaria		
16.00	Conclusioni		
16.30	Chiusura		



to nei tardi anni Cinquanta o all'importazione dal contesto anglosassone delle pratiche del *self help* negli anni Settanta. Le italiane sono anche state esportatrici di esperienze innovative, dalla rinnovata riflessione sugli effetti dell'ambiente industriale sul corpo fertile della donna, all'utilizzo di contesti didattici (come le 150 ore per il recupero dell'obbligo scolastico) per una riflessione innovativa sul tema della salute e sessualità.

4) Nell'esaminare il terzo quarto del Novecento (1945-1975), non può sfuggire il costante tentativo da parte delle donne dell'associazionismo e delle organizzazioni politico-sindacali di creare una duratura sinergia con le donne che nelle varie professioni potevano fornire un contributo tecnico-scientifico di primo piano alle elaborazioni e rivendicazioni femminili. Questo è naturalmente anche il caso delle donne medico, nell'ambito della riflessione sulla salute. Dato l'esiguo numero di donne medico negli anni considerati, numerosi furono anche i medici progressisti che misero le loro competenze e riflessioni al servizio delle battaglie femminili.

Donna: madre o lavoratrice? Le leggi sul lavoro femminile tra parità e differenza

Nel cosiddetto trentennio glorioso (1945-75), il potenziale doppio ruolo della donna come madre e lavoratrice genera indubbiamente una serie di nuove rivendicazioni e conquiste, volte sia a valorizzare e proteggere la differenza femminile che a porre fine a quelle discriminazioni di lungo periodo che s'innestavano proprio su quel doppio ruolo. La Costituzione repubblicana costituisce il punto di partenza per le battaglie che vedranno le donne attivarsi a vari livelli per la parità salariale e l'accesso a tutte le carriere, contro i licenziamenti per matrimonio e per la protezione della lavoratrice madre.

Il diritto al lavoro per tutti i cittadini, comprese le donne, e il diritto della lavoratrice alla parità salariale e di trattamento, sanciti dalla Costituzione, stentaron ad essere applicati e necessitarono di altri provvedimenti e leggi per trovare reale attuazione. In questo processo di estensione dei diritti del lavoro e nel lavoro, le donne ebbero un ruolo centrale, tanto nelle organizzazioni femminili, quanto in quelle sindacali e politiche. Furono loro le prime firmatarie di proposte di legge progressiste, che raccolsero consensi trasversali.

Un esempio, in tal senso, è l'importante legge voluta da Teresa Noce sulle lavoratrici madri (1950) o la legge contro i licenziamenti per matrimonio, dimissioni in bianco e clausole di nubilito (1963); leggi che videro una mobili-

SPECIALE

Donne
Sanità
Sindacato

Donne, lavoro e salute tra emancipazionismo, femminismo ed esperienze sindacali

Introduzione

Questo breve intervento, svolto in occasione della Seconda Conferenza Nazionale Donne Anaa Assomed dedicata al tema Donne, sanità, sindacato (Napoli, 14 dicembre 2016), intende fornire alcuni spunti di riflessione sulla relazione storicamente determinatasi tra donne, lavoro e salute nel secondo Novecento. Una relazione che si è sviluppata grazie al contributo decisivo dei movimenti emancipazionisti, neo-femministi e delle organizzazioni sindacali. Quattro sono i livelli di analisi proposti per comprendere questa relazione:

- 1) la riflessione femminile sul tema della salute;
- 2) la centralità dell'agency femminile;
- 3) il ruolo delle donne nell'innovare le pratiche sulla salute;
- 4) la sinergia tra donne medico, donne delle associazioni femminili e del sindacato.



ELOISA BETTI

Storica, Università di Bologna

1) Le donne sono state protagoniste consapevoli nel promuovere, a vari livelli e in diversi contesti politico-sindacali, una rinnovata discussione ed elaborazione su aspetti specifici della salute, femminile e non solo. Il tema della salute costituisce un filo rosso della riflessione femminile sia nel periodo pre-1968, fortemente connotato dall'azione di associazioni emancipazioniste come l'Unione Donne Italiane (UDI), che nei lunghi anni Settanta, caratterizzati dall'emergere del neo-femminismo e di quell'esperienza peculiare, che si pone al crocevia tra sindacato e femminismo, definita "femminismo sindacale".

2) L'agency femminile rappresenta un punto di osservazione privilegiato per comprendere come avvenne la penetrazione di certi temi riguardanti la salute della donna, sia come lavoratrice

che come madre, nelle organizzazioni politico-sindacali miste. Il ruolo delle donne fu cruciale nel promuovere un'agenda di rivendicazioni sul tema della salute, produttiva e riproduttiva, trasversale a organizzazioni sindacali, partiti politici e associazioni femminili. Si pensi all'iter che portò all'approvazione della legge del 1950 sulle lavoratrici madri (e alla sua revisione nel 1971), al dibattito dei tardi anni Sessanta sul tema donne, salute e fabbrica, alla lunga e complessa mobilitazione che negli anni Settanta portò all'approvazione della legge sui consultori (1975) o sull'interruzione volontaria di gravidanza (1978).

3) Il ruolo di singole donne e gruppi è stato cruciale nell'innovare le pratiche sulla salute, anche grazie al contatto con realtà estere. Si pensi all'introduzione delle tecniche di psico-profilassi nel par-

tazione trasversale ai partiti politici che vide donne cattoliche, socialiste e comuniste convergere sugli stessi obiettivi. Se l'ammissione della donna ai pubblici uffici e a tutte le professioni (1963), sancì l'eguaglianza giuridica, ponendo fine alla discriminazione che impediva alle donne l'ingresso nella magistratura, l'eguaglianza salariale ebbe un altro e più complesso percorso. L'accordo interconfederale sulla parità salariale dell'industria del 1960 sancì la fine nelle fabbriche delle discriminazioni salariali basate sul sesso, fino ad allora esplicitamente contenute in molti contratti di lavoro. Nel 1964, venne abolito il coefficiente Serpieri in agricoltura, in base al quale il lavoro femminile era valutato e retribuito solo il 60% di quello maschile.

Le importanti mobilitazioni degli anni Sessanta portarono a una nuova legislazione sulle lavoratrici madri nel 1971, anno nel quale fu approvata anche la legge sugli asili nido che ne assicurava agli enti locali la programmazione e gestione, dopo la definitiva esautorazione e abolizione dell'OMNI di origine fascista. E nel 1977 culmina con la legge 903, sulla parità di trattamento tra donna e uomo nel lavoro, il percorso inaugurato dalla Costituzione e che ha fatto perno sulla figura della donna, lavoratrice e madre, per raggiungere la parità giuridica tra i due sessi nella sfera lavorativa.

Cura, salute e solidarietà: gli anni del dopoguerra

Accanto al tema dei diritti del lavoro e nel lavoro, solidarietà è una parola chiave per le donne negli anni del dopoguerra, che le vede protagoniste a vari livelli e con una costante attenzione all'ambito della cura. E proprio Napoli, sede della Conferenza dell'Anaa Asso-med, è stata teatro di una delle più significative e ampie operazioni di solidarietà al femminile mai condotte nell'Italia repubblicana. Una solidarietà che unì donne del Meridione e del Centro-Nord per la salvezza dell'infanzia, vittime dei fortissimi disagi e penurie materiali degli anni successivi al secondo conflitto mondiale.

I bambini del napoletano e del cassinese, accolti nel bolognese, sulla riviera romagnola e in altre zone dell'Emilia-Romagna, ebbero proprio nelle donne dell'Unione Donne Italiane un costante punto di riferimento. Nelle numerose fotografie conservati negli archivi emiliano-romagnoli dell'associazione, spicca proprio l'attenzione alla salute globale dei bambini. Bambini non solo accolti, alloggiati e sfamati, ma anche visitati dal personale medico che si mette a disposizione per la salvaguardia e tutela della loro salute.

“
Le importanti mobilitazioni degli anni Sessanta portarono a una nuova legislazione sulle lavoratrici madri nel 1971, anno nel quale fu approvata anche la legge sugli asili nido che ne assicurava agli enti locali la programmazione e gestione



L'agency femminile fu fondamentale nel rispondere all'emergenza post bellica, proprio le donne ebbero un'attenzione fin dai primissimi anni del dopoguerra alla salute della madre e del bambino. Vanno ricordate, ad esempio, ginecologhe e pediatre che tra gli anni Quaranta e Cinquanta collaborarono con l'Unione Donne Italiane e con il Centro Italiano Femminile. Tra queste, spicca Lilliana Alvisi, molto attiva all'interno dell'Unione Donne Italiane di Bologna fin dalla fondazione dell'associazione, nel 1944.

Già partigiana, attiva nella formazione resistenziale esclusivamente femminile dei Gruppi di Difesa della Donna, Lilliana durante il secondo conflitto mondiale venne incaricata di raccogliere materiale sanitario per le formazioni partigiane e tenne brevi corsi di primo soccorso per le donne impegnate nella Resistenza come staffette. Fin dall'immediato dopoguerra ebbe un ambulatorio ginecologico a Bologna molto frequentato e negli anni Settanta raccolse le sue esperienze nel volume *Diario di una ginecologa* (1976), dove casi patologici e umani legati alla salute riproduttiva della donna, all'aborto, ai sistemi contraccettivi, al trattamento dell'età critica, venivano affrontati in connessione alla più generale condizione femminile dell'epoca.

Ma gli anni Cinquanta furono anche anni d'innovazione nelle pratiche relative alla salute femminile, che videro un forse inaspettato protagonismo delle donne. La tecnica variamente definita dalla stampa coeva "parto indolore" o "parto psico-fisico" venne introdotta a metà degli anni Cinquanta in Italia su impulso proprio dell'Unione Donne Italiane. Nel 1955 la rivista dell'associazione, *Noi Donne*, dedicò un reportage in più puntate a quella che definì "la meravigliosa

realtà del parto indolore", un metodo che proprio le donne dell'associazione volevano divulgare e far conoscere a tutte le donne. Una vera e propria pubblicazione sull'argomento, *Il parto senza dolore*, fu diffusa con la stessa rivista. Nel 1956, Maria Maddalena Rossi, deputata tra le fila del partito comunista e Presidente dell'Unione Donne Italiane, propose un progetto di legge per "l'insegnamento e la divulgazione del metodo psico-profilattico per il parto indolore". Nonostante questa proposta di legge rimase lettera morta, numerose furono le conferenze mediche promosse dall'associazione, in collaborazione tra gli altri con Società di Medicina come quella di Bologna. Una discussione sui vari metodi esistenti (Nikolaiev/Lamaze vs Read), con un'attenzione particolare all'applicazione degli stessi in Unione Sovietica, Francia e nei paesi anglo-sassoni si aggiunse al dibattito più prettamente femminile, che verteva sull'importanza di questi stessi metodi per ridurre le sofferenze della donna durante il parto. Come è noto, anche il cinema si occupò dell'argomento, con il film *Il momento più bello* (1957), nel quale Marcello Mastroianni, ginecologo per l'occasione, si trova alle prese con quel "metodo rivoluzionario" divulgato attraverso corsi pre-parto che vedevano tra promotrici proprio due donne.

Persistenze e innovazioni tra boom e programmazione economica (1958-1968)

Negli anni tra boom economico e programmazione, osservando l'evolversi dei dibattiti sulla salute femminile attraverso le pagine di *Noi Donne* emerge chiaramente un tema che catalizzerà l'attenzione del movimento delle donne negli anni Settanta. Il lungo dibattito sull'aborto è preceduto tra il 1958 e

il 1961 da una serie di riflessioni sul problema del controllo delle nascite e degli aborti clandestini. Depenalizzare l'aborto ed eliminare il divieto di pubblicizzare i metodi contraccettivi sono alcuni dei temi in discussione negli anni del boom, accanto alla denuncia da parte di *Noi Donne* del milione di aborti clandestini praticati ogni anno. Un dibattito, che negli anni Settanta assumerà toni molto diversi con l'irrompere sulla scena di altri soggetti, a partire dai movimenti neo-femministi.

Nella seconda metà degli anni Sessanta, un altro tema ebbe larga eco nei dibattiti relativi alla salute femminile. Le riflessioni sulla "doppia fatica" della donna, spesso madre e moglie oltre che lavoratrice, in quel periodo si congiunsero con le indagini condotte, a partire dal contesto torinese, sull'ambiente industriale e la sua nocività, che videro tra i protagonisti Gastone Marri e Ivar Oddone. Nell'ambito della discussione sul rapporto problematico tra fabbrica e salute si innesta una riflessione al femminile, ancora scarsamente conosciuta e che vide le donne protagoniste a vari livelli, sia attraverso campagne di opinione sulla stampa sia promuovendo inchieste nei luoghi di lavoro con la collaborazione di studenti, studentesse e giovani medici.

Il convegno del 1967, *La salute della donna che lavora*, è un esempio importante della saldatura possibile tra associazioni femminili, organizzazioni sindacali, istituzioni locali, partiti politici e l'ambito medico. Promosso dall'Unione Donne Italiane, tra i partecipanti figurano medici e donne medico, tra queste ultime la psichiatra Balconi Marcella e le psicologhe Anna Ferraris e Palli Natalia. Il convegno mirava ad analizzare, anche attraverso specifiche inchieste condotte su alcune fabbriche, il problema della salute femminile soprattutto in relazione al contesto industriale. Il problema delle ripercussioni dell'ambiente di fabbrica sulla capacità procreativa della donna, il fenomeno degli aborti bianchi, erano solo alcuni dei problemi emersi. La relazione tra salute e progresso tecnico, compresi ritmi di lavoro e nocività ambientale, spiccavano nelle varie relazioni.

In quel contesto venne redatta un'inchiesta, con la collaborazione di alcuni studenti universitari e dell'Unione Donne Italiane, sulla camiceria Pancaldi di Bologna, che all'epoca contava circa 400 operaie. L'inchiesta mise in luce le gravi ripercussioni che l'ambiente di fabbrica aveva sulla salute psico-fisica delle operaie e generò una vera e propria piattaforma rivendicativa e l'intervento sindacale. Proprio l'inchiesta e le richieste disattese delle operaie per il miglioramento delle condizioni e ambien-

te di lavoro, spinsero le cosiddette "puncaldine" all'occupazione della fabbrica nella primavera del 1968, evento che inaugurò il Sessantotto bolognese, e lasciò un segno indelebile nella cittadinanza.

La rottura con la tradizione: i lunghi anni Settanta

Nei lunghi anni Settanta, il tema della salute entrò a far parte a vari livelli anche delle elaborazioni sindacali e in particolare di quelle delle sindacaliste. Due esperienze restituiscono la cifra di un rinnovato impegno e interesse delle organizzazioni sindacali confederali e di categoria. La salute della donna che lavora entrò a pieno titolo tra le riflessioni delle sindacaliste, che si trovano ad agire in un mutato contesto politico-sociale e culturale. La penetrazione delle istanze femministe nell'ambito del sindacato aveva fatto emergere il cosiddetto "femminismo sindacale", definito tale a partire dalla nascita negli anni Settanta di nuove strutture femminili (Coordinamenti Donna e Intercategoriale) all'interno sia delle organizzazioni sindacali confederali che di singole categorie, come i metalmeccanici.

Ma non è solo il tema della salute in fabbrica ad attirare l'attenzione delle sindacaliste, è anche la riflessione più ampia che in quel periodo storico matura sul tema della salute e sessualità della donna sia all'interno del movimento neo-femminista che in associazioni di più lunga data come l'Unione Donne Italiane. A Milano, Bologna, Reggio Emilia, Torino le sindacaliste promuovono, spesso in collaborazione con le donne dei movimenti, corsi monografici sul tema della salute della donna, nell'ambito dei cosiddetti "corsi delle 150", un monte ore pagato a disposizione della lavoratrice e del lavoratore per il diritto allo studio. Le "150 ore delle donne", particolarmente sviluppate all'interno di una categoria maschile come la metalmeccanica, spingono le donne a rileggere la propria condizione di vita e di lavoro a partire dal proprio corpo e a riflettere sui temi della salute riproduttiva, in stretto rapporto con le facoltà di Medicina e i consultori, partecipando spesso alle lotte femministe sull'aborto e contro la violenza sessuale.

Gli anni Settanta sono indubbiamente segnati dalla lunga e complessa battaglia per l'approvazione della legge 194 sull'interruzione volontaria di gravidanza, che vede il convergere di associazioni femminili, gruppi femministi, sindacaliste in un rapporto assai problematico con i partiti politici di riferimento, come testimonia il caso dell'Unione Donne Italiane e del Partito Comunista.

Gli anni Settanta sono anche gli anni nei

“

E forse anche le donne medico, come lavoratrici, potrebbero trovare delle alleate in quelle donne che si impegnano perché l'organizzazione del lavoro e delle professioni venga ripensata, tenendo conto della specificità del corpo fertile femminile

quali la questione del lavoro, della salute e della cura s'intrecciano e si saldano in una rinnovata riflessione sul rapporto tra sfera produttiva e riproduttiva, nella quale spicca anche il tema della cura soprattutto in relazione all'infanzia. È la grande battaglia per la riforma degli asili nido e la loro diffusione sul territorio nazionale. La riflessione sulla sessualità e sull'autodeterminazione nel caso dell'Unione Donne Italiane, è strettamente collegata anche al grande tema della maternità oltre che a quello dell'aborto.

Prendendo le distanze dai movimenti neo-femministi, la maternità deve essere liberamente scelta ma le deve essere riconosciuta una funzione sociale secondo l'UDI. A questa riflessione si aggiunge quella sull'importanza dei consultori, a ridosso della legge nazionale del 1975, ritenuti particolarmente importanti per l'acquisizione da parte della donna di strumenti conoscitivi e pratici per agire in modo libero e consapevole la propria sessualità, nonché per tutelare la propria salute riproduttiva.

Conclusione

I mutamenti avvenuti nell'ultimo quarantennio, dall'approvazione della legge del 1977 sulla parità tra uomo e donna nel lavoro, sono stati di ampia portata e hanno inciso profondamente sul ruolo della donna nella società italiana e non solo. Un processo di femminilizzazione dell'occupazione si è accompagnato a una terziarizzazione spinta dell'economia italiana tra anni Ottanta e Novanta, le donne sono diventate maggioranza in molte professioni un tempo dominate dalla componente maschile. Sanità e istruzione, sono due casi emblematici, per quanto entrambi i settori mostrino la persistente difficoltà delle donne di infrangere il cosiddetto "soffitto di cristallo" e arrivare ai vertici delle rispettive categorie professionali.

Nell'ultimo quarantennio, i mutamenti politici che hanno interessato sia la politica delle donne, con lo stemperarsi del movimento neo-femminista e l'istituzionalizzazione delle politiche di pari opportunità, che la politica partitica, con la fine della Prima Repubblica e il sistema partitico post-bellico, hanno portato a una profonda ridefinizione delle relazioni tra associazionismo femminile, sindacato, politica, istituzioni e ambiti professionali strategici, come quello medico.

Il filo rosso che ha legato per decenni le donne dei movimenti, quelle del sindacato, della politica, degli enti locali in un dialogo costante con le donne medico pare essersi allentato nel nuovo millennio. Tuttavia, nuovi approcci, istanze e proiettualità non sono mancate grazie alle molte donne medico formatesi tra gli anni Settanta e Ottanta, che si sono impegnate per orientare l'applicazione del Servizio sanitario nazionale e della legge 194 in ottica di genere o per promuovere la cosiddetta "umanizzazione della nascita", grazie all'istituzione di una rete sul territorio nazionale.

Un rinnovato e variegato movimento femminile, sempre più globale, spinge a riflettere sull'importanza di riprendere quel filo, affinché le donne impegnate in Italia e nel mondo per la salvaguardia della loro autonomia decisionale nella sfera riproduttiva vedano un possibile alleato in altre donne, che ogni giorno con professionalità e impegno si occupano della cura e della salute. E forse anche le donne medico, come lavoratrici, potrebbero trovare delle alleate in quelle donne che a vari livelli discutono e si impegnano perché l'organizzazione del lavoro e delle professioni venga ripensata, tenendo conto della specificità del corpo fertile femminile e dell'importanza per la società intera, e non solo per le donne, della maternità e della cura.



SPECIALE

Donne
Sanità
Sindacato

Relazione di cura e rappresentanza alla luce della femminilizzazione della medicina

Prima di tutto, bisogna liberarsi dalla suggestione che offre il dato numerico relativo al sorpasso delle donne in ambito medico così come negli altri ambiti in cui le donne oggi stanno diventando protagoniste. Aggrapparsi al successo del dato numerico può essere perfino controproducente, ai fini della vera femminilizzazione, che non consiste e non è mai consistita nel semplice diventare maggioranza in certi ambiti pubblici o nel mondo del lavoro. Può essere controproducente perché può sostenere la convinzione che il protagonismo femminile è vincente, che le donne finalmente ce l'hanno fatta a conquistarsi tutti i luoghi del mondo.



ANNAROSA
BUTTARELLI

Filosofa
Università
di Verona

Il protagonismo femminile non significa femminilizzazione, che invece ci sarà quando il dato numerico sarà un valore di secondo piano e, invece, **in primo piano ci sarà il dato qualitativo: la differenza femminile che porta i suoi valori e le sue sapienze nel mondo così da trasformarlo.** Queste è la vera femminilizzazione: la qualità della differenza femminile che, indipendentemente dai numeri, è in grado di affermare la propria autorevolezza. Non basta occupare posti che storicamente sono stati sempre occupati in esclusiva da uomini. Il vero passo avanti è qualitativo e riguarda l'assumersi positivamente le scelte, e non perdere mai per strada valori e significati originari. Ad esempio, perché deve essere così automatico che le donne che scelgono di lavorare, anche nell'ambito sanitario, faranno meno figli? Anzi: si dice che le donne scelgono di lavorare ugualmente, anche sapendo che saranno costrette a mettere al mondo meno figli. Forse alcune, ma non è detto che i due momenti siano così legati per tutte. Ricordo sempre che una grande impera-

trice, Maria Teresa d'Austria, che certo aveva parecchio da fare, ha trovato il tempo anche per mettere al mondo circa sedici figli, occupandosene. Perciò **non bisogna cadere nella trappola preparata dal mondo patriarcale: il prezzo dell'emancipazione lavorativa è l'abbandono della maternità. Se c'è un calo di natalità molte altre sono le ragioni**, e alcune le scopriremo se capovolveremo il problema: è la forma attuale che il lavoro ha preso ovunque che produce effetti nefasti. Per cui sostengo che è sacrosanto fare richieste di Welfare anche nell'ambito del lavoro di cura sanitaria, ma le piccole concessioni in questo ambito, come gli asili nido aziendali, seppure migliorative, non serviranno a molto se la forma del lavoro resta com'è attualmente: una forma che aggredisce le relazioni e il piacere stesso di lavorare. **Il lavoro retribuito è ormai diventato senz'anima, tutto orientato al servizio dell'organizzazione aziendale e del paradigma economicista.**

Perciò metterei al **primo punto di ogni azione formativa in medicina questo**

tema: fare del sorpasso numerico un valore di scelta che le donne operano per cambiare ciò che non va nella forma del proprio lavoro di cura. Femminilizzare la medicina significherebbe dunque accompagnare la propria scelta di diventare "medica" con la coscienza profonda della propria differenza femminile che, conservata, radicalizzata, sostenuta, diventa un valore che trasforma l'ambiente sanitario e disfa i paradigmi che lo hanno disumanizzato. Gli uomini-medico non potranno realizzare questa trasformazione da soli oppure continuando nelle loro strategie tradizionali. Saranno le donne fedeli a se stesse, alle proprie genealogie, alle sapienze differenti che trasformeranno le relazioni di cura in ambito medico, se lo vorranno.

Femminilizzazione significa reintrodurre precisamente le relazioni in un mondo individualistico e disumano. In molti altri luoghi le donne stanno facendo questo: insegnano che al primo posto bisogna sempre mettere le relazioni, poi il resto si fa da sé come irradiazione di conseguenze originate da questa priorità. Faccio un esempio che passa dal linguaggio: **si dice "lavoro di cura", ma la chiave della trasformazione è pensare sempre che invece si tratta di "relazione di cura".** Parlare di solo "lavoro", può giustificare l'imposizione universale dei protocolli sulle variabili soggettive, mentre se si parla di "relazioni" la mente è guidata a immaginare uno scenario diverso dove la soggettività e l'alterità sono preservate e rispettate. **Si tratta di cambiare l'atteggiamento mentale, operando sul linguaggio che si usa per indicare le cose che si fanno e quello che si desidera fare.** Così, invece di orientare la mente sull'assistenzialismo (cioè chiedere soluzioni istituzionali per fare più

figli, per avere più famiglie, ecc.) sarà il caso di impegnarsi a travasare autorevolmente il sapere delle relazioni di cura “familiari” nell’ambito delle relazioni di cura medico.

In quanto alla rappresentanza, non vedo che sia un problema alla luce della possibile femminilizzazione qualitativa. Non è necessario avere una rappresentanza sindacale di genere, anzi direi che può essere nocivo, perché riduce le questioni a una pura misura di tutela, quando invece sappiamo che **il problema è quello di rendere operante l'autorità femminile, e questa non ha bisogno di rappresentanza di genere.** La rappresentanza sindacale può fare molto di più, se si comporta da “legislatore” che recepisce dal basso ciò che viene sperimentato in un regime di sovranità femminile differente.

Potrei fare l'esempio di ciò che hanno saputo fare operaie del comparto tessile di Manerbio. Lo storia che ci interessa si svolge a Manerbio (Bs) tra la fine degli anni '80 e i primi del '90 del secolo scorso. In quel paese erano insediate da decenni due fabbriche tessili, la Marzotto e la Confezioni Manerbiesi, in cui lavoravano centinaia di donne: “quando uscivano a mezzogiorno, alle sei, erano in fila orizzontale, tantissime. Erano tutte donne ed era bello perché era un chiacchiericcio unico. Vedere tutte queste signore con camice azzurro, io le vedevo... per me è sempre stata una presenza, le Manerbiesi sono le Manerbiesi. Eran veramente tante.” Gli occhi di una ragazzina del paese vedevano le operaie come signore, tante, insieme, a parlarsi fitto fitto, vedevano donne uscire serene dalle fabbriche di non molti anni fa. Occhi ammirati perché sicuramente la fabbrica rappresentava un'alternativa a lavori più mortificanti e meno centrali socialmente.

Alla fine degli anni '80 le aziende, da un lato, aprirono un processo di decentramento produttivo verso piccoli laboratori dove le operaie erano destinate a avere meno tutele; iniziarono anche gli insediamenti all'estero, verso l'Asia. D'altro lato cercarono, contando sulla continuità di contratti scaduti e la relativa richiesta di adeguamento salariale, di cambiare completamente i contenuti dei rapporti di lavoro. Al primo problema, l'isolamento reciproco tra operaie in piccoli laboratori e operaie in grandi fabbriche, le “manerbiesi” ragionarono sulla “necessità di coinvolgere, di non restare divise, cosa che avrebbe permesso all'azienda di metterci le une contro le altre in situazioni di emergenza produttiva o in caso di scioperi... Bisognava essere lungimiranti per capire la necessità di costruire rapporti fra operaie e cercare di superare i confini delle singole realtà pro-

“

La rappresentanza sindacale, se usata correttamente, può davvero “dettare legge” e contrastare ciò che è ingiusto, umanamente e professionalmente

ductive... bisognava costruire rapporti di solidarietà”. L'impresa riuscì: “Una scelta che fece a tutte un gran bene. Con alcune di loro nacquero grandi amicizie, relazioni molto forti... Quanta ricchezza abbiamo guadagnato.”; infatti “Stando in fabbrica buona parte della giornata si vivono relazioni, situazioni, esperienze che creano un legame col lavoro mai del tutto schiacciato sull'aspetto economico.” Dunque il primo problema creatosi ebbe una risoluzione buona e articolata che meriterà un commento un po' più oltre.

Il secondo problema si presentava racchiuso nella proposta dell'azienda Confezioni Manerbiesi di legare l'aumento del salario all'aumento della produttività: “Pretende di vincolare l'aumento del salario a indici dell'andamento aziendale [in relazione agli utili], la cui variabilità comporta l'individuazione di metri di misurazione, di monitoraggio continuo e, in ultimo, di condivisione dei risultati.” Più aumenta l'utile più aumenta il premio di produzione. Si può capire intuitivamente di che meccanismo infernale distruttore di relazioni si tratti, poiché costringerebbe le operaie a entrare in competizione tra loro, ma anche a abbassare la cura e la qualità dei prodotti per sfornarne sempre di più e permettere all'azienda di competere con più forza nel mercato. “Successe a un certo punto e bastò poco. Dopo ogni incontro con l'azienda, le delegate si ritrovavano tra di loro, parlavano con le loro compagne di lavoro. Le sentivo dubitare della piega che la trattativa stava prendendo. Fu una domanda, la cui portata neanche per me che la formulai, era prevedibile: «perché non dite ciò che pensate?». Presero la parola a partire da ciò che sapevano e pensavano. Forse c'entrò il clima di fiducia fra noi, il fatto che fossi una sindacalista che non parlava al posto loro.” Primo punto su cui riflettere: tra le donne coinvolte in questa storia la “rappresentanza” non è di casa, e questo va di pari passo con una diversa concezione della democrazia basata sul pensiero dell'esperienza: “[Agli incontri sindacali] noi siamo sempre andate tutte, l'ho trovato sempre molto democratico questo, perché io posso dire la mia, sono allo stiro e capisco il mio problema, non capisco il problema all'iniziale, non posso parlarne e non posso discuterne. Chi è al finale o è al taglio o allo stiro può parlare del proprio.”

I tre sindacati di categoria legati alle sigle principali, CGIL, CISL e UIL, avevano avviato una trattativa standard con

l'azienda, non mettendo in discussione nel merito la proposta e cercando di contrattare il miglior risultato economico sulla base di un dispositivo simbolico cambiato unilateralmente nel mondo aziendale. Le delegate decidono di fare a meno della rappresentanza di categoria: “Assieme abbiamo avuto sempre una bella armonia, quello che abbiamo fatto l'abbiamo sempre fatto insieme... mi permetteva il mio cervello di valutare se le cose erano giuste o no... Io non ho mai dato retta al mio sindacato, ragionavo con il mio cervello.” Insieme le delegate ridefiniscono i termini della trattativa: “La loro parola capovolve il normale iter della trattativa. Lasciò spiazzati i responsabili dell'azienda, contrariati i dirigenti delle tre organizzazioni sindacali che ci provarono, senza successo, a convincerle sulla necessità di mediare con l'azienda. Il giudizio delle delegate si fece preciso: quel vincolo imposto era offensivo perché avrebbe reso insignificante la misura che attribuivano al loro lavoro. Il riconoscimento del valore del lavoro doveva restare la base dell'aumento salariale.” Secondo punto: se il salario può essere aumentato non deve essere sulla base dell'aumento della produttività, ma sulla base del valore del lavoro e sulla sua qualità. “La volontà delle lavoratrici di dare qualità significa farsi anche carico dei bisogni e dei desideri di altre donne, le consumatrici.”

Se la trattativa fosse andata com'era impostata tra azienda e sindacati, il vincolo messo dall'azienda “avrebbe schiacciato la discussione unicamente sulle ragioni [utilitaristiche] dell'azienda e reso insignificanti le ragioni del lavoro e con esse sarebbero state messe fuori gioco le loro stesse esperienze e competenze di lavoratrici.” Punto terzo: deve mantenere l'autorità sul lavoro chi il lavoro lo fa, non chi campa sul lavoro altrui. Chi lavora ne sa la qualità, il valore, le competenze e le esperienze che servono per realizzarlo al meglio, ed è perciò che le delegate non possono accettare il dispositivo “più salario solo se c'è più utile” e ancor meno il combinato disposto “più salario a chi produce più pezzi, a chi fa più quantità”. Questa è logica che purtroppo sta dominando perfino gli ambulatori medici e le visite specialistiche: chi sforna più pezzi, più corpi ammalati, più è gratificato dai premi incentivanti; così il mondo universitario in cui le università che sfornano più studenti, a prescindere dalla loro effettiva formazione, sono le più premiate. Le delegate manerbiesi hanno intuito la china devastante e così: “Sono loro a trascinare le segreterie dei rispettivi sindacati in un'azione di opposizione al processo che il nuovo meccanismo (legare il salario alla produttività) avreb-



“

Fare del sorpasso numerico un valore di scelta che le donne operano per cambiare ciò che non va nella forma del proprio lavoro di cura

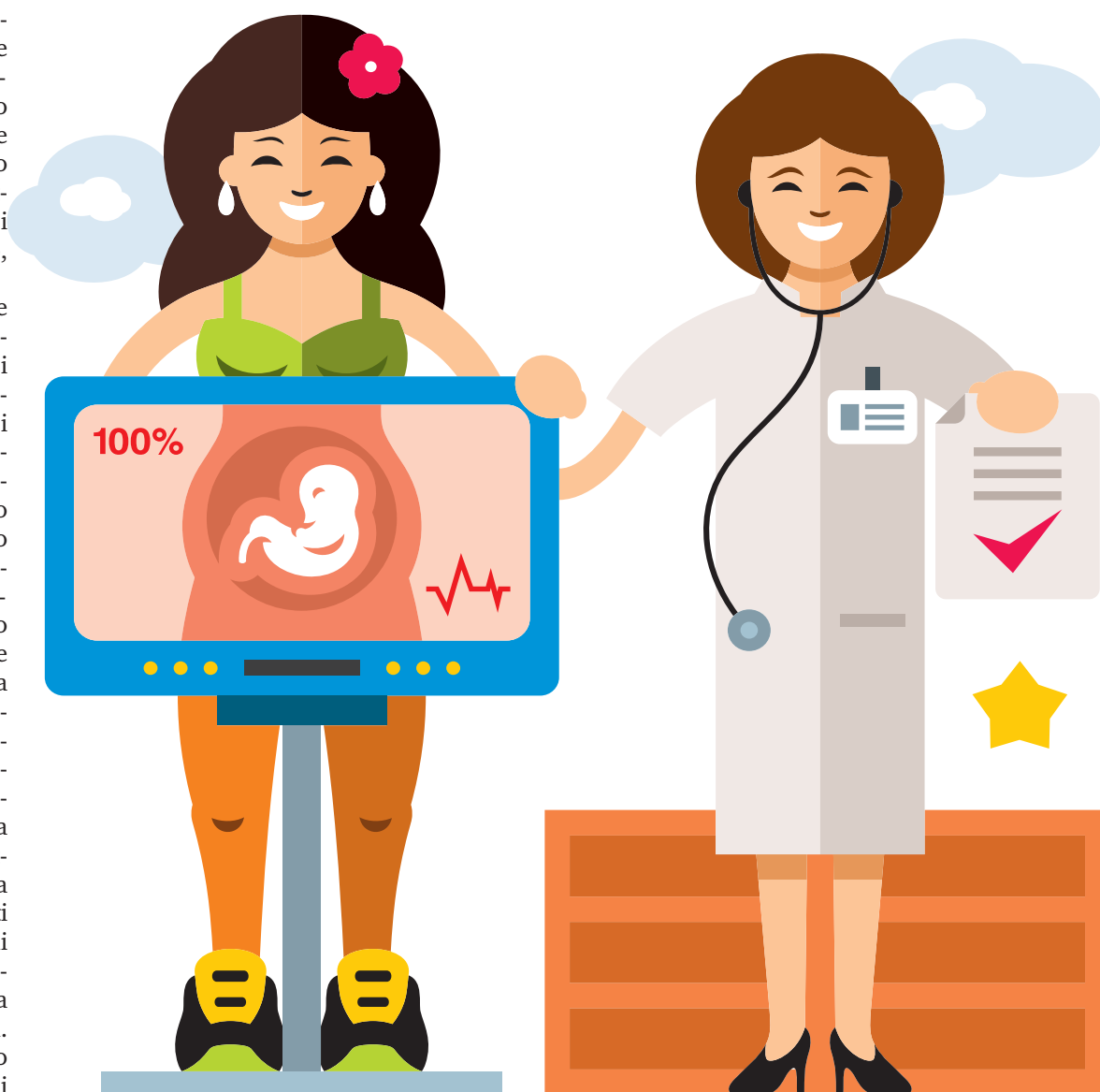
be potuto innescare: un processo di distruzione del sentimento di coesione e amicizia tra le operaie, quale conseguenza del controllo reciproco che il nuovo meccanismo rischiava di introdurre. Alla fine della vertenza, c'è il sentimento condiviso di aver vissuto da protagoniste una storia degna di essere raccontata." Punto quarto: le relazioni prima di tutto. Maria, una delle protagoniste della storia dice: "Probabilmente pensano che la gente lavori di più perché ha dei soldi da ricevere, ma questo non è vero. Perché se vogliono mettere i soldi come meta, ma si comportano male nei confronti delle operaie e di tutti in generale, si sbagliano. Non sono i soldi che fanno gola, ma è il rapporto, il clima, l'ambiente in cui si lavora." Poco a poco cominciamo a intravedere la portata della grande e colpevole insipienza dei capi con cui devono fare i conti queste donne: "Ci sono delle cose che non funzionano, o dove loro [i proprietari, gli azionisti, i manager] possono recuperare, ma devono organizzarsi bene perché le aziende non sono organizzate al massimo... Noi avevamo trovato dei punti dove non c'era organizzazione, dove dovevano essere organizzati meglio... Noi che lavoriamo sappiamo se in quel punto si può fare qualcosa in più o in meno." L'insipienza manageriale diventa gigantesca nel momento in cui, non ascoltando i suggerimenti delle operaie per il miglioramento possibile, vengono introdotti i monitoraggi dei "tempi" per "ottimizzare" la produzione: "È proprio un rapporto cattivo, è un voler colpire le persone senza un motivo specifico. Sono atteggiamenti che infastidiscono e tolgono la voglia di lavorare. Negli ultimi tempi hanno tolto la voglia di lavorare a tutti, anche a quelli che erano nei lavori privilegiati. Non c'è organizzazione e agiscono solo in quel modo lì invece di interessarsi di più al lavoro, stanno lì a guardare quelle cosine." Hanno ragione le operaie: per guardare le cose in grande occorre una mente grande, una mente molto limitata guarda le "cosine". E pensare che quasi tutta la tecnica di "organizzazione aziendale", che ha tanto sedotto i politici riformatori fino a volerla introdurre nell'intera pubblica amministrazione, è proprio sbocciata da menti in grado di guardare solo le "cosine". Possiamo trovare facilmente una delle origini di questa disastrosa insipienza: è nell'uguaglianza intesa come livellamento generale delle menti e delle capacità, nell'uniformazione ai minimi termini: "Non mi sta bene che le regole siano uguali per tutti e tutti debbano starci dentro per forza proprio perché il tempo assegnato a cronometro non tiene conto di queste diversità di bisogni e di capacità." L'insipienza e la tecnocrazia, in com-

Bibliografia

Annarosa Buttarelli, *Sovrane* Il Saggiatore, 2013, Milano

binato disposto, producono oggi la fin-ta uguaglianza della mancanza collettiva di pensiero. Ho raccontato questa storia, con le parole autentiche delle donne coinvolte per mostrare come **la rappresentanza sindacale, se usata correttamente, possa davvero "det-**

tare legge" e contrastare ciò che è ingiusto, umanamente e professionalmente. Nel caso delle donne-medico, si può davvero contrastare ciò che la sapienza femminile sente contrario, ostile, aggressivo rispetto alle *relazioni reali* di cura.



SPECIALE

Donne
Sanità
Sindacato

Saper mettere al mondo come forma di autorevolezza



SANDRA MORANO
Ginecologa,
Università
di Genova

Le donne e la cura

Negli anni settanta con la seconda ondata del femminismo, temi come le donne e la cura, il corpo femminile, sono prepotentemente entrati nelle vite di molte studentesse di Medicina in Italia (1). In quegli anni le battaglie per i diritti civili e la libertà femminili (la possibilità di accedere alla contraccezione, la approvazione della LN 194) hanno portato molte donne ad avvicinarsi ad una professione che permettesse loro di stare dalla stessa parte per riappropriarsi delle competenze procreative. Già a partire dallo slogan "Quanti ne vo-

gliamo, quando li vogliamo", coniato da associazioni femminili (Unione Donne Italiane) che avevano combattuto per sopravvivere a una guerra mondiale, al fascismo, alla guerra fredda, il movimento delle donne rappresentava allo stesso tempo consapevolezza e autodeterminazione, responsabilità e scelta in tema di procreazione. Nel decennio successivo è iniziato, con l'appoggio di altre discipline, un vasto movimento di donne e professioniste della cura che partendo da quelle prime battaglie mirava a rendere più "umane" le condizioni della nascita in ospedale.

Saper mettere al mondo: il ruolo della tecnologia

Nel secolo scorso l'ospedalizzazione del parto ha trasformato la nascita da evento normale a percorso sanitario ospedaliero, e successivamente la società tecnologica ha contribuito in modo clamoroso all'allontanamento quasi irreversibile della donna dalla propria competenza procreativa attraverso una sua progressiva decorporeizzazione. Questo concetto è stato introdotto per la prima volta dalla storica tedesca Barbara Duden, che descrive con uno sguardo estraneo al mondo medico gli effetti della pervasività tecnologica sulle culture e sulle percezioni stesse del corpo in gravidanza:

“Nessuna tecnica medica del passato è stata gravida di conseguenze sulla percezione quotidiana delle donne fertili come l'ecografia: né l'apparecchio per la TAC, né lo sfigmomanometro e neppure il cardiocotografo. Analisi chimiche e biologiche come il test di gravidanza e quello per l'epatite o l'analisi del sangue e delle urine non creano immagini. Lo sfigmomanometro o il saccarinometro provocano, in gruppi limitati di pazienti, sensazioni ma nessuna immagine. La TAC o la RM per il momento sono applicate solo a pochi individui con una patologia particolare. Invece con l'ecografia l'immagine ha una duplice, eccezionale gravidanza: il potere somatogeno di una tecnica specifica e la produzione di un bisogno psicosomatico a partire dalla sintesi tra carne e cibernetica, nell'era di Windows. L'affetto di una donna incinta per il nascituro si indirizza a un corpo tanto fittizio quanto oggettivo: nell'interazione dello sguardo con il fantasma all'interno del proprio corpo la sensibilità degli organi percettivi si affievolisce, fino a paralizzarsi. Di più: ciò che la donna vede e il suo ginecologo interpreta come bambino appare sullo schermo tra due assi cartesiani graduati sulla media statistica di una classe di feti. La “massa misurata” con scrupolosa precisione, che viene raffigurata come il suo bambino, è una raffigurazione registrata, controllata e tecnicamente gestita di un corpo, la cui deviazione dalla norma, o coincidenza con la norma, è stabilita in precedenza alle coordinate prescelte.” (2)

In breve la conoscenza del proprio corpo e di tutto ciò che rappresenta la peculiarità riproduttiva si affievolisce. La donna apprende dagli esami, piuttosto che dalle informazioni/modificazioni del proprio organismo, di essere in gravidanza. La percezione soggettiva di benessere viene assicurata e monitorata da protocolli esterni ed estranei, e la sottostante cultura che ha costituito per millenni l'identità delle donne viene sostituita da immagini cibernetiche e pro-

“
La percezione soggettiva di benessere viene assicurata e monitorata da protocolli esterni ed estranei, e la sottostante cultura che ha costituito per millenni l'identità delle donne viene sostituita da immagini cibernetiche e proiezioni statistiche affidate alla interpretazione e gestione degli specialisti



iezioni statistiche affidate alla interpretazione e gestione degli specialisti. Anche da un punto di vista antropologico (ma sappiamo che altre discipline sono concordi in tal senso) provengono osservazioni tendenti a sottolineare i continui processi di separazione dentro il corpo che procrea:

Le tecnologie diagnostiche, dalle ecografie più routinarie e raffinate al più esotico trasferimento di embrioni, hanno in comune che lavorano alla costruzione di un feto come un essere separato, reificandolo e rendendolo reale. Essere rendono il feto una presenza visibile e udibile, facendo al contempo altre due cose. Esse medicalizzano la gravidanza, rendendo invisibili e impercettibili le donne. La storia dell'Ostetricia occidentale è la storia di tecnologie che separano. Abbiamo separato il latte dal seno, le madri dai bambini, i feti dalle gravidanze, la sessualità dalla procreazione, la gravidanza dalla maternità. E alla fine siamo rimasti con l'immagine del feto come un essere solo che galleggia liberamente, come un uomo nello spazio, con il cordone ombelicale collegato alla nave placenta, e la madre ridotta allo spazio vuoto che lo circonda. È molto difficile rimettere insieme concettualmente quello che la Medicina ha separato. (3)

Nel giro di pochi anni, come dice la Duden, il bambino è diventato un “feto”, la donna incinta un “sistema uterino di approvvigionamento”, il nascituro “una vita”. Da questo deriva la difficoltà a riconoscere prima di tutto il valore della competenza procreativa. Questa profonda e sottile negazione delle competenze femminili ha completato il processo di “mutilazione” della interezza del genere femminile iniziata con la spinta emancipazionistica del secolo scorso, che aveva portato le generazioni precedenti a conquistare a caro prezzo la presenza nel lavoro e nella società.

Il prezzo del lavoro

Alla fine degli anni 80 il processo emancipazionistico ha avuto il tempo di mostrare tutti i suoi aspetti critici. La spinta propulsiva che ha portato le donne a farsi avanti, ad occupare con tenacia tutte le postazioni accessibili per dimostrare di essere sul lavoro come e più brave degli uomini, le ha però anche messe in condizione di negare quasi il loro essere diverse. Si verifica così quello che la scrittrice marina Terragni chiama “La scomparsa delle donne” (4), e che le filosofe femministe in una riflessione di quegli anni esprimono con disincanto. La pubblicazione “Ora che il lavoro l'abbiamo conosciuto”, di cui riportiamo uno stralcio, non è la scoperta del lavoro per sé: le donne hanno

sempre lavorato duramente, sopportando carichi doppi e tripli nella storia. Qui si riflette invece sulla organizzazione del lavoro nella società attuale, che sia lavoro salariato o professionale, che permette di avere un posto, anche se di seconda fila, nel mondo produttivo, un posto che però costa caro. Il prezzo è dimenticare la differenza, arrivare a negarla, dimostrare di saper resistere e, in una specie di sindrome di Stoccolma, negare l'esistenza di problemi.

“Il lavoro è plasmato sugli uomini, quelli di una volta: suppone una centralità nella giornata e nella vita che può realizzarsi solo se tutta la cura di sé e degli altri viene delegata a qualcun altro, alle donne, quelle di una volta. Negli anni 70 circolava la battuta che per ogni donna che lavora ci vorrebbe una moglie. Comunque sia, in tante abbiamo provato a stare dentro a quel modo di lavorare e ci siamo coinvolte: è seducente, appassionante. In tante ci siamo riuscite bene. Alcune sono state così occupate a farcela, a sentirsi brave e competenti da non accorgersi quanto stavano cambiando pelle: hanno tirato fuori anche durezza intransigente, dedizione spietata, paura di veder rispecchiata nell'altra donna la temuta debolezza. In questo sforzo, nello spirito di questi anni ci siamo autoconvinte che sollevare problemi sarebbe un segno di debolezza, non sarebbe abbastanza vincente. Non avevamo più energie neppure per vedere che ci sono relazioni da stringere e solidarietà da trovare con altre che cercano di farcela: ci hanno convinte che le relazioni prima o poi ti fregano e che da soli si ottiene di più..” (5)

Probabilmente questo è successo anche per quanto riguarda l'essere donne in Medicina. Non abbiamo molte documentazioni sulle vite delle donne che fino ad oggi hanno costituito la forza lavoro nell'ambito delle cure mediche. Sappiamo che, contrariamente al momento attuale, erano in misura molto inferiore agli uomini, a parte in alcune specialità, e salvo poche eccezioni molto lontane dai tetti di cristallo. Oggi che però si profila all'orizzonte una loro netta maggioranza, a partire da quelle riflessioni dovremmo rileggere il futuro lavorativo che ci aspetta nell'attuale SSN. Un sistema di cure organizzato ancora in gran parte su modelli bellici (il reparto, il turno di guardia), che oggi sta tremando non solo perché minato alle fondamenta dalla finitezza delle risorse, ma anche perché potrebbe essere sconvolto proprio dalla massiccia incursione di curanti di genere femminile. Per questo abbiamo il dovere di riscrivere non solo le nostre vite private, ma anche professionali, in base ad al-

tri canonici. Non si tratta solo di “conciliazione”, conciliare tempi di lavoro e famiglia, acconciare cioè, per quanto è possibile, la forza lavoro e tutto il resto all’esistente. Si tratta, in un’ottica di più ampio respiro, di ripensare l’organizzazione del lavoro (non solo il numero di medici disponibili, i loro orari, la copertura dei turni ospedalieri, le loro scelte professionali), ecc. ma anche l’organizzazione aziendale, che ha portato con sé, invece di snellire, la rigidità del sistema piramidale, delle formalità, della scala gerarchica (6).

Donne, Sanità, Sindacato: “C’è sempre una lotta da ascoltare”

Da dove cominciare? Facile rispondere che sarebbe appropriato cominciare proprio dai bisogni delle donne. Quei bisogni finora nascosti, a livello politico, dentro visioni sempre più globali da cui la “banalità” del quotidiano è universalmente bandita. E con essa la diversità dei protagonisti. Facile rispondere che sarebbe appropriato mettere al centro proprio il bisogno di essere donne che riflettono e ascoltano il proprio corpo riportandolo al centro delle loro vite differenti.

“Chi ha letto i diari di Etty Hillesum ricorderà che ad un certo punto una delle frasi decisive della sua avventura di trasformazione all’interno di un situazione al confine dell’esperienza umana, che proprio per questo ha valore di orientamento anche nelle condizioni della vita quotidiana è stata (la frase è diventata famosa): “farsi campo di battaglia”, cioè riconoscere che in noi soggettivamente ciascuna e ciascuno, se ha una sensibilità di ascolto dei tempi, diventa un campo di battaglia nel corpo, nella mente, dove si combattono le battaglie decisive. C’è sempre una lotta da ascoltare, da assumere. (7)

Generare è un life event ma anche una capacità ad altissimo grado di specializzazione riservata solo alle donne. Tutti possono fare il medico ma solo le donne possono fare figli. Questo aspetto (spesso fonte di invidia nell’universo maschile che informa la attuale organizzazione della società) oggi, lungi dall’essere ancora visto come fonte di esclusione ed indebolimento della figura femminile, dovrebbe essere riconosciuto in primis dalle stesse donne come una opportunità che non è concessa a tutti.

Donne e Medicina, Donne e Sindacato: domande semplici, risposte complesse.

Che cosa vuol dire oggi rappresentare? E che cosa, chi rappresentare in una associazione del secolo scorso che tradizionalmente (e in un’ottica maschile) cercava di regolare i rapporti tra chi il

lavoro di cura lo fa e chi lo eroga? E’ possibile oggi vivere la professione e il sindacato senza guardare con altri occhi a quel mondo della cura così vicino e ancora così lontano dalle donne? Nei consessi di donne che si interrogano sul senso del loro operare e crescere nel mondo delle cure, molto spazio viene utilizzato per la denuncia del disagio. Successivamente vengono indicati obiettivi per superare il disagio, solitamente riferiti al raggiungimento di parità economica e di carriera. La parte più ponderosa di questo disagio è riferibile alla influenza negativa che l’aver scelto di prendersi cura anche della famiglia e dei figli, ha sul “normale” svolgimento del lavoro nella formazione e nella pratica clinica. E, aldilà del dibattito intorno agli arrangiamenti di welfare residuale non sempre disponibili per tutte le lavoratrici madri (l’utilizzo di asili nido con orari elastici, il part time, l’estensione anche agli uomini di congedi per prendersi cura dei figli, ecc.), rimangono sullo sfondo interrogativi generali del tipo: il modello di lavoro (ospedaliero) è women friendly? Il modello di lavoro (ospedaliero) può cambiare? E allo stesso modo rimangono ferme riflessioni e obiettivi più specifici riguardanti il core content, cioè essere donne, e differenti, nella vocazione e professione di cura. Cioè l’obiettivo alla base della proposta del seminario Donne Sanità Sindacato. Abbiamo portato ai tavoli temi impegnativi, forse ambiziosi, facilitati anche dalla visione di frammenti di filmati, video, che hanno messo in scena le difficoltà quotidiane insieme alle aspirazioni più alte nelle vite delle donne medico o dirigenti. Molto probabilmente la Medicina cambierà nei prossimi anni, dalle aule alle corsie, ai luoghi ed alle organizzazioni: una trasformazione che non sarà né facile né indolore.

Prospettive ed azioni

Probabilmente non sarà una semplice sostituzione di sessi, come si potrebbe immaginare: non si tratta di ereditare la concezione universalistica delle cure e l’eredità novecentesca della relazione tra forza lavoro e datore di lavoro, nata storicamente coi sindacati. Si tratta di catapultare in questa epocale mutazione in atto la novità, la passione, la differenza femminile, di cui finora non c’è traccia. Bisogna immaginare un diverso mondo delle cure in cui alla richiesta di modifiche della cornice organizzativa corrispondano anche obiettivi professionali differenti, orientati più al benessere che alla salute, e alla congruenza tra lavoro e felicità. Per poter essere protagoniste in pieno e vivere con dignità in quello che sopravviverà dell’attuale Servizio Sanitario

Nazionale bisogna attrezzarsi fin da ora ad esprimere idee, agende, contrattazioni, finalmente anche *al femminile*. Alla ricerca di quella specificità, espressione di corpi sessuati finalmente liberi di arricchire il mondo della scienza e del prendersi cura.

Verso l’autorità

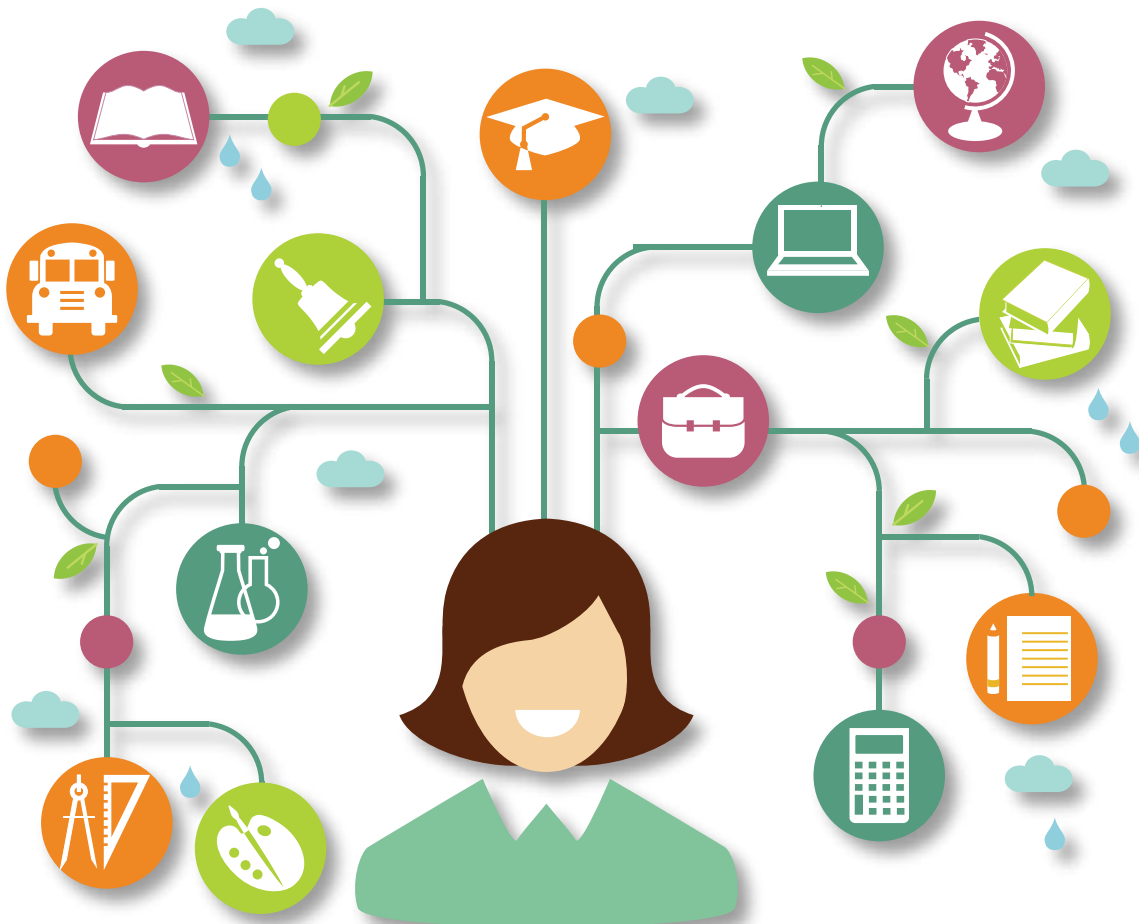
Abbiamo parlato di maggioranze, di superiorità del secondo sesso, di aspirazioni e responsabilità, di un lavoro il cui valore (spesso misconosciuto) le donne lavoratrici portano in una società che non è ancora a loro misura, a fronte di una autorità negata.

“Molte donne soffrono atrocemente per un’autorità che vorrebbero ma, non si sa perché, non è loro riconosciuta. C’è da mettere ordine in questa faccenda. Bisogna che accettiamo **la fragilità dell’autorità**, perché questa fragilità fa parte della sua natura, della sua garanzia. Se c’è autorità, questa autorità è fragile. L’autorità c’è nel momento in cui si vede che c’è **l’impersonale**, quando una donna agisce, lavora, si mette in relazione non per sé, nel senso negativo del termine, dell’aver prestigio o per narcisismo, perché non passa da lì la costruzione di una solidità personale, non passa da fugaci riconoscimenti di autorità ma, appunto, **per amore del mondo**.”(8).

La piena affermazione della autorità, non solo per le donne, sembra dover passare per la porta stretta della fragilità, dell’impersonale, dell’amore per il mondo. Categorie quasi sconosciute, ad oggi, nell’attuale panorama. Ma non alle donne, evidentemente: ed è da qui che bisogna ricominciare.

Bibliografia

- 1 Maria Giovanna Vicarelli. *Donne di medicina. Il percorso professionale delle donne medico in Italia*, Il Mulino, Bologna, 2008
- 2 Barbara Duden, *Il corpo della donna come luogo pubblico*, Bollati Boringhieri, 1997
- 3 Irene Maffi, da: (Sandra Morano, *Chi ha paura della maternità? Parole, Immagini, Affetti*, Aracne ed, 2013, Roma)
- 4 Marina Terragni, *La scomparsa delle donne*, Mondadori 2007).
- 5 *Ora che il lavoro l’abbiamo conosciuto*, Sottosopra 1986, La libreria delle donne, Milano
- 6 Sandra Morano, *Donne in Medicina: Scelte, tempi, Prospettive, Libertà*, Iniziativa Ospedaliera, 2013
- 7 Annarosa Buttarelli *Un passo avanti d’autorità* Seconda tappa Mestre, 20 giugno 2015



levare ciò che esige spiegazioni, ciò che è inaspettato” (Dewey, 1933).

Al convegno napoletano gli organizzatori hanno individuato alcune domande su temi ritenuti pertinenti e strategici per avviare un processo di consapevolezza sulla femminilizzazione della medicina, i relativi obiettivi sindacali, la rappresentanza, i fattori che facilitano o ostacolano la carriera delle donne medico, le criticità della conciliazione vita e professione. Le domande sono state rivolte ai piccoli gruppi, i quali hanno discusso animatamente per confrontare pensieri ed esperienze e giungere a risposte che fossero la sintesi del pensiero di ogni partecipante.

3. Lavoro in piccoli gruppi

È esperienza comune rilevare che quando un relatore pone una domanda a una platea di un centinaio di persone, coloro che rispondono sono pochissimi. Un po' per timidezza, un po' per ritrosia, le persone tendono a non esporre nei contesti affollati. Per favorire la partecipazione attiva e il confronto reale e costruttivo, è necessario suddividere le persone in piccoli gruppi di sei-otto componenti. In questo caso tutti i partecipanti trovano le condizioni per potersi esprimere liberamente.

A Napoli è stata allestita una sala ad hoc, con dieci tavoli tondi ai quali sono state assegnate otto donne medico provenienti da luoghi diversi, al fine di creare gruppi eterogenei per provenienza, età, specializzazione.

La scelta dei tavoli tondi era motivata dal favorire una partecipazione paritaria di tutte le persone presenti.

La possibilità di conoscere colleghe provenienti da regioni italiane differenti e il confronto di esperienze molto diverse tra loro sono stati gli elementi più apprezzati di tutto il convegno nazionale.

4. Assegnazione di ruoli all'interno dei piccoli gruppi

Per favorire la partecipazione di tutti, in ogni gruppo sono stati attribuiti due ruoli: una componente ha svolto il ruolo di moderatore e una ha svolto il ruolo di segretario. La moderatrice aveva il compito di far presentare ogni persona, far parlare tutti i presenti e moderare la discussione. La segretaria, invece, aveva il compito di annotare le risposte dei partecipanti e redigere una sintesi da presentare poi nella seduta plenaria.

5. Seduta plenaria

La seduta plenaria è il momento in cui tutti i gruppi si ascoltano e danno la possibilità al portavoce di ogni gruppo di sintetizzare le risposte raccolte al-

SPECIALE

Donne
Sanità
Sindacato

Formazione attiva e interattiva delle donne medico

La seconda conferenza nazionale dell'Anaao

Assomed dedicata a Donne, Sanità, Sindacato è stata pianificata e realizzata in linea con le più attuali teorie dell'apprendimento dell'adulto che sostengono che la formazione è più efficace se si utilizzano metodologie coinvolgenti, i partecipanti sono protagonisti attivi e possono discutere temi e problemi considerati significativi nella loro vita personale e professionale, all'interno di gruppi di discussione in cui ognuno può imparare grazie alla negoziazione e alla co-costruzione di conoscenze tra pari e con la facilitazione di formatori che favoriscono lo scambio e supervisionano il buon andamento dei lavori (Calvani; Guilbert; Zannini).



ANTONELLA
LOTTI

Società Italiana
di Pedagogia
Medica (SIPeM)

La conferenza nazionale dell'Anaao Assomed si è caratterizzata per aver utilizzato più strategie interattive al fine di coinvolgere attivamente tutte le circa ottanta partecipanti presenti a Napoli il 14 dicembre 2016.

Il convegno si è articolato con un'alternanza di brevi conferenze e lavori in piccoli gruppi, proprio per favorire la socializzazione di tutte le partecipanti e il confronto su temi importanti quali la femminilizzazione della medicina, la rappresentanza e la relazione di cura. Il convegno si è avvalso di sette strategie partecipative:

1. Brevi comunicazioni e Medical Humanities
2. Utilizzo di domande aperte
3. Lavoro in piccoli gruppi
4. Assegnazione di ruoli all'interno dei piccoli gruppi
5. Seduta plenaria
6. Metaplan
7. Valutazione della giornata.

1. Brevi comunicazioni e Medical Humanities

Nel convegno si è dato ampio spazio all'approccio della medicina narrativa e delle Medical Humanities (Zannini, 2008). Le Medical Humanities riguardano la comprensione dell'uomo e della donna attraverso le scienze umane (psicologia, pedagogia, antropologia, filosofia, storia, giurisprudenza, letteratura, arti visive) e utilizzano una epistemologia storico-narrativa.

Le relazioni tenute da una storica, da una filosofa, da una pedagogista e da una donna medico hanno mostrato foto e brevi filmati per coinvolgere maggiormente le partecipanti. Il linguaggio delle Medical Humanities ha fornito ricche rappresentazioni metaforiche o simboliche sull'evoluzione del ruolo della donna medico, sulla sua condizione attuale e sulle prospettive future del loro ruolo riguardo le condizioni di vita e lavoro nei contesti ospedalieri e sanitari.

2. Utilizzo di domande aperte

In ambito filosofico il ruolo maieutico delle domande ci è noto fino dai tempi di Socrate, come magistralmente ci racconta Platone nei suoi dialoghi, evidenziando la domanda come dispositivo per avviare alla conoscenza. La potenza della domanda, come apertura verso l'apprendimento, viene ripresa da un grande filosofo e pedagogista del primo Novecento, John Dewey, che afferma che il buon docente cerca di risvegliare nei discenti “le capacità di ri-



l'interno del gruppo. È un momento importante di co-costruzione delle conoscenze collettive in quanto ogni gruppo porta il suo contributo che è il frutto della discussione dei suoi componenti. In questo tempo tutte le ottanta partecipanti del convegno di Napoli hanno avuto la possibilità di sintetizzare le proprie idee ed esperienze e scoprire elementi comuni e divergenti.

La prima domanda (*Vi è congruenza tra gli obiettivi sindacali e la femminilizzazione della medicina?*) ha avuto la funzione di un ricco brainstorming in cui le donne hanno evidenziato le difficoltà che vivono in quanto hanno tutto il carico dei problemi assistenziali legati alla maternità e all'assistenza delle persone anziane della famiglia. In particolare emerge il mancato sostegno alla maternità perché non sono previste sostituzioni in caso di maternità per problemi di budget, e non sono diffusi gli asili nidi aziendali sul territorio italiano. Inoltre in ambito lavorativo la donna si sente rallentata nella carriera sia per motivi culturali propri che di vissuto e percezione da parte dei colleghi. La congruenza tra obiettivi sindacali e la femminilizzazione della medicina ha avuto solo poche risposte direttamente pertinenti al quesito e riguardano la necessità che il sindacato riconosca il valore sociale della madre e favorisca

Per favorire la partecipazione attiva e il confronto reale e costruttivo, è necessario suddividere le persone in piccoli gruppi

maggiormente la presenza delle donne nelle trattative sindacali.

Sono state indirettamente ed ampiamente descritte le difficoltà lavorative e di conciliazione e sono state ribadite le richieste di flessibilità, welfare e pari opportunità.

La seconda domanda, dedicata all'individuazione delle eventuali incongruenze di genere nel Contratto Nazionale di Lavoro, ha evidenziato che il Contratto è scritto in modo adeguato ed è rivolto alla persona, ma che in realtà le incongruenze si trovano tra quanto scritto e quanto realizzato. Le donne rilevano che il Sindacato dovrebbe rendere più flessibili le norme (esempio: blocco del turnover, sostituzione della maternità, aumentare il part-time per uomini e donne...) e garantire le stesse chances lavorative dell'uomo, soprattutto in ambito di apicalità.

La terza domanda chiedeva quali sono le facilitazioni e le barriere della carriera della donna medico, ed è emerso che la competenza procreativa e i successivi compiti sono una barriera per la carriera delle donne medico, e che soprattutto da questa vengono i rallentamenti di carriera. Si sottolineano discriminazioni indirette (*"in chirurgia la donna si fa da parte in sala operatoria, le si propone l'ambulatorio"*), ma anche scarsa conoscenza / consapevolezza dei diritti e mancanza di coesione tra donne (*"dis-unione delle donne problema rilevante"*).

Tra le facilitazioni si propongono incontri di formazione e confronto tra donne e uomini, la telemedicina in alcuni ambiti come la radiologia, uno snellimento delle procedure per accedere al part-time e alle opportunità offerte dalla legge 104/1992 e l'aumento dei Comitati Unici di Garanzia.

6. Metaplan

Il Metaplan è una tecnica che permet-

te di gestire con efficacia una discussione di gruppo, favorendo la partecipazione di ogni partecipante grazie alla visualizzazione dell'idea di ogni persona che viene scritta su un foglio adesivo.

Il Metaplan è stato inventato dai fratelli Schnelle in Germania nel 1972 e da allora viene utilizzato in contesti aziendali e formativi.

Si basa sulla raccolta delle opinioni dei partecipanti e la loro successiva organizzazione per aree tematiche.

A Napoli l'organizzazione ha fatto predisporre un pannello, lungo quattro metri e alto due metri, nella sala che ospitava i lavori di gruppo. L'ultimo lavoro della giornata prevedeva che ogni partecipante rispondesse a tre domande: Quali sono i determinanti di genere necessari alla leadership sindacale? Conosci "buone pratiche" a livello nazionale e internazionale?

Quali obiettivi realizzabili a breve e medio termine proponi per la tua realtà? Ogni partecipante aveva il compito di rispondere individualmente su cartoncini colorati adesivi con una parola o un concetto che sintetizzasse efficacemente la sua idea.

In poco tempo il muro bianco è diventato un coloratissimo spazio pieno di pensieri e proposte. Le conduttrici della seduta hanno letto i contributi e cercato di aggregarli per grandi categorie e aree omogenee.

I determinanti di genere necessari per la leadership sindacale sono stati classificati in quattro ampie categorie: la competenza relazionale (empatia, autorevolezza e capacità di ascolto), la competenza organizzativa (capacità di mediazione, capacità di lavorare in gruppo, visione di sistema), la competenza orientata al compito (capacità di sintesi e chiarezza, formazione) e attitudini (determinazione, sensibilità e perseveranza).

Per quanto riguarda le buone pratiche nazionali le partecipanti hanno segnalato i congedi di paternità obbligatori più lunghi, bollino rosa aziendale per le aziende sanitarie e ospedaliere che promuovono politiche lavorative al femminile e il telelavoro.

Per le buone pratiche internazionali, le partecipanti hanno indicato sostegno alla maternità prolungata in Germania, mantenimento del contratto anche se precario in caso di gravidanza, congedo di paternità obbligatorio per almeno un mese in Norvegia, supporto alla genitorialità in Francia, riqualificazione dopo astensione prolungata dal lavoro in Germania.

In ultimo gli obiettivi a breve e medio termine sono stati i seguenti: puntare sulla meritocrazia, aumentare la presenza di asili nido aziendali con orari

idonei alle turnistiche aziendali, valorizzare il lavoro di gruppo e realizzare una maggiore complicità di genere.

7. Valutazione della giornata.

La valutazione di un evento formativo è fonte di riflessione per i partecipanti e per i formatori che hanno pianificato e gestito l'evento formativo. Le informazioni e i feedback raccolti offrono una serie di elementi che permettono di valorizzare gli aspetti positivi e migliorare quelli segnalati come negativi, in un'ottica di continuo miglioramento.

Al termine del convegno dell'Anaa Assomed a Napoli è avvenuta la valutazione della giornata in forma anonima e individuale. Alle partecipanti è stato chiesto di scrivere su un foglio quale aspetto l'avesse più o meno favorevolmente colpita nella giornata, considerando la pianificazione della stessa, i metodi di lavoro e la sua conduzione. I commenti raccolti sono stati quaranta da cui si evince che le partecipanti hanno apprezzato:

- * i contenuti affrontati e li hanno considerati molto interessanti.
- * i metodi di lavoro che hanno permesso uno scambio proficuo tra tutti i partecipanti, la conoscenza reciproca e lo scambio di esperienze tra persone provenienti da realtà geografiche e culturali molto distanti tra loro.

La metodologia di lavoro ha ottenuto ampi riscontri infatti le partecipanti l'hanno definita "innovativa, stimolante, coinvolgente" e adeguata per un lavoro di questo tipo "Il piccolo gruppo perfetto per questo lavoro".

In particolare è piaciuta l'alternanza di strategie formative che ha reso dinamica e leggera la giornata:

- * le relazioni introduttive, sono state definite stimolanti e interessanti per aver saputo introdurre argomenti difficili mantenendo un ottimo livello culturale "Capacità dei relatori del mattino".
- * l'organizzazione generale dell'evento formativo che è stata considerata ottima da tutti i punti di vista.

Per quanto riguarda gli aspetti critici e da migliorare le partecipanti hanno segnalato:

- * l'assenza della controparte maschile. Molte presenti hanno scritto che si è sentita l'assenza degli uomini e chiedono di invitarli nei prossimi appuntamenti "Credo che per raggiungere l'obiettivo sia necessario la prossima volta coinvolgere di più gli uomini".
- * la logistica che ha richiesto lo spostamento da sala conferenza dove vi erano le relazioni frontali alla sala



“

Il Metaplan si basa sulla raccolta delle opinioni dei partecipanti e la loro successiva organizzazione per aree tematiche.



“

Le partecipanti esprimono un grande apprezzamento per l'iniziativa e rilanciano la richiesta di ulteriori incontri futuri aperti anche agli uomini e dedicati alla leadership

dove vi erano i lavori in piccoli gruppi. In effetti lo spostamento di ottanta persone tra piani distinti dell'hotel è stato movimentato e a volte caotico. Alcuni partecipanti hanno lamentato l'ambiente rumoroso perché i lavori di gruppi si sono tenuti nella stessa sala e alcune partecipanti hanno lamentato la voce alta delle colleghe che impedivano un buon ascolto.

* i tempi ristretti. Alcune partecipanti avrebbero voluto più tempo per discutere in piccolo gruppo e anche per una discussione in plenaria. Questo quindi può anche essere considerato un elemento favorevole perché dimostra che le partecipanti avrebbero apprezzato discutere maggiormente in gruppo.

Concludendo, le partecipanti esprimono un grande apprezzamento per l'iniziativa e rilanciano la richiesta di ulteriori incontri futuri aperti anche agli uomini e dedicati alla leadership.

Anche l'organizzazione, le relatrici e le formatrici hanno espresso la loro valutazione della giornata evidenziando la soddisfazione per la riuscita di un evento formativo che poneva la sfida della numerosità dei partecipanti e dell'originalità dei temi affrontati.

Condividono gli aspetti positivi legati al lavoro in piccoli gruppi, l'alternanza di metodi di lavoro che rende più leggera l'attività formativa, il grande coinvolgimento di tutti i presenti, lo sforzo organizzativo di adattare la sede in un setting con tavoli e metaplan in grado di ospitare ben ottanta partecipanti. Quest'ultimo numero rappresenta anche una criticità perché in effetti un evento di questo tipo dovrebbe essere aperto a un massimo di trenta persone, per favorire tempi più distesi e garantire un maggiore scambio di idee ed esperienze in seduta plenaria.

Rimane però la consapevolezza di aver partecipato a un evento importante nella vita delle donne medico, estremamente stimolante sul piano culturale e metodologico.

Bibliografia

- Calvani A. (2000) *Elementi di didattica*. Carocci, Roma
- Dewey J. (1933) *Come pensiamo*. La Nuova Italia, Firenze.
- Guilbert JJ. (2002) *Guida pedagogica per i professionisti della salute*. Edizioni Dalsud, Bari.
- Zannini L. (2008) *Medical Humanities e Medicina narrativa. Nuove prospettive nella formazione dei professionisti della cura*. Raffaello Cortina, Milano.
- Zannini L. (2015) *Fare formazione nei contesti di prevenzione e cura. Modelli, strumenti, narrazioni*. Pensa Multimedia, Lecce

Lavori di gruppo

Descrizione ed analisi dei risultati

Mandati di discussione ai gruppi

PRIMO MANDATO	Riflettere sulla congruenza tra gli obiettivi sindacali e la femminilizzazione della medicina
SECONDO MANDATO	Individuare (in-)congruenze di genere nel Contratto nazionale di lavoro
TERZO MANDATO	Discutere facilitazioni e barriere della carriera delle donne medico
QUARTO MANDATO	Analizzare le criticità della conciliazione vita/professione, del welfare e dei luoghi di lavoro

SECONDO MANDATO

Individuare (in-)congruenze di genere nel Contratto nazionale di lavoro (GRUPPI 4-5)

- CCNL è per il lavoratore a tutto tondo
- Vi sono incongruenze tra quanto previsto e quanto realizzato
- Femminilizzazione della professione non affrontata
- Problema di includere le riflessioni delle donne per far cadere le barriere che hanno le donne medico

PROPOSTE

- Obbligo di sostituzione in caso di assenza
- Obbligo di garantire il benessere del lavoratore con Servizi (asili nido aziendali)
- Modificare l'articolo 15 Azioni preventive propositive
- Aumento del part time
- Migliorare il benessere dei lavoratori (es. asili nido aziendali)
- Articolo che tuteli la donna in prova in relazione alla gravidanza
- Applicazione del contratto anche in caso di contratti atipici

(GRUPPI 4-5)

OSSERVAZIONI E COMMENTI

Il lavoro del secondo mandato è apparso più centrato sul problema, dopo il primo che ha avuto una funzione di brain storming. Quasi tutte le osservazioni erano coerenti con la richiesta, ma non sempre c'era accordo, mentre riguardo alle proposte solo alcune tematiche sono appropriate

PRIMO MANDATO

Riflettere sulla congruenza tra gli obiettivi sindacali e la femminilizzazione della medicina (GRUPPI 1-2-3)

CARATTERIZZAZIONI DEL VIVERE LA PROFESSIONE AL FEMMINILE: GENITORIALITÀ/ CAREGIVER

- Tutto caricato sulla donna per problemi di cultura
- Anche uomini si devono caricare
- SOSTEGNO ALLA MATERNITÀ**
- In maternità la sostituzione non dovrebbe essere intesa come problema di budget
- Sostituzione non dovrebbe essere intesa come problema di budget
- Avere organici al completo
- Favorire di part-time, congedi
- Avere norme nuove

DISCRIMINAZIONE PER LA CARRIERA

- Legata a un retaggio
- Donna rallentata per la carriera prima per paura della maternità

PROBLEMATICHE LEGATE AL FARE SINDACATO COME DONNE

- Il sindacato deve riconoscere il ruolo sociale della madre
- Obiettivi sindacali decisi dagli uomini
- Le donne devono essere presenti anche nelle trattative sindacali

"DOVER ESSERE" (PROPOSTE)

- Avere maggiore solidarietà tra di noi
- Dobbiamo proporci all'interno del sindacato e anche nei luoghi apicali (a volte scusa di avere molti impegni)
- Distinguere tra obiettivi tecnici e ruoli (Obiettivi: retribuzione, tutele sindacali, tutela della paternità e maternità)
- Donne si devono riappropriare del ruolo
- Formazione sindacale deve essere fatta da donne come formatrici (donne hanno da dire in quanto sindacaliste donne)
- Sindacato deve migliorare la capacità di ascolto
- Nel sindacato bisogna cominciare Condividere e dare il proprio contributo

"SLOGAN"

- **Le sindacaliste devono percorrere non rincorrere**
- **Condividere !!!**
- **Maternità è Femminile**

(GRUPPI 1-2-3)

OSSERVAZIONI E COMMENTI

Il primo mandato ha registrato la maggiore quantità di indicazioni, per la novità del lavoro in gruppi, e la opportunità di conoscersi e condividere le difficoltà del lavoro.

La congruenza tra obiettivi sindacali e la femminilizzazione della medicina ha avuto solo poche risposte direttamente pertinenti al quesito. Sono state indirettamente ed ampiamente descritte le difficoltà lavorative e di conciliazione. L'area proposte ricalca mediamente le richieste di flessibilità, welfare, pari opportunità.



Mandati comuni a tutti i gruppi (Metaplan)

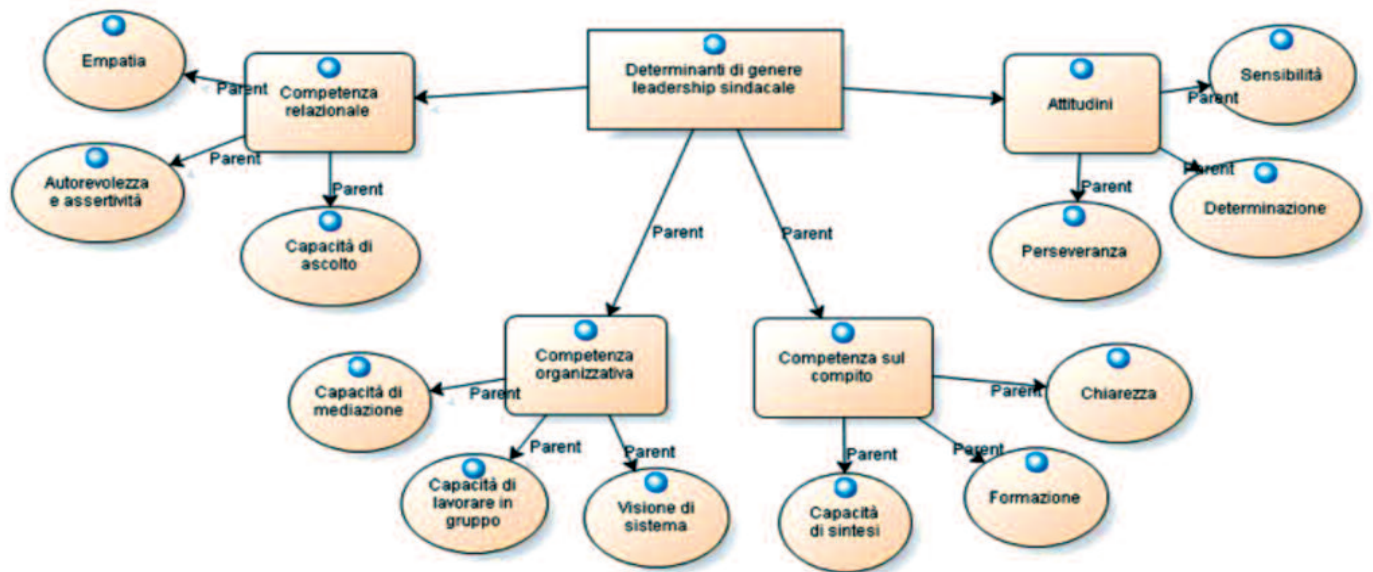
1 Individuare Determinanti di Genere Necessari alla Leadership Sindacale

Sono state individuate categorie e sottocategorie del tema stimolo e individuati quattro snodi fondamentali (attitudini e competenze). Quattro sottocategorie sono esemplificate in altre categorie (ad esempio le competenze rela-

zionali sottendono empatia e ascolto). Questo albero ci permette di trovare una mappa concettuale di tutto l'insieme di espressioni utilizzate dalle partecipanti. Come si vede nella fig. 1 l'analisi dei contenuti "Determinanti di Genere" appare suddivisa in sottogruppi. L'analisi categoriale induce necessariamente ad una sistematizzazione ed alla scelta di dare un posto ad alcune categorie in una

mappa concettuale più ampia da sintetizzare attraverso un grafico. Appare molto integrata la visione della leadership basata sul *compito* e quella basata sulla *relazione*. È interessante che competenze relazionali e attitudini possano ricondursi ad uno stile di leadership al femminile (infatti le competenze relazionali racchiudono in sé empatia, ascolto, sensibilità).

Figura 1



2 Illustrare "buone pratiche" a livello nazionale e internazionale

LE RISPOSTE:

A livello nazionale

Congedo di Paternità Obbligatorio, Congedo Paternità Obbligatorio e più Lungo, Congedo Parentale fruito da Uomini (meccanismi incentivazione), Tutte Operatrici Donne (Lavoro alla casa della Donna e del Bambino), Bollino Rosa per Aziende che promuovano Politiche Lavorative al Femminile, Telelavoro.

A livello internazionale

Straordinari non considerati "efficienza" (Olanda e Svezia), Riqualificazione dopo astensione prolungata dal lavoro (Germania), Sostegno alla maternità prolungata (Germania), Supporti alla genitorialità (Francia), Mantenimento del contratto anche se precario in caso di gravidanza (a livello internazionale), Tempo libero=Valore (paesi più evoluti), Parità del Ruolo Genitoriale nelle società nordiche, Congedo di Paternità Obbligatorio di almeno 1 mese (Norvegia).

Poi tra le buone pratiche vengono individuate le seguenti indicazioni, più come proposte che nel senso letterale, che abbiamo raggruppato nei seguenti campi:

Part time e Flessibilità

Part Time, Riconoscere il lavoro festivo come disagiata, Flessibilità Orari (Evitare i turni pomeridiani), Facilitazioni al Part Time Verticale, Accesso Flessibile al Part Time, Creazione di ambienti con orari flessibili per la gestione dei figli, Implementare il part time, Turni H 24 (9-21/ 21/9) permettendo cena o colazione in famiglia, Flessibilità del Lavoro come orario e come tipo di lavoro (compiti burocratici quando sia impossibile attività di reparto), Flessibilità orario di lavoro, Congedo di paternità più flessibile, Organizzazione di lavoro flessibile, Tempestiva attribuzione delle tutele genitoriali, Servizi, Comunicazione, Aggiornamento, Formazione, Asilo Nido Aziendale, Formazione sulla Legislazione a tutela del Lavoro femminile.

"Rappresentanza"

Maggiore Rappresentanza, Maggiore Rappresentanza Femminile, Maggiore Rappresentanza delle Donne, Rappresentanza di genere al 50% negli organismi, quando possibile, Rendere pubbliche le % di apicalità di genere per

sensibilizzare al problema.

"Obiettivi"

Puntare sulla meritocrazia, Implementare la presenza di Asili Nido Aziendali con orari idonei alle turnistiche aziendali, Favorire la Meritocrazia come Strumento di Equalizzazione tra i generi, Evitare le assenze ingiustificate, Gioco di squadra con Valorizzazione dei membri del gruppo di lavoro, Se maternità fisiologica non costringere donna a stare a casa ma darle incarichi non a rischio così da sgravare i colleghi, Maggiore complicità di genere: per raggiungere obiettivi serve più coesione tra donne, In Campania: studio approfondito del piano sanitario territoriale e messa a punto di percorsi diagnostico terapeutici assistenziali appropriati/efficaci/sostenibili.

3 Individuare obiettivi realizzabili a breve e medio termine nella propria realtà

Nel caso del mandato "Indicate un obiettivo a breve termine da perseguire nella vostra realtà" abbiamo costruito un wordle (vedi figura pagina 15), soluzione preferibile per la ricorrenza di concetti enunciati/parole chiave enunciati dalle partecipanti.

Pat Carra per l'Anaa Assomed



Guarda
tutte le vignette
nel video
Anaa Web TV



Apri il lettore QR
code del tuo
dispositivo e
inquadra il codice
con il display per
leggerne il
contenuto.

IL MENSILE DELL'ANAAO ASSOMED

**d!rigenza
medica**

Sede di Roma:
via XX Settembre, 68
Tel. 06.4245741
Fax 06.48.90.35.23

Sede di Milano:
via D. Scarlatti, 27

dirigenza.medica@anaao.it
www.anaao.it

Direttore
Costantino Troise

Direttore responsabile
Silvia Procaccini

Comitato di redazione:
Eleonora Albanese
Claudio Auriemma Aurigemma
Giorgio Cavallero
Gabriele Gallone
Filippo Gianfelice
Domenico Iscaro
Mario Lavecchia
Giuseppe Montante
Domenico Montemurro
Cosimo Nocera
Carlo Palermo
Maria Parmeggiani
Giuseppe Ricucci
Alberto Spanò

Coordinamento redazionale
Ester Maragò

**Progetto grafico
e impaginazione**



Edizioni Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario

Editore
Edizioni Health Communication
Via Vittore Carpaccio 18
0147 Roma
Tel. 06.59.44.61
Fax 06.59.44.62.28

Stampa
STRpress, Pomezia (Rm)

Registrazione al Tribunale di
Milano n. 182/2002
del 25.3.2002.

Poste Italiane S.p.A. - Spedizione
in Abbonamento Postale - 70% -
DCB Roma

Diritto alla riservatezza:
"Dirigenza Medica" garantisce la
massima riservatezza dei dati
forniti dagli abbonati nel rispetto
della legge 675/96

Costo a copia: euro 2,50
Finito di stampare
nel mese di maggio 2017

1

2

3

4

SCOPRI

4 RAGIONI IN PIÙ PER ISCRIVERTI ALL'ANAAO ASSOMED

**RC COLPA
GRAVE/
POLIZZA UNICA**

RC COLPA GRAVE
GRATUITA
FINO AL
31 DICEMBRE 2017

**TUTELA
LEGALE**

POLIZZA
GRATUITA
COMPRESA
NELLA QUOTA
DI ISCRIZIONE

FORMAZIONE

CORSI
DI FORMAZIONE
QUADRI
CORSI DELLA
FONDAZIONE
PIETRO PACI
GRATUITI

SERVIZI

A DISPOSIZIONE
GRATUITAMENTE
UN AVVOCATO PER
ATTIVITÀ DI
CONSULENZA
O DIFESA
STRAGIUDIZIALE

Caro Collega

la forza di un sindacato si giudica dalle sue idee e dalla capacità di tradurle in pratica. Tutto però cammina sulle gambe e sul numero dei suoi iscritti.

Per questo l'Anaa Assomed promuove una Campagna di iscrizione 2017 al servizio della quale pone non solo la sua storia e la sua forza, ma anche concreti

vantaggi per la professione che rafforzano le tutele e promuovono lo sviluppo formativo.