

TESI CONGRESSUALE

a cura di  
 ANITA PARMEGGIANI  
 SIMONA BONACCORSO  
 MARLENE GIUGLIANO  
 SANDRA MORANO  
 SARA PIU  
 CLAUDIA POZZI  
 ALESSANDRA  
 SPEDICATO  
 ROSELLA ZERBI

# RAPPRESENTANZA E AUTORITÀ VERSO UNA SANITÀ ORIENTATA DALLE DONNE

- **Le donne Anaa Assomed e i numeri**
- **L'attività svolta nel quadriennio 2014-2018**
- **Obiettivi e prospettive**
- **Rappresentanza sindacale e sovranità femminile differente**
- **Dal protagonismo all'autorevolezza: le sfide della femminilizzazione della medicina e del sindacato**
- **Quello che le donne dicono, quello che le donne vogliono**
- **Quale sindacato vogliamo**
- **Possibili sviluppi e scenari futuri**
- **Verso il futuro: autorità o autorevolezza?**

Le riflessioni pregressuali che vorremmo condividere sono orientate a presentare: un quadro numerico della presenza femminile non solo come iscritte ma anche come elette nei vari organismi che rappresentano il sindacato dal livello aziendale al vertice una descrizione di quanto è cambiato negli ultimi anni a livello partecipativo e propositivo, da quando cioè la "questione femminile" è stata affrontata nella sua globalità con iniziative ad hoc una introduzione alle parole e allo sguardo della differenza, per ripensare la rappresentanza sindacale ed attrezzarla a scenari futuri.

## LE DONNE ANAAO IN NUMERI

Questo paragrafo ha l'obiettivo di descrivere:

- la quantità delle donne all'interno del nostro sindacato
- la quantità delle donne all'interno dei quadri
- una valutazione della variazione (se presente) vs 2014 e 2010
- una valutazione della diversa rappresentatività nelle tre macroaree (nord-centro-sud) delle iscritte e delle donne all'interno dei quadri.

## L'ANAAO E LA PARITARIA PRESENZA DI GENERE

L'Anaa, nel suo congresso nazionale del 2010 ha eletto, per la prima volta dalla sua fondazione, una donna nell'esecutivo nazionale e ha contemporaneamente cooptato, con i limiti della cooptazione, due giovani under 40, una donna ed un uomo, sempre nell'esecutivo nazionale. Il nostro sindacato, dunque, per 51 anni consecutivi dalla sua fondazione avvenuta nel 1959 ha avuto esclusivamente uomini a ricoprire le cariche negli organismi nazionali e la maggior parte di quelle regionali. Un sindacato per mezzo secolo esclusivamente nelle mani degli uomini. Possiamo legittimamente chiederci come sarebbe andata se le donne avessero potuto esprimersi e rappresentare/ rappresentarsi sin dall'inizio o maggiormente? Da anni, parlando di rappresentanza di genere si parla di problema di rappresentanza femminile. Sarebbe interessante invertire il punto di vista e parlare di problema della rappresentanza maschile, dei limiti e delle conseguenze di una dirigenza sindacale monogenere maschile che da una parte si avvale e si fa forte del peso della iscritte ormai prossime al 50%,

ma che dall'altra, nei fatti, le esclude sistematicamente dai luoghi decisionali.

Una pietra miliare della equa rappresentanza in Anaaò è stato lo Statuto di Caserta (2013) che ha introdotto la quota della soglia minima del 20% di rappresentanza di genere<sup>1</sup>, modificando sostanzialmente l'enunciato dell'allora vigente articolo 28 (Silvi Marina 2010) che recitando "Nella composizione degli organismi dirigenti dell'Associazione a livello nazionale, regionale ed aziendale va garantita la presenza di entrambi i generi maschile e femminile assumendo come riferimento tendenziale la percentuale della suddivisione di genere sul totale degli iscritti" rimase completamente disatteso, non applicato. Probabilmente perché letto alla stregua di una dichiarazione di intenti piuttosto che di una norma statutaria volta a garantire una democrazia paritaria nel governo e nelle politiche sindacali.

Tuttavia anche il congresso di Abano Terme non ha pienamente rispettato lo statuto: presidenza e vicepresidenza del sindacato e del consiglio nazionale sono 100% maschili e negli organismi elettivi nazionali solo la Direzione Nazionale (26,6% vs 73,4%) esprime almeno il 20% del genere meno rappresentato (vedi tabella 1).

Molte di noi iscritte Anaaò avevamo chiesto invano il 30% ritenendo necessaria una azione positiva analoga attraverso la legge n. 120/2011 Golfo-Mosca, che introduce le quote di genere nella composizione dei consigli di amministrazione delle società quotate, pubbliche e partecipate pubbliche e della legge n. 215 del novembre 2012, grazie alla quale per la prima volta si è votato con la "doppia preferenza" nei comuni superiori ai 5000 abitanti, pena l'annullamento della seconda preferenza. Richiesta non accolta.

Alla luce dei fatti molto rimane da fare. Si può tuttavia ritenere che qualcosa si è lentamente mosso e che molte delle colleghe elette negli organismi nazionale e periferici nei rinnovi delle cariche del 2014 lo siano state grazie alla soglia del 20%.

Possiamo certamente affermare che è stata una grande occasione di arricchimento aver potuto beneficiare delle presenze e dei contributi delle colleghe!!! In più la presenza femminile ha indotto non certo a modificare linguaggio, ma almeno a contenere derive lessicali discriminatorie nelle riunioni, contribuendo nei fatti a migliorare il contesto sindacale e, vogliamo credere, non solo quello.

Tutto conta.

TABELLA 1

RAPPRESENTANZA CONGRESSO ABANO TERME

ORGANISMO	COMPONENTI	UOMINI (%)	DONNE (%)
Esecutivo Nazionale	12	10	2 (16,6%)
Direzione nazionale	30	22	8 (26,6%)
Commissione controllo	7	6	1 (14,3%)
Revisori conti	3	3	0 (0%)
Revisori dei conti (con supplenti)	5	4	1 (20%)

Le donne del nostro sindacato sono soddisfatte di come sono rappresentate? Le colleghe del settore dirigenza sanitaria, in particolare, come vedono nel loro settore la distanza tra il numero di iscritte e la loro rappresentanza? Anche questo crediamo sia un tema da affrontare.

## ATTIVITÀ SVOLTA DAL 2010 AL 2018

Questo paragrafo ha l'obiettivo di descrivere le iniziative svolte nel quadriennio indicato, ed in particolare:

- le conferenze Anaaò Donne come eventi nazionali, (2012 e in particolare 2016), e regionali (la prima Conferenza Anaaò Donne Toscana del 2018)
- I convegni ANAAO Giovani: partecipazione delle donne
- Scuola Quadri ed eventi Pietro Paci: presenza delle donne.

Il nostro sindacato ha mostrato attenzione ai cambiamenti legati all'aumento del numero di donne nel panorama medico con un importante numero di incontri incentrati su tematiche

<sup>1</sup> Statuto Caserta. Articolo 30 "Rappresentanza di genere. Nella composizione degli organismi dirigenti dell'Associazione a livello nazionale, regionale ed aziendale va garantita la presenza di genere in proporzione non inferiore al 20%".

di genere e su una migliore organizzazione del lavoro.

Nel Dicembre 2012 si riunisce a Roma la I Conferenza Nazionale “Donne e Medicina: una nuova Sfida per la Sanità del Futuro” ponendo l’attenzione sulle difficoltà delle dirigenti mediche e sanitarie in ambito lavorativo.

Con il congresso straordinario del 2013 di Caserta, si apre un nuovo scenario per le dirigenti interessate all’attività dell’Anaa; nell’ultimo statuto, infatti, viene introdotto “l’impegno a favorire e supportare le politiche di conciliazione tra vita lavorativa e vita privata”. Il quadriennio 2014-2018 raccoglie l’eredità di quanto fatto negli anni precedenti, e a Padova, nell’ambito del 23° Congresso Nazionale, viene organizzato un seminario satellite su “Donne Medicina e Rappresentanza Democratica”, in cui, per la prima volta, veniva focalizzata la mutata natura della rappresentanza.

Con la II Conferenza Anaa Giovani, che si svolge a Napoli nel Settembre 2015, vengono evidenziate le difficoltà lavorative dei giovani, peggiorate dai continui e sempre maggiori tagli alla sanità. I partecipanti risultano essere 76, 46 uomini e 30 donne. È un dato importante: la presenza femminile ad un incontro di natura sindacale si dimostra viva ancorché non pienamente rappresentativa della proporzione di donne operanti nelle corsie tra gli under 40. Sempre a Napoli, nel 2016, si svolge il convegno “Precarietà lavorativa: ipotesi di guida per la tutela dei diritti negati della donna lavoratrice”, dove viene ripresa la difficile conciliazione tra lavoro e famiglia, in una organizzazione sanitaria ancora tarata su schemi tipicamente maschili.

Le partecipanti sono 54, un numero importante per un evento a carattere regionale.

Contestualmente l’Anaa Giovani lancia una survey, ad ottobre 2016, che cerca di analizzare quali siano i principali ostacoli delle donne medico in corsia. Il quadro che viene fuori, grazie all’importante risposta di oltre 1000 medici (di cui circa l’80% donne) evidenzia ancora una volta barriere quali: difficoltà nelle sostituzioni di maternità, nella conciliazione dei tempi casa lavoro, nelle prospettive di carriera.



I risultati della survey vengono resi noti nell’ambito della II Conferenza nazionale “Donne Sanità, Sindacato” tenutasi a Napoli, nel 2016. Con questa II conferenza inizia un percorso di formazione che partendo dalla storia, con il contributo della filosofia e con la metodologia della pedagogia medica, cerca di introdurre una prospettiva femminile nella trasformazione della sanità e del sindacato. Le partecipanti risultano 81, in linea con la crescente attenzione alla tematica.

Ancora a Napoli, nel 2017, viene organizzato il convegno a carattere regionale “Disagio lavorativo: analisi e prospettive” con un messaggio forte e chiaro sulle disparità lavorative, sulle mutate esigenze della famiglia e della conciliazione vita-lavoro.

Nel settembre 2017 si tiene a Firenze la III Conferenza Nazionale Anaaio Giovani. I partecipanti sono 82 partecipanti, di cui 36 donne.

Infine, nel marzo 2018 a Chianciano, nella I Conferenza Regionale Anaaio Toscana, anche questa a carattere formativo, si parla di “Donne, Sanità e Sindacato”, ponendo l’attenzione su percorsi da sviluppare per arrivare ad una reale rappresentanza ed autorità femminile.

Le partecipanti sono 45, un numero importante per un evento a carattere regionale.

Nuovi dati, a conferma di una maggiore partecipazione femminile si possono ricavare dalla partecipazione all’attività formativa della Fondazione Pietro Paci. Il sito è stato lanciato nella seconda metà del 2015. La piattaforma è entrata a pieno regime nel 2016, con la formazione residenziale e nel 2017 con quella FAD. A oggi, le donne con un account al sito della Fondazione sono 2.163 su un totale di 4.146 iscritti.

Per quanto riguarda le docenze, invece, sono state 44 su 131.

## OBIETTIVI E PROSPETTIVE

### IL PROFILO DELLA DONNA ISCRITTA AL SINDACATO VERSO L'AUTOREVOLEZZA E CONSAPEVOLEZZA DEL RUOLO E POTENZIALITÀ DELLE DONNE POSSIBILI SVILUPPI E SCENARI FUTURI

Dalle precedenti sezioni si delinea il profilo dei soggetti femminili che disegnano curve in salita e che si muovono oggi nel mondo delle cure come esponenti del più numeroso sindacato dei medici ospedalieri; la presenza di questi soggetti, nei vari ambiti e nella geografia del paese, dovrebbe preludere ad un sostanziale cambio di prospettiva.

Guardando indietro, nel 2010 appare per la prima volta nelle tesi congressuali la “questione di genere”. Ed è alla fine del 2012 che viene organizzata la I conferenza nazionale ANAAIO Donne, seguita da una serie di iniziative specifiche nell’ultimo quadriennio. In particolare è interessante segnalare, rispetto ad altre associazioni sindacali mediche, la proposizione ad un numero selezionato di iscritte, di un Corso di Formazione al Femminile (*Donne Sanità, Sindacato, Napoli 2016*), che per tematiche, metodologia (interdisciplinarietà, pedagogia medica) ed obiettivi, si fa carico di preparare le donne medico alla svolta richiesta dai tempi.

Il 24° Congresso Nazionale ha tutte le caratteristiche di una cruciale **transizione ad una importante presenza femminile** nell’Associazione, ma, come più volte portato alla attenzione nei dibattiti ed in vari convegni, questa maggiore presenza di donne non significa ancora (non solo in questo Sindacato e non solo in questo Paese) il raggiungimento dell’identità di autrici di un futuro “governo”, né in assoluto né “al femminile”.

*“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” (Anna Rosa Buttarelli, DM speciale-5maggio2017).*

## RAPPRESENTANZA SINDACALE E SOVRANITÀ FEMMINILE DIFFERENTE

### PRIMO OBIETTIVO: CAMBIARE LA TERMINOLOGIA

Per introdurre e discutere nell’ambito delle Tesi Congressuali la contraddizione appena commentata, si avverte la necessità di uscire dalla proposta **“Politiche di genere”** (definizione che richiama spesso una ghetizzazione e un vittimismo legati alla condizione femminile) per indirizzare la riflessione pregressuale verso nuove e differenti parole chiave riguardo:

■ analisi delle attuali forme della **rappresentanza**

*“In quanto alla rappresentanza... 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 que-*

sta 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**.” (Anna Rosa Buttarelli, DM speciale-5 maggio 2017)

#### ■ 2 ) definizione di **autorevolezza femminile**

“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 (Anna Rosa Buttarelli, DM speciale-5 maggio 2017).

Constatiamo che finora il concentrarsi sulla prospettiva “di genere”, pur necessaria alla denuncia di disparità (di trattamento economico, di progressione di carriera) e disagio lavorativo (sbilanciamento vita-lavoro, welfare sempre più ridotto e sempre più a carico delle donne), non ha diminuito la forbice tra crescente presenza femminile e peso nell’ambito della Associazione:

“...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.” (Anna Rosa Buttarelli, DM speciale-5 maggio 2017).

## DAL PROTAGONISMO ALL’AUTOREVOLEZZA: LE SFIDE DELLA FEMMINILIZZAZIONE DELLA MEDICINA E DEL SINDACATO

Se si guarda alle succitate Tesi del 2010 e 2014, le “politiche di genere” coincidono con rivendicazioni da giustaporre a quelle generali, con in più la frustrazione derivante dalla consapevolezza che, se quelle dei medici in generale non sono state negli anni ascoltate ed attese dalla politica, a maggior ragione quelle delle donne sembrano al massimo un corollario, in primis per gli stessi compagni di lotta, quelli insieme a cui quotidianamente si rivendica a livello aziendale. Da una parte quindi la elementare richiesta di più “potere alle donne”; dall’altra il dato oggettivo dei numeri, in tutte le professioni, e segnatamente in Medicina, dove le iscritte sono sempre di più, anche in ragione della femminilizzazione crescente del lavoro medico di cura. Le qualità delle donne sono dimostrate non solo da migliori risultati delle studentesse, ma anche dalle ormai note osservazioni per cui “i pazienti seguiti e curati dalle donne porterebbero, nel tempo, ad *outcomes* migliori rispetto a quelli dei pazienti seguiti e curati dai colleghi uomini; a fare la differenza sembrerebbe, tra l’altro, essere *l’approccio più umano al paziente e le capacità di ascolto*, qualità che indurrebbero una maggiore *compliance* del paziente verso la terapia... Alle donne vengono anche riconosciute doti comunicative legate ad una più sviluppata intelligenza emotiva (punteggio più alto degli uomini in tutti gli aspetti: Korn Ferry Hay Group LOS ANGELES, 8 marzo 2016) e ad una maggiore assertività che le renderebbe particolarmente adatte al ruolo di leader”. Con Buttarelli, da cui abbiamo ripreso alcuni brani tratti dalla relazione fatta al Corso di Napoli sopra citato (DM speciale-5 maggio 2017) concordiamo che:

“**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”.

...**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 para-

digmi 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.” (Anna Rosa Buttarelli, *DM speciale-5 maggio 2017*).

Ma questo percorso di trasformazione richiede tempo e chiarezza, necessari a superare parole chiave ancora prigioniere di aspetti emancipazionistici, “un passo avanti e due indietro” tra obiettivi quantitativi ed esigenze di autorevolezza, come evidenziato sia nelle esperienze individuali di alcune delle autrici (riportate in corsivo), sia nei lavori di gruppo del Corso di Chianciano.

## QUELLO CHE LE DONNE DICONO, QUELLO CHE LE DONNE VOGLIONO

### 1. PERCHÉ HAI SCELTO IL SINDACATO?

*“Che cosa spinge una donna medico a partecipare (o a non partecipare) alla vita sindacale? Come deve essere ripensato il sindacato per incontrare diverse esigenze di genere? Rispondere a queste domande non è semplice. Si corre il rischio o di generalizzare o di fare un riferimento al vissuto personale che per sua natura, è limitato. Possiamo permettere le donne medico non sindacalizzate in condizione di interessarsi alle nostre attività e possiamo fare questo con strumenti che abbiamo: le donne Anaa!! Le donne richiamano donne, perché anche i caratteri più timidi hanno meno difficoltà ad avvicinarsi ad un gruppo di lavoro composto da donne che da uomini. Mi viene in mente la Norvegia dove l’anno scorso è stata combattuta una battaglia molto aspra tra specializzande e governo riguardo la tutela dei diritti della maternità durante la specializzazione. Questa battaglia è stata vinta perché i primi a mettersi in gioco (anche in modo scherzoso con pance finte e atteggiamenti caricaturali sui social networks) sono stati gli specializzandi maschi. Sarebbe interessante chiedere ad un gruppo di colleghi, quali sono le loro idee per incentivare la presenza femminile. Magari potrebbero offrirvi punti di vista differenti”.*

*“Nella mia esperienza le donne e gli uomini scelgono il sindacato per le stesse motivazioni: cercano nel sindacato e nei suoi rappresentanti un interlocutore in grado di ascoltare, rispondere alle loro domande e di agire tutelando i loro interessi”*

**Parole chiave :** sintesi condivisa, tutela, sindacato di categoria è più rappresentativo, crescita professionale, necessità, etica, impegno, condivisione, tutela, fiducia, senso di partecipazione, condizioni di lavoro, Iscrizione avvenuta per caso, avere una rappresentanza in sede istituzionale, rappresentare, maggior rispondenza di questo sindacato rispetto ad altri.

### 2. COME LE DONNE HANNO SCELTO, VIVONO E VOGLIONO IL SINDACATO?

*“Per quanto riguarda il possibile interesse delle donne medico ai contenuti delle vertenze e delle lotte sindacali, credo che l’interesse ci sia già, anche sui temi correnti. Questo interesse viene però prontamente disilluso quando proposte concrete e fattive (e anche previste dalla legislazione corrente) quali sostituzione maternità, part time, flessibilità oraria e così via, vengono non attuate per i più disparati motivi. La disillusione nasce dall’incertezza del diritto”.*

*“Nella mia regione stiamo vivendo importanti e confuse trasformazioni in ambito sanitario, I colleghi sono inquieti e chiedono frequentemente spiegazioni in merito al nuovo contratto, alle delibere aziendali e regionali, alla normativa vigente, alla stabilizzazione e così via. D’altra parte si dimostrano molto collaborativi e provvedono a segnalare tutte le anomalie che osservano, contribuendo notevolmente alla mia attività. Non ho notato una sostanziale differenza tra uomini e donne; a parte la maternità, condividono ed esprimono gli stessi problemi. Diverso è invece il discorso relativo all’impegno attivo che viene in linea di massima evitato sia dagli uomini che dalle donne, perché oneroso in termini di tempo e poco soddisfacente in termini di risultati”.*

### 3. TI SENTI A TUO AGIO?

Si, adesso; da quando la componente femminile è aumentata perché ci si sente comprese. Bene. Sindacato usato come strumento per raggiungere obiettivi da parte di persone che lo strumentalizzano per i propri obiettivi personali. Bene, stiamo conquistando il nostro spazio, vogliamo averlo; c'è molto da fare e si deve fare; curiosità, desiderio di strumenti, desiderio di gestire il tempo altro (di vita); Si, occasione di confronto; non sempre, difficoltà per diversi motivi, mancanza di collaborazione, personalismi maschili, conflitti di interesse

### 4. CHE COSA OSTACOLA ANCORA - NON ULTIMO DA PARTE DELLE STESSE COLLEGHE DONNE – IL RICONOSCIMENTO DELLA PIENA AUTOREVOLEZZA, L'AFFERMARSI DI UNA RICONOSCIBILE E RICONOSCIUTA LEADERSHIP FEMMINILE NELLA ASSOCIAZIONE?

*“Cultura maschilista diffusa e sue implicazioni lavorative e familiari (meno tempo e maggior frustrazione dei colleghi maschi) Maschilismo nelle figure istituzionali e nelle donne; Difficoltà per le donne non solo a fare gruppo ma anche a cooptare altre donne valide nei posti di potere (le donne non si coalizzano tra loro e non favoriscono l'ascesa delle colleghe donne); questa è una differenza importante perché gli uomini sono abituati a cercare un successore che sia valido quanto e più di loro. Indifferenza sostanziale (non formale, quella c'è) del mondo maschile alle problematiche femminili, le donne continuano a parlare dei problemi delle donne tra donne e gli uomini lasciano alle donne esattamente quello spazio”.*

*“Valorizzare con crescenti responsabilità le presenze femminili esistenti. Generalmente quando le donne sono nei gruppi dirigenti, si dimostrano molto più responsabili e diligenti nei confronti dei compiti assegnati, nei confronti dei colleghi uomini. Premiare questo atteggiamento con incarichi crescenti. Nei momenti di creazione di un gruppo di lavoro, scegliere prima tra le donne e successivamente, coprire i posti mancanti con figure maschili. Solitamente avviene il contrario. Rispettare rigidamente i quorum di rappresentatività di genere. Pieno e sincero sostegno al progetto da parte della componente maschile”.*

**Parole chiave:** quello che manca: regole certe a tutela delle diverse esigenze della donna che limitano il tempo che essa ha a disposizione per occuparsi di attività sindacale; validi strumenti che permettano un'adeguata rappresentanza femminile ai vertici; volontà; formazione ; appeal; conoscenza, impegno continuo; manca la coscienza di una tutela costante ; proposte sul concreto

**Tempo** Fattore tempo limitazione oggettiva o soggettiva, Se il fattore tempo è una limitazione oggettiva, dobbiamo affermare la nostra dignità di donna e professionista

**Conoscenza** La non conoscenza delle leggi e normative per poter essere rappresentative; competenza, problema di non essere abbastanza informate, Sensazione di non essere ascoltate come se le cose nostre fossero di minor importanza Pregiudizio, monopolio del potere, Precariato, non completa consapevolezza della propria autorevolezza, dignità di donna e professionista.

## QUALE SINDACATO VOGLIAMO

**Che abbia maggior rappresentatività del mondo femminile;** Con donne medico pro-attive; Sindacato con ruolo propulsivo, che tutela chi se ne va, che mi fa lavorare in sicurezza; Sindacato comunicante, che ci informi, che ci faccia comunicare; Woman friendly; Contribuisca a creare una maggior consapevolezza del proprio valore attraverso la propria conoscenza e formazione adeguata; Maggiore attenzione alle questioni di genere; Maggiore rappresentanza e rappresentatività del genere femminile, attribuire il diverso peso alle priorità; Ruolo propositivo vero, tuteli i diritti di chi ha diritto (a maternità) e di chi rimane, che vi faccia parlare; Maggiore consapevolezza personale del proprio valore, formazione che sia adeguata; Maggiore attenzione a equità e problematiche di genere, maggiore autorevolezza nelle Aziende.

### Quali obiettivi

Portare la nostra differenza nel sindacato; A livello locale la specificità è qualitativa (empatia, ascolto, mettersi in discussione, fare un passo indietro); Farci portavoce nel gruppo delle donne medico; Far conoscere i temi sindacali; Donne medico dovrebbero studiare temi

sindacali e aspetti legislativi; Portare la nostra specificità nel sindacato; Fare formazione dei giovani... alcuni vanno in pensione e non sanno come trasferirlo ai giovani; Non dare per scontato i diritti acquisiti; Pensare in modo transgenerazionale (ci vogliono generazioni per cambiare mentalità), Creare rete di contatti per condividere linguaggio comune; Aumentare la consapevolezza del ruolo che possono avere le donne; Cambiare delle parole: lotta con coinvolgimento, progettazione, lavorare insieme, confronto, essere donna e arrivare a quel punto; Apertura di altre tematiche, apertura a singole professionalità, maggiore coesione, tutela della maternità, precariato come diversità; Formazione delle nuove generazioni, problema della trasmissione, rinnovare obiettivi e trasferirli; Riprendere le lotte del passato, tenendo presente le trasformazioni della società.

## POSSIBILI SVILUPPI E SCENARI FUTURI

### COME SARÀ IL SINDACATO DELLA TRANSIZIONE ALLA FEMMINILIZZAZIONE DELLA MEDICINA?

*“La forza è nelle differenze, non nelle similitudini” (Stephen Covey 1932-2012) “Le donne che hanno cambiato il mondo non hanno mai avuto bisogno di mostrare nulla se non la loro intelligenza” (Rita Levi Montalcini 1909-2012) “Solo quando si potrà parlare liberamente e serenamente di “quote di merito” e non più di quote di genere, solo quando riusciremo ad accogliere più consapevolmente il concetto di “TEAM” inteso come “Squadra” all’interno dei nostri reparti ospedalieri, solo quando riusciremo a far anteporre il benessere lavorativo della Squadra alle logiche aziendali del risparmio, solo allora potremo dire di avere apportato il giusto passo in avanti, in giusto progresso nella vita lavorativa del medico e del medico donna. La strada è lunga e gli scenari sono complessi ma non immutabili e il sindacato può, senza alcun dubbio, porre le basi per tracciare il giusto percorso”.*

### E COME SARANNO I LUOGHI DELLA CURA, GLI STRUMENTI, LE PAROLE?

Mentre ci immaginiamo che i primi tornino ad essere ospitali dopo la indegna dittatura economicistica degli ultimi anni, speriamo che gli **strumenti** siano sempre più appropriati e le **parole** sempre più capaci di trasformare.

Dicevamo a conclusione del I Corso di Napoli che 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 visibile in generale. 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 ed abitare con agio quello che diventerà l’attuale Servizio Sanitario.

## VERSO IL FUTURO: AUTORITÀ O AUTOREVOLEZZA?

Fare chiarezza: le parole sono importanti. Non si può confondere l’**autorevolezza** con il merito individuale, o con il protagonismo percentuale femminile:

**Autorità:** *“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’ avere prestigio o per narcisismo, perché non passa da lì la costruzione di una solidità personale, non passa da fugaci riconoscimenti di ruolo ma, appunto, per amore del mondo.” (Anna Rosa Buttarelli, DM speciale-5 maggio 2017).*

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, come hanno denunciato. Da qui deve partire la necessità etica di trasformare il sindacato ad opera delle donne e degli uomini che hanno a cuore, per sé e per gli altri, la priorità dell’umano e delle relazioni di cura.

TABELLA 2

## ISCRITTE ANAAO-ASSOMED 2009-2018

REGIONE	% iscritte 2018	% iscritte 2009	% differenza 2009-2018
ABRUZZO	42,2	33,1	9,3
BASILICATA	34,9	24,4	10,5
CALABRIA	43,6	25,2	18,4
CAMPANIA	35,9	23,5	12,4
EMILIA ROMAGNA	52,1	36,7	15,4
FRIULI VENEZIA GIULIA	50,3	30,8	19,5
<b>ITALIA</b>	<b>46,43</b>	<b>33,3</b>	<b>13,13</b>
LAZIO	45,0	32,9	12,1
LIGURIA	50,2	37,6	12,6
LOMBARDIA	46,3	35,5	10,8
MARCHE	43,3	29,3	14,0
MOLISE	44,8	33,0	11,8
PIEMONTE	48,7	40,9	7,8
PUGLIA	36,9	23,3	13,6
SARDEGNA	60,2	52,2	8,0
SICILIA	46,7	28,5	18,2
TOSCANA	49,2	36,7	12,5
TRENTINO	49,0	36,6	12,4
UMBRIA	52,3	27,8	24,5
VALLE D'AOSTA	34,5	20,2	14,3
VENETO	45,5	31,4	14,1