

APPUNTI

INTRODUZIONE

Siamo a quasi due anni dal Convegno su Donne e Medicina, che si interrogava Su motivazioni e scelte specialistiche, e da questa “femminilizzazione” immaginava per il futuro esistenze private e professionali il più possibile coerenti con una diversità di genere che non è più utile a nessuno ignorare. Oggi però le donne impegnate negli ospedali o in ambito territoriale e attratte dal richiamo alla responsabilità nel mondo medico sono ancora troppo poche, svantaggiate nel rincorrere una improbabile parità, in contesti dominati ancora da un pensiero ed un linguaggio estranei.

Se è vero, d'altronde, che nei prossimi anni giocoforza le donne occuperanno in massa in molti posti apicali che rimarranno liberi, non è altrettanto scontato che l'occupazione di questi posti porterà ad una svolta, ad una Medicina appresa, pensata e praticata con uno sguardo femminile, stante l'attuale “neutralità” dell'insegnamento della stessa nelle sedi universitarie.

Oggi per la prima volta il Congresso Nazionale del più grande sindacato dei dirigenti medici inizia con una riflessione sulla importanza di leggere la relazione, sul desiderio di perseguire una diversa partecipazione (e quale?) in cui muoversi con agio. In continuità col convegno precedente, questo evento, rivolto alle dottoresse delegate, ma anche a tutte le iscritte e iscritti interessati, si inserisce nella tradizione associativa evidenziando la necessità di nuove forme di solidarietà sindacale e di una rappresentanza democratica nella differenza.

A seguire, la novità dello spettacolo teatrale “La semplicità ingannata”, una metafora sulle abilità delle donne a trasformare l'esclusione in esclusività, concluderà questa speciale sessione di apertura del XXIII Congresso. Un omaggio - un ritorno - al futuro.

QUALCHE RIFERIMENTO

“Cerco di offrire un contributo eccentrico rispetto ai tentativi di tamponare la crisi irreversibile del sistema elettorale basato sul concetto di “rappresentanza”, trovando ragioni e necessità nel dare un significato positivo a un altro fatto a noi contemporaneo: la presenza diffusa di donne nel governo locale e la loro rarefazione, invece, ai vertici dei luoghi della rappresentanza per eccellenza: parlamento e sindacati. La rarefazione del numero di donne nei parlamenti è una realtà universale nei paesi dove il funzionamento della convivenza è regolato con i codici della democrazia rappresentativa, ed è un orizzonte non estraneo anche ai paesi del Nord Europa, all'avanguardia nel porre le donne ai vertici, fino a coprire, in alcuni casi, oltre il 40% dell'assemblea parlamentare.....Questo fatto associa, sia nel nord Europa che qui in Italia, la presenza pubblica femminile a politiche normative esplicitamente coercitive come quelle delle “quote rosa”, le quali danno origine a una pratica rivelatasi talvolta efficace sul piano dei numeri, ma fallimentare sul piano del cambiamento di mentalità politica. Questa constatazione è comprovata dalle elezioni politiche della primavera del 2013, grazie alle quali abbiamo visto in parlamento il più alto numero di donne mai sperimentato in Italia (circa il 40%), senza il ricorso alle quote rosa, ma senza tuttavia l'evento di un effettivo cambio di civiltà politica. Affidare la speranza alla quantità è un errore in tutti i campi dell'esperienza. Anche da questo si può dedurre una volta per tutte che non c'è e non c'è mai stata, per libera decisione femminile, un'amicizia spontanea con le istituzioni della rappresentanza. (Anna Rosa Buttarelli, Sovrane, Il saggiaiore, Milano, 2013).

“La relazione non è quello che pensano gli umanizzatori della domenica cioè amabilità deontologica, ma è il mezzo attraverso il quale è possibile ripensare conoscenza/prassi e clinica. E non è un “vezzo” delle donne medico. La questione che dal convegno di Cagliari sul [cancro della mammella](#) è presente come “basso continuo” in tutti gli interventi della discussione ([Orrù](#), [Sarobba](#), [Calvisi](#), [Nonnis](#), [Mazzei](#), [Ferrari](#)) è senz'altro la *relazione*. Titti Mazzei cita una letteratura che dimostrerebbe come un numero significativo di donne medico siano denotabili proprio dalla relazione. Perché questo? Sino ad ora le spiegazioni correnti si sono rifatte all'indole, a qualità innate, e in qualche caso al “*lavoro di cura*” come se la relazione fosse una “*specialità*” di genere. Certe componenti antropologiche predisponenti, in certe donne medico, non possono a priori essere escluse ma nello stesso tempo è difficile dimostrare che basta il genere in sé a fare relazioni.

Certe componenti antropologiche predisponenti, in certe donne medico, non possono a priori essere escluse ma nello stesso tempo è difficile dimostrare che basta il genere in sé a fare relazioni.

Dire che tutte le donne sono “*relate*” è una induzione rischiosa. Possibile mai che al mondo non vi sia neanche una donna medico irrelata e neanche un maschio medico relato? Ma evitare le fallacie dell'induttivismo di genere non significa che non possiamo dedurre da una caratteristica tendenzialmente dominante, come quella di costruire relazioni, donne medico in carne ed ossa, come quelle che su questo giornale sono intervenute, per le quali il loro genere sia implicato strettamente con la relazione. E ne possiamo escludere che vi siano maschi medici a loro volta sensibili alle relazioni. Personalmente penso, prima di tutto, che la relazione sia soprattutto un *mezzo* per praticare una certa medicina e non un *fine* deontologico come sento dire continuamente nei convegni.....

Molte sono le donne che praticano nonostante tutto una “*medicina eccentrica*” sempre più sono le donne che entrano in Parlamento, nel governo, nelle regioni, nelle aziende, ma che non sono per niente “*eccentriche*”. In futuro credo che questa sia la contraddizione da rimuovere”. *Ivan Cavicchi Le donne in sanità e la questione “relazione” (QS Mercoledì 31 LUGLIO 2013).*

“Che sia una donna o un uomo ad insegnare la Medicina (ma la Chimica, la Fisica) è lo stesso? Avrò lo stesso impatto, privilegerà altri percorsi cognitivi? E quali? E l'apprendimento? Si può dire che sia influenzato dal genere? Non sul rendimento (i dati sono sotto gli occhi di tutti, e danno le donne in pole position), ma su differenti attitudini (e quali?) nella trasmissione del sapere (saper fare, saper essere). Questa premessa è quasi agli antipodi con le conclusioni solitamente a margine di tutti i convegni sulla femminilizzazione della Medicina, affiorate qua e là anche negli interventi delle altre colleghe. E' vero: a migliori *performances* negli studi, ampiamente documentate, corrisponde sicuramente una maggiore disponibilità di tempo per il paziente (anche questo documentato), ed equivalenti standard di abilità chirurgiche, al netto delle “barriere indirette” (*Women and Medicine: The Future, 2009, Royal College of Physician, Mary Ann Elston*).

Da qui scaturiscono diffusi riferimenti ad innate capacità di relazione con i pazienti, a condivisibili capacità/potenzialità di leadership, e in qualche modo l'assioma “*donna è meglio*”. Ma la bravura delle donne nel superare gli ostacoli negli studi STEM (Scientific, Technological, Medical) paradossalmente ci dice solo della loro grande capacità di mimesi, così pervase dal modello di neutralità da non riconoscere differenze e vedere nelle simili che denunciano disagio un problema (*Laura A. Rhoton, Distancing as a Gender Barrier: Understanding Women Scientist's Gender Practices, Gender&Society 2011 25:696*). Come dicevamo in un recente convegno (*Donne in Medicina: una nuova sfida per la sanità del futuro, I Conferenza Nazionale Donne AnaaO Assomed - Iniziativa Ospedaliera, 1/2013*) “nel rincorrere una improbabile parità, sono state perse di vista le

contraddizioni e il malessere che deriva, per le donne, dall'essere formate, e poi lavorare, in un contesto maschile, con un pensiero ed un linguaggio estranei". *Sandra Morano, Donne in medicina. Essere curanti in un corpo di donna, con voce di donna (QS Sabato 10 AGOSTO 2013)*

“Negli ultimi tempi si è parlato molto dell’aumento percentuale delle donne nella scelta di facoltà scientifiche, e della prevalenza del colore rosa in Centri di ricerca e nelle Università. In ambito medico il fenomeno è tanto importante da aver spinto i più ottimisti a parlare di ‘Femminilizzazione della Medicina’. Per quanto riguarda me, giovane madre (ho una bimba di 8 mesi), e la mia esperienza di ginecologa in formazione all’ultimo anno di specialità, sarei portata a pensare piuttosto alla constatazione quotidiana di un fenomeno di mascolinizzazione delle donne che scelgono di fare il medico.

Il problema forse risiede nella mancanza di modelli femminili di riferimento, nella oggettiva ‘debolezza’ delle poche testimonianze di coerenza ‘di genere’ tra professione ed esistenza percepite come non vincenti, sicuramente scomode da imitare, perché a prezzi (ancora) troppo alti; e nell’adattamento pedissequo a modelli maschili-pur di dubbia validità!-, in quanto, si dice, i soli a disposizione.

Così succede (chi di noi non ci si è ritrovata?) che davanti alla macchinetta del caffè il crocchio delle giovani dottoresse, via via sempre più nutrito, e perennemente scontento, parli ancora oggi, come trenta anni fa, di discriminazione, di non valorizzazione, di esclusione, cercando con criteri maschili certezze difficili da acquisire in contesti non ancora a misura di donne. Avrei detto qualche tempo fa ‘Abbiamo bisogno di modelli femminili!’. Oggi invece vorrei da noi (quante!) il coraggio di iniziare a camminare su quelle poche tracce già esistenti, farle nostre, e su quelle investire in formazione per le cure del futuro”. *Francesca Simoncini, specializzanda Ginecologia e Ostetricia, V anno, La vita difficile delle donne medico. Tra scelte, tempi, prospettive e libertà (QS Sabato 08 MARZO 2014)*