

Il laboratorio di genere FNOMCeO fra vincoli, stereotipi e relazioni

L'Osservatorio FNOMCeO della professione femminile, in questi anni di presidenza di Amedeo Bianco, ha avuto mandato di evidenziare eventuali criticità legate all'incremento della presenza femminile nella Professione Medica, e proporre strumenti per consentire alle donne medico di vivere pienamente la professione, senza penalizzazioni nella biologia e nel sociale.

Abbiamo così realizzato, nel precedente triennio coordinate da Roberta Chersevani, un documento esaustivo: "**Proposte per una ri-organizzazione del lavoro in sanità**". Individuate le criticità e preso atto dell'impossibilità di intervenire concretamente in termini legislativi/contrattuali e socioeconomici, abbiamo nel triennio in corso (2012 - 2014), optato verso azioni capaci di mostrare alcuni dei cambiamenti legati alla crescente presenza femminile nella professione.

Vi sono domande che si ripetono negli anni come:

- *che impatto hanno le donne medico nel mondo della sanità?*
- *come si valutano le politiche sanitarie dal punto di vista delle donne?*
- *ci sono diversità uomo/donna nell'essere medico?*
- *le diversità possano essere usate per creare arricchimento per tutti?*
- *quali i percorsi per cambiamenti strategici, rispettosi delle differenze?*

Domande che possono intaccare stereotipi e resistenze e far crescere la consapevolezza del ruolo di genere. Le politiche di genere sono trasversali. Sono pertanto da individuare strumenti per analisi e verifiche dell'impatto di genere, così come richiesto con la presentazione del ddl "Disposizioni per la valutazione dell'impatto di genere della regolamentazione e delle statistiche di genere", con firme di tutti i gruppi parlamentari nel luglio 2013.

I temi della professione dove l'identità di medico prevale sull'identità di genere sono pochi. Succede quando si parla di atto medico, di responsabilità medica, di rapporto interprofessionale ... o anche quando si ragiona su nuovi scenari, come il modello per intensità dell'assistenza e complessità delle cure.

Fondamentale per l'Osservatorio è il tessere reti .

Abbiamo ri-attivato la rete dei gruppi di lavoro provinciali con "*funzioni di osservatorio dei fenomeni, ma anche di laboratorio di proposte per una progettazione di genere nella professione e nella tutela della salute.*" I gruppi di lavoro consentono la partecipazione, oltre la rappresentanza istituzionale e possono incentivare il senso di appartenenza alla vita di Ordini e Federazione.

Tutti i gruppi locali, autonomi sia nella scelta del nome sia nella scelta delle attività e dei contenuti, operano in piena sinergia e condivisione con i rispettivi Consigli di Ordine.

Ci siamo poi incontrate, con i sindacati medici firmatari dei contratti e le colleghe delle consulte ENPAM, per valutare nuove iniziative, anche in linea con quanto formulato da Maurizio Benato vice presidente della Federazione. "Particolare attenzione va posta alle donne medico: gli orientamenti in questo senso appaiono ancora sfumati nella programmazione sanitaria e completamente assenti nei progetti sindacali, che non hanno ancora assimilato il concetto di genere per superare l'ottica prevalentemente maschile presente nei contratti di lavoro."

In quell'incontro è emersa l'opportunità per l'Osservatorio della professione femminile di porsi come cornice fra le diverse realtà sindacali, per elaborare raccomandazioni normative, trasformando in norme quelle richieste che nascono dalla necessità di tutelare flessibilità e welfare modulato sulle fasi del ciclo di vita delle persone. Ricordando come il 2014 sia "anno europeo della conciliazione lavoro/famiglia" questo impegno diventa particolarmente importante.

Nel mondo sindacale vi è interesse verso tematiche femminili: in alcuni sindacati (pochi!) si tende verso una presenza e rappresentatività paritaria di genere, in altri si sviluppano gruppi di lavoro per le politiche femminile.

L'argomento della equilibrata rappresentanza è stato uno dei temi fondanti dell'Osservatorio.

Molti sono gli aspetti da considerare: la presenza elettorale, la presenza di nomina, le leggi/regolamenti istitutive della professione e infine i cambiamenti culturali e legislativi italiani. La Federazione, da qualche anno sta operando, sulle presenze di nomine: nei tavoli di lavoro istituiti dalla Federazione vi è sempre una certa presenza femminile, anche se la percentuale dovrà ancora essere ottimizzata.

Voglio riferire quanto la collega Mirella Triozzi delegata, dal suo sindacato, in alcuni incontri fra i vertici della Federazione e i vertici sindacali ha constatato: ero l'unica presenza femminile!

“Qualcosa si muove molto lentamente, ma i passi in avanti appaiono comunque relativi, nel senso che se cresce la presenza femminile nei ruoli di vertice, questi sono spesso quelli di vice: in alto, ma non proprio in cima.” Lo scrive Il Sole 24 ore del 13 gennaio 2014 che titola “ Vertici della Pa, per le donne pochi progressi. E la cooptazione si ferma ai ruoli di vice”.

Credo che sia la società tutta a perdere qualcosa, non utilizzando donne competenti ai tavoli decisionali. Negli ambiti decisionali potrebbe essere sperimentata una doppia presenza di genere, non per avere maggiori presenze di apparenza, ma perché anche la gestione del potere come servizio si apprende con l'uso. Vorrei ricordare in proposito espressioni usate dai TAR, quando chiamati a deliberare per carenti o nulle presenze femminili: “Organi squilibrati nella rappresentanza di genere, oltre ad evidenziare un deficit di rappresentanza democratica, risultano anche potenzialmente carenti sul piano della funzionalità, perché sprovvisti dell'apporto collaborativo del genere non adeguatamente rappresentato” .

Nei prossimi mesi concentreremo la nostra attenzione sulla medicina di genere, la semeiotica della violenza nelle relazioni intime, e le leggi disattese.

Ci siamo chieste perché l'interesse verso la medicina di genere coinvolgesse sia il mondo medico sia i cittadini. Forse perché si sta sviluppando una sensibilità di genere, che significa porre maggiore attenzione nel percepire differenze, uguaglianze e disuguaglianze, e si intravede la necessità di definire strategie e azioni mirate e diversificate. Proviamo a pensare a genere come possibile realizzazione del proprio sé, attraverso condizionamenti socioculturali e a tener conto delle differenze esistenti entro il genere stesso. La medicina di genere è già strumento di appropriatezza clinica, principio di equità delle cure per i bisogni di salute della donna e dell'uomo. Luce Irigaray che ha saputo ridare "vita e senso a colei che mette al mondo il mondo" ha detto “nel grande libro scritto dagli uomini la donna è vista come immagine allo specchio, il contrario, l'opposto simmetrico dell'uomo”. Ha mostrato, senza voler proporre una definita/statica immagine del femminile come nella donna ci sia molto altro, ben oltre quanto immaginato dall'uomo.

La variabilità fisio/patologica (dovuta alla variazioni ormonali ma non solo ad esse) mostra una complessità femminile che dovrà essere ancora pienamente studiata. E dovranno essere comprese anche le interazioni nella cura, come sottolinea Flavia Franconi: “Quando si parla di genere bisognerà considerare non solo l'osservato, il paziente o l'oggetto della ricerca, ma anche la popolazione medica: la compliance rispetto alle indicazioni terapeutiche varia in relazione al rapporto con i medici e al loro genere”.

Approfondire la conoscenza della medicina di genere sarà obiettivo della Federazione e dell'Osservatorio della professione femminile e di tanti Ordini impegnanti in eventi di formazione. Nella città di Firenze il 6 giugno la Federazione e il locale Ordine proporranno un convegno nazionale dedicato alla Medicina di Genere.

Ricordiamo come i momenti congressuali nazionali siano per la Federazione momenti politici dove vengono presentati quei temi considerati rilevanti per la vita della professione.

Affronteremo, in altro convegno nazionale, a Reggio Emilia il giorno 11 aprile, l'argomento del riconoscimento/gestione della violenza nelle relazioni intime. Riteniamo necessaria la conoscenza di una specifica semeiotica per identificare le potenziali vittime e saper interagire, con lavoro multidisciplinare, con istituzioni e associazioni per proteggere/assistere le persone che subiscono violenza e recuperare le persone che esprimono violenza.

Chiederemo alle realtà locali di presentare sui temi congressuali comunicazioni che siano “fotografia di pratiche/risorse/criticità”. Per entrambi gli argomenti l'Osservatorio sarà memoria, non solo archivio, capace di favorire progettualità condivise.

Anche il tema del valutare&monitorare sicurezza e dignità dei luoghi di lavoro e di cura (accoglienza/dis-accoglienza) sarà sviluppato nei prossimi mesi.

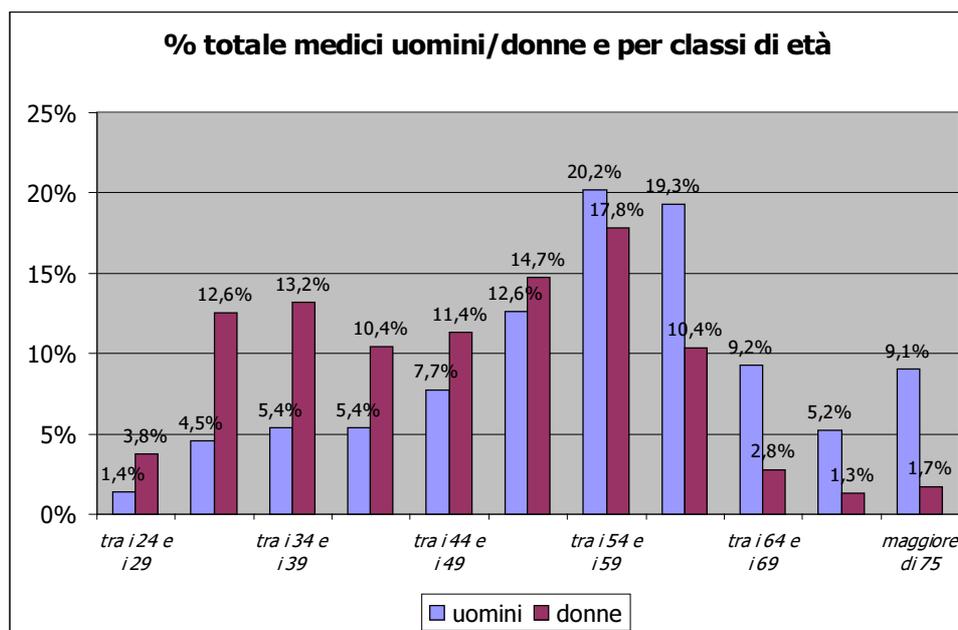
Infine vogliamo occuparci delle leggi disattese, quelli leggi che in Italia non sono sufficientemente conosciute, o sono prive di regolamenti attuativi o sono non adeguatamente finanziate. Abbiamo individuato come metafora di leggi disattese i CUG ("Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere dei lavoratori e contro le discriminazioni"), che potrebbero essere, se ben usati, potente strumento di monitoraggio e pressione per l'attenzione alla salute, alla sicurezza e al benessere organizzativo e la realizzazione di piani di azioni positive. Stiamo realizzando un benchmarking delle buone pratiche dei CUG in ambito sanitario, operanti e propositivi e abbiamo chiamato questo progetto BEN CUG.

Carolina Ciacci e Sandra Frojo, due colleghe dell'Osservatorio dell'Omceo di Napoli, hanno denominato il locale gruppo di lavoro CUG e hanno realizzato la RETE regionale dei CUG delle Aziende Sanitarie, identificando alcuni temi da monitorare nel corso del 2014. Il know how dell'esperienza è disponibile e verrà inviato a tutti gli ordini. Le stesse colleghe sempre con l'Omceo di Napoli hanno effettuato un sondaggio sulla percezione della qualità della professione e sul benessere lavorativo degli iscritti che si concluderà a fine febbraio.

Vorrei ricordare tutte le colleghe dell'Osservatorio: Giulia Arduino, Giovanna Beretta, Patrizia Biancucci, Giuseppina Boidi, Carolina Ciacci, Maria Brini, Monica Costantini, Sandra Frojo, Sandra Morano, Laura Orgiano, Silvana Sotera.

Nel precedente triennio eravamo Roberta Chersevani, Antonella Agnello, Antonella Arras, Patrizia Biancucci. Antonella Bulfone, Annamaria Calcagni, Annarita Frullini, Teresita Mazzei, Rita Nonnis.

Con questa tabella vorrei inserire il discorso delle generazioni nel genere.



Centro Elaborazione Dati FNOMCeO, 2012

Realizzazione grafica
Annarita Frullini

Teniamo anche conto che secondo l'ultimo rapporto Ocse in Italia, dei 376mila medici iscritti agli Omceo al marzo 2012, sono attivi circa 230mila medici.

Quali sono le criticità delle diverse età?

Le fasce di età più giovani hanno ostacoli nell'inserimento al lavoro. Quando si parla di giovani medici nelle statistiche non vengono riportati dati disaggregati per genere e fase di età.

Ha senso riflettere sulla presenza e il ruolo delle donne ai livelli apicali quando mancano certezze lavorative? Presi dalle dinamiche occupazionali le apicalità potrebbero sembrare questioni irrilevanti. Vale la pena però di ricordare che senza donne ai vertici delle istituzioni e delle aziende temi importanti come la piena occupazione e le politiche di conciliazione, non diventeranno mai prioritari. Vi è una ricerca McKinsey & Company, commissionata da VALORE D 2013 dove si evidenzia una correlazione molto debole fra presenza e apicalità. Pur crescendo la presenza

femminile nella professione, non crescerà automaticamente la leadership femminile. Nella stessa ricerca si affronta anche il tema della determinazione delle donne: il 34% delle donne europee contro il 26% dei colleghi uomini aspira, già oggi, a una posizione di maggiore leadership. Vi sono ostacoli concreti per le donne nel raggiungere le loro aspirazioni. È la mancanza di strutture di supporto alla maternità e il doppio carico di lavoro, sostenuto lungo tutto il percorso professionale, il vero freno agli avanzamenti di carriera delle donne in Italia.

Ricordiamo come le donne medico siano caratterizzate da bassa apicalità e bassa fecondità.

Negli anni della maturità lavorativa le problematiche riguardano il rallentamento della progressione di carriera, la persistente precarietà, la disparità di retribuzione sul lavoro, la rigidità dei ruoli professionali, lo smantellamento o riduzione dei servizi sociali. Andando ora, uomini e donne, in pensione con gli stessi requisiti, non si capisce perché sia stata prontamente introdotta la penalizzazione per l'aspettativa di vita (spesso con disabilità) quando non sono mai state introdotte incentivazioni per il carico del doppio lavoro svolto dalle stesse donne. Anche la decurtazione della reversibilità è un tema da affrontare, attivando contatti e collaborazioni con altre categorie professionali.

Infine vorrei pensare alle donne medico che hanno lasciato il lavoro, in vista delle modifiche legislative introdotte. Ha senso pensare a un utilizzo dei loro saperi e delle loro competenze dopo una vita al lavoro? In genere le donne che escono dal sistema sanitario non si ricollocano nel privato, spesso vengono riassorbite da carichi familiari. La sfida è quella di inventare per loro, per i prossimi anni, nuove porzioni di vita e nuovi ruoli, perché rappresentano una risorsa sociale e un patrimonio di competenze che, senza entrare in competizione con le giovani generazioni, non dovrà essere sprecato.

Credo che vi sia assoluta necessità della presenza femminile - preziosa per sua determinazione, praticità e concretezza, diverse modalità nelle attività - in tutti gli ambiti e in tutte le fasi della vita.

Lascio ora gli abiti della coordinatrice dell'Osservatorio FNOMCeO della professione femminile, e la rappresentazione di quello che è stato fatto e di cosa abbiamo in cantiere, per addentrarmi, con voi, in alcune considerazioni.

come essere nei processi di trasformazione?.....

come essere nei processi di trasformazione con la cultura di genere ?

esiste uno specifico del curare per le donne medico ?

Abbiamo visto come i cambiamenti culturali nelle evoluzioni delle organizzazioni siano legati a variazioni tecnologiche, sostenibilità economica, cultura della qualità e del rischio, incremento presenza femminile...

La variabile incremento presenza femminile è solo uno dei possibili parametri da considerare.

Per valutare il lavoro delle persone, nella vita di tutti i giorni, indipendentemente dall'essere uomo o donna, iniziamo ad utilizzare indicatori come *energia, competenza, empatia e onestà*,

- ***energia capacità di incidere in modo effettivo sulla realtà,***
- ***competenza effettiva conoscenza della realtà su cui operare***
- ***empatia la capacità di comprendere il punto di vista altrui***
(sia in termini razionali che anche emotivi),
- ***onestà quanto una persona è conforme alle norme sociali***
(o alle norme di uno specifico gruppo sociale).

Solo successivamente possiamo inserire la variabile cultura di genere e chiederci se il femminile abbia apportato variazioni nella cultura dominante.

Credo di poter dire che le donne abbiano superato la pretesa di oggettività e valorizzato la soggettività del partire da sé. Basterebbe questo.

Anche il riconoscere ruolo alle emozioni è stato importante. Se Antonio Damasio ha individuato il peso delle emozioni nel processo decisionale *"Le emozioni giocano un ruolo nel processo decisionale e portano alla creazione di circostanze vantaggiose per l'organismo che le esibisce"* Martha Nussbaum ha dato valore alle emozioni: *"Le emozioni "sono" pensiero, forma di intelligenza e di discernimento, al centro della vita individuale e sociale, motore delle relazioni interpersonali"*.

Non cadiamo nelle trappole di quanti considerano le donne possibili portatrici di un rinnovamento morale e di una missione civilizzatrice o la sola risorsa dell'umanità.

"Non si vuole proporre un'etica femminile al posto di quella maschile, - dice Lea Melandri - sostituire una unilateralità con un'altra unilateralità. E' già buona politica quella che porta nuove consapevolezze, modifica la vita quotidiana, cerca nuove forme di lavoro, di solidarietà e di sapere".

Molte di noi si sono, negli anni, nutrite del pensiero delle donne.

Carol Gilligan negli anni settanta, confrontando l'etica della giustizia e dei diritti con l'etica della cura e della responsabilità, ha fatto emergere un modo alternativo di concepire la maturità morale.

"Il mio approccio è consistito nell'ascoltare voci differenti, seguire flussi di coscienza, cogliere rotture nella narrazione, tracciare l'interazione fra interiorità e exteriorità". Il suo libro *In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development* 1982 è stato tradotto in Italia dalla Feltrinelli nel 1987 *Con voce di donna. Etica e formazione della personalità*.

Carol Gilligan non ha mai voluto creare uno stereotipo femminile/maschile: donne orientate verso i bisogni delle persone e la cura degli altri, uomini orientati in termini di principi astratti di giustizia. Ha proposto possibili integrazioni tra due diversi ideali di rapporto interpersonale: etica della giustizia (prevede che gli esseri umani siano trattati con equità) e etica del prendersi cura (prefigura che nessuno venga lasciato solo e fatto soffrire). In studi recenti ha mostrato come un terzo delle donne preferisca orientarsi verso la cura, un terzo verso la giustizia e un terzo adotti un sistema misto.

Ma siamo certi di sapere cosa sia la cura? Dice Letizia Paolozzi *"Non è una questione di donne, anche se è rimasta per secoli solo nelle loro mani, mentre dovrebbe riguardare anche (o soprattutto) gli uomini, ... ed ecco l'incontro con il principio responsabilità di Hans Jonas. Non c'è relazione, così come non c'è socialità, senza un prendersi cura dell'altro (o dell'altra o degli altri come insieme); senza una coscienza/conoscenza di sé (sì te stesso/a) quale premessa necessaria verso una responsabilità per gli altri e per ciò che è altro da noi"*. Anche Martha Nussbaum ha affrontato il tema della cura: *"Oberate spesso dalla "doppia giornata lavorativa", che somma la fatica del lavoro esterno con la totale responsabilità del lavoro domestico e della cura dei bambini, le donne sono private della possibilità di trovare momenti ricreativi in cui coltivare le proprie facoltà immaginative e cognitive. (...) I bisogni fanno parte della vita reale, e si devono trovare modi compatibili col rispetto di sé di chi riceve la cura, senza che sia consentito lo sfruttamento di chi presta le cure"*.

Le donne medico sono transitate da una cura non riconosciuta socialmente e invisibile, al praticare una cura medica organizzativa e gestionale, capace sia di manualità sia di correlazioni, ponendo, nel prendersi carico e cura, grande attenzione alle relazioni e alle ricadute delle proprie azioni.

Nel libro *Prenditi cura* (2013) di Letizia Paolozzi, realizzato con il Gruppo del Mercoledì, si riflette sui temi della cura al femminile, e si evidenzia come nelle vite femminili, la cura sia soprattutto declinata con subalternità, dedizione, costrizione, servizio, accudimento e destino.

"La "cura del mondo" ha chiesto troppo spesso alle donne il sacrificio della "cura di sé".

Forse è giunto il momento, anche per le donne medico, di cambiare il modo di produrre e di vivere, di riflettere su come prendere distacco da una cura classicamente materna e femminile per poi riscoprirlo e *"rovesciare l'idea di cura per produrre un cambiamento di senso"*.

Anche nel mondo medico vi sono riflessioni "alte" da proporre. Per parlare della misconosciuta buonasana ci vorrebbe lo spazio di giorni. Scelgo, come unico esempio, di presentare il recente libro *Il dis-agio in senologia oncologica - l'esperienza trentennale di Gemma Martino e Hubert Godard*. Tenerezza e competenza sono le due parole chiave per capire la loro sapiente e rispettosa pratica di cura, che ha spezzato la dualità fra curante in posizione di potere e curato in posizione di

dipendenza e subalternità. Il sapere medico, vissuto come capacità di raccogliere e interpretare l'esperienza complessiva della persona senza ridurlo ai suoi soli sintomi, può superare e trascendere l'insieme di tecniche e specialismi, l'operare dall'alto sul bisogno muto del paziente. Alcuni anni fa, nel 2010 avevo condotto con Gemma Martino un workshop esperienziale: *Relazioni di senso e di cura*, dove le parole di curanti e curate incrociavano saperi ed emozioni, in un programma strutturato sulle risorse emerse dalla percezione del sé, che diventava contestualizzazione dell'esperienza personale e strumento efficace di relazione.

Nel reciproco scambio fra saperi di uomini e donne, voglio riportare le parole di Domenico Quirico, giornalista, che per molti mesi ci ha tenuto in ansia sulla sua sorte in Siria.

Quirico ha scritto di come sia necessario partecipare per raccontare il dolore che si incontra.

"Per raccontare, il giornalista deve commuoversi ed è nella commozione che nasce la titolarità a raccontare le storie degli altri uomini. Occorre essere lì dove l'uomo soffre. Si ha il diritto di raccontare solo il dolore a cui si partecipa, a cui si è presenti. Quando l'altro soffre io debbo poter dire "io ero lì con te. La tua stessa paura è stata la mia paura, il mio dolore, la tua stessa sofferenza è - seppure solo in parte - la mia.

In quel momento io posso scrivere di te. Altrimenti non ho quel diritto."

Ho riportato queste parole perché bene esprimono quell'affiancamento, quel poter dire "io ero lì con te", che il medico non deve mai dimenticare.

Vorrei infine concludere, questo intervento con alcune esortazioni:

La propensione alla felicità e il concetto di potenzialità sono beni in appannaggio ad uomini e donne.

Le aspettative non sono fissate per genere,
ma a seconda delle passioni, dei talenti e degli interessi personali.

Per favore chiedetevi: che cosa farei se non avessi paura? Poi andate a farlo.

La perfezione è il nemico.

Cercare di fare tutto e pretendere che sia fatto alla perfezione è la ricetta giusta per restare delusa.

Credi in te stessa, ma anche nelle altre donne.

Quanto più le donne si aiutano a vicenda, tanto più aiutiamo noi stesse.

Se più donne si fanno avanti nella carriera, più uomini devono farsi avanti nella famiglia.

Dobbiamo incoraggiare gli uomini ad essere più ambiziosi a casa loro!

E credo che questo porterà un mondo migliore, un mondo nel quale metà delle istituzioni sia guidato da donne e metà delle famiglie sia gestita da uomini.

Sheryl Sandberg

Sono frasi che Sheryl Sandberg, direttrice operativa di Facebook, una delle donne meglio pagate al mondo, ha scritto nel suo libro *Facciamoci avanti*.

Pensiamo sia una donna troppo potente perché possa esserci mentore?

Pensiamo allora alle madri di piazza de Mayo...Non conosciamo i loro nomi... conosciamo il loro lavoro. Quando partirono erano solo otto e avevano un grande obiettivo ...

Annarita Frullini

Coordinatrice Osservatorio FNOMCeO della Professione Medica-Odontoiatrica Femminile

Dal IV Convegno del Coordinamento Donne CIMO – Roma 29 gennaio 2014
"Centralità medica ed innovazione organizzativa: la proposta femminile"
Ringrazio Itala Corti e Riccardo Cassi per l'opportunità.

