

A.I.D.M Treviso

Anno sociale 2009

Novembre al femminile

Un percorso di sensibilizzazione contro la violenza sulle donne

27 ottobre – 28 novembre

DALL'ASSOGGETTAMENTO ALL'AUTOREVOLEZZA

Seminario 12 novembre

Autrice: Laura Dapporto

Dall'assoggettamento all'autorevolezza in un'esperienza professionale, cercando di uscire dall'autobiografia, è una ricerca impegnativa. Comunque, ognuno parte da sé e partirò da me.

Essere chirurga fu una scelta, a 27 anni, all'inizio degli anni 70.

La chirurgia è un codice maschile, penetrativo. Si entra nel corpo con strumenti taglienti, fanno sanguinare, si vede e si tocca il sangue e la materia organica. Negli ultimi vent'anni, con l'avvento della chirurgia endoscopica, laparoscopica, toracosopia si penetra attraverso piccoli fori, con strumenti delicati, bacchettine che terminano con minuscoli bisturi, forbici da bambola, il sangue si vede sul monitor, non si tocca. Ma allora esisteva solo la chirurgia a cielo aperto e non era per le donne. Adesso ci sono molte donne chirurgo e non provocano stupore, ma allora le donne non si avvicinavano e le poche che si presentavano venivano scoraggiate e respinte.

Ricordo la diffidenza del primario e dei colleghi quando mi affacciai alla prima chirurgia dell'Ospedale di Treviso e come l'aggirai per restarci. Dissi che era un'esperienza di passaggio, sapere cosa succede in chirurgia era un bagaglio professionale per transitare verso altre discipline. Presentando la chirurgia come ancella, un'ancella entrò in corsia e in sala operatoria. Fu verità, ero un'ancella, una donna giovane che entrava in una casa non sua in una condizione di assoggettamento. In realtà volevo restarci e mi chiedevo quali erano le mie ambizioni e il mio progetto professionale. Mi dissi impossibile diventare primario e che il mio obiettivo possibile era impadronirmi dei ferri del mestiere, imparare ad

operare, guarire i mali entrando nel corpo. Guarire, non avevo ancora imparato il significato di curare, in un assoggettamento giovanile e culturale di allora al risultato, alla ricerca di onnipotenza della medicina, che caratterizzò gli anni 50, 60 e 70.

Avevo fatto qualche esperienza in medicina, ma raramente ero riuscita a capire se la guarigione o l'insuccesso dipendevano dalle cure o se era un processo naturale. In chirurgia invece vedevi, toccavi il risultato: un occluso che dopo aver rimosso la causa dell'occlusione tornava a sedersi sul vater, un'emorragia da ulcera gastrica che si risolveva dopo l'intervento. Anche gli insuccessi erano riconducibili ad una azione.

E mi piaceva il lavoro di squadra. In medicina ero sola col mio paziente, potevo chiedere consiglio, ma poi gli atti terapeutici, visitare, controllare gli esami, prescrivere la terapia si giocavano col paziente e con la cartella clinica. Mentre nel gioco della sala operatoria si è in molti, contemporaneamente, nella stessa azione, ognuno in un ruolo differente. Non ero ancora affrancata dal bisogno di padri, madri, fratelli con cui scambiare cooperazione e aggressività. Credo che questo fosse comune anche ad altri colleghi e che ancora si giochi nelle sale operatorie. Due o tre chirurghi, la strumentista (ruolo allora solo femminile), le infermiere, c'era anche qualche infermiere maschio, assegnato a mansioni in cui non toccava il paziente, specie se femmina. Tutto in una sala operatoria, come nella società, era ben lontano alla cultura delle pari opportunità.

Eppure in quegli anni stava accadendo qualcosa di straordinario iniziato nel 68, col movimento degli studenti e degli operai, che non cambiò la politica, ma cambiò profondamente il costume e favorì l'emancipazione delle donne da antichi retaggi culturali. Era riemerso il movimento femminista "tremate, tremate, le streghe son tornate..." Non eravamo streghe, ma stavamo entrando nei luoghi degli uomini e qualcuno volentieri ci avrebbe bruciate. Intorno al Vietnam cambiò la cultura della guerra e della pace, il valore fondante del 68, che attraversò l'Europa, l'America, l'America latina fu un archetipo femminile: fate l'amore e non la guerra.

Ci fu anche una nuova stagione dei diritti. Nel 70 lo Statuto dei diritti dei lavoratori diventò legge dello stato, delegittimando tutte le discriminazioni, di sesso, politiche, razziali, culturali. Avevo maturato una coscienza di lavoratrice e sapevo che avevo il diritto di essere chirurga. Ci fu poi un retrocedere e molto lo sentiamo in questi anni, ma allora l'energia nascente di quel movimento catturò il timore e il rispetto, certo l'attenzione anche di chi non lo condivideva e lo contrastava.

Se restai in chirurgia e mi appropriai dei ferri del mestiere credo che non fu soltanto per il mio impegno, ma anche perché la mia vicenda professionale si accompagnava a un avvenire della società in cui vivevo. Certo studiai, mi specializzai, mi presentai sulla soglia della sala operatoria sperando che toccasse a me, feci guardie e reperibilità come un uomo, anche incinta, anche puerpera.

Cosa ci facevo in una sala operatoria? Rubavo.

Tirai le valve più a lungo dei miei colleghi. Il lavoro del chirurgo è rischioso, l'evoluzione della tecnologia ha contenuto gli insuccessi, ma allora erano più frequenti, anche la morte era più frequente e non sempre faceva notizia. Sentivo, nel mio primario, la preoccupazione per i titoli dei giornali "morto sotto i ferri di una donna". Questo certo avrebbe fatto notizia. Mi proteggeva e proteggeva la sua immagine e insieme mi tarpava. Ma, nel ruolo ancillare e faticoso – a volte lo faceva la suora – di tirare la valva, ero a fianco dell'operatore, posizione ideale per guardare e rubavo con gli occhi. Quando iniziai ad operare e lo sapevo fare si disse che avevo imparato per osmosi. No, avevo rubato. Rubando il bisturi-pene, rubavo la tecnica chirurgica.

Primario e colleghi non mi chiesero mai se era venuto il momento di passare ad altra collocazione professionale. Nel piccolo spazio che c'è attorno ad un tavolo operatorio ognuno aveva sentito il sudore dell'altro, avevamo condiviso fatica, imprevisti ed emergenze, successi ed insuccessi. Avevamo costruito insieme la nostra identità di chirurghi, scoprendo che la crescita e l'identità professionale si accompagna alla cooperazione.

Quando si presentò un incarico di aiuto, dissi che toccava a me e nessuno si stupì.

Certo, da queste vicende iniziò il cammino verso l'emancipazione, ma nella mia avventura professionale l'autorevolezza si affacciò da un'altra strada.

Mentre vivevo forse non lo capivo, ma l'occasione che mi offre questa kermesse sulla violenza mi porta scoprire il senso di certi passaggi.

La violenza. Ero in un codice violento, per scelta, perché mi era piaciuto, ma dopo aver conquistato i ferri del mestiere, passai dalla necessità di adoprarli alla riflessione di se, come e quando.

Strada facendo, avevo realizzato esperienza e memoria, conoscenza anche scientifica, statistica dei risultati, orizzonte al di là del mio orto. L'aforisma che aveva dominato i primi settant'anni del secolo scorso "grande taglio, grande chirurgo" era diventato discutibile, capivo che

qualità non era aggiungere chirurgia maggiore alla propria casistica operatoria e che a volte non operare o scegliere un intervento meno aggressivo può essere più rispettoso della qualità di vita del paziente.

Cominciavo a capire che ero chirurga non per togliere il male, che l'atto terapeutico si agiva sul letto operatorio, ma la cura veniva prima, nel percorso che portava all'indicazione all'intervento, nella scelta di operare o di non operare, nella scelta di quale intervento. Operare uscì dal codice dell'onnipotenza e diventò un atto di riparazione, uscì dalla necessità per entrare nel possibile, dove si esercita l'autorevolezza.

Ero in sintonia con la trasformazione culturale che stava per attraversare la chirurgia.

Se me ne accorsi prima dei miei colleghi maschi, credo che in questo si giocò una differenza di genere, ero femmina e il mio percorso si articolava al femminile, nella valorizzazione della riflessione, nel ridimensionamento dell'agire. Stavo smettendo di rubare il bisturi-pene.

La ricerca scientifica degli anni 80 e 90 stava indicando alla tecnologia e alle tecniche nuovi orientamenti, tuttora attuali. Anche la chirurgia stava cambiando.

Diventò qualità contenere l'aggressività chirurgica, non solo nelle indicazioni, ma anche nella ricerca di tecniche miniinvasive. L'evoluzione della radiologia aprì nuove frontiere, dalla diagnostica per immagini, all'imaging per vedere e curare arrivando alle lesioni senza aprire il prezioso involucro che protegge i nostri organi. La radiologia interventistica entrò in cardiologia, in chirurgia vascolare, in neurochirurgia, in senologia, in chirurgia toracica e polmonare.

La chirurgia si stava affrancando dall'esibizionismo e ed era più attenta alle persone e alla loro vita.

Intanto stava cambiando anche la cultura e l'etica della professione e le leggi che regolavano il rapporto medico- paziente.

Il consenso informato fu un passaggio importante.

La relazione medico-paziente era storicamente autoritaria, quasi parentale. Il medico decideva, il paziente si fidava. I medici non erano preparati a dialogare la malattia grave, i possibili insuccessi, la morte. Spesso si tesseva una rete di silenzio, anche con la complicità della famiglia.

Nella complessità dell'informare, nel tempo dedicato all'informazione, nella riflessione di come rapportarsi al paziente si andava strutturando una nuova relazione, di parità, di condivisione.

L'autorevolezza, come l'assoggettamento, si esercita nella reciprocità. Il chirurgo, più di altre figure professionali, ha fatto fatica a passare da un rapporto autoritario ad una relazione autorevole. Forse per la sacralità del corpo, forse perché è più difficile spiegare le ragioni e i rischi di entrare nel corpo.

So bene che anche adesso, con una certa frequenza, viene consegnata e fatta firmare una carta prestampata, nella chimera di eludere il rischio medico legale, chimera nel senso originale della parola, connubio fra due diverse specie, in questo caso di ignoranza, del medico e del paziente.

Nelle carte c'è scritto tutto ciò che può accadere e non accadere, anche ciò che è possibile ma improbabile, dalle carte non emerge il senso dell'atto terapeutico. Chi propone un intervento conosce rischi e vantaggi. Sa che peso hanno quelli statistici e quelli reali, ma, soprattutto ha un progetto di cura, di cui è convinto. Eppure il significato di quella relazione, di una relazione fra adulti, non è convincere, ma orientare informando.

Riconosco adesso che nell'esercizio di informare e orientare i pazienti, i colleghi, i collaboratori ho maturato autorevolezza.

Non fui primario di chirurgia, ma proposi un progetto per un Centro di Senologia pluridisciplinare, che poi ho diretto.

Orientai la mia Azienda Sanitaria e i colleghi di altre discipline verso una struttura in cui prevenzione, diagnosi, cura chirurgica e oncologica fossero insieme in un percorso che poneva al centro la paziente.

Sapere e competenza mi aiutarono, ma realizzare un gruppo terapeutico fra discipline diverse fu possibile perché ognuno cercò di rinunciare alla propria egemonia, in un percorso in cui diventava qualità integrare le proprie competenze nel rispetto delle diverse professionalità.

E' un processo ancora in divenire, perché la cultura della condivisione è recente nella pratica della medicina, ma necessaria, proprio per il moltiplicarsi delle conoscenze e delle tecniche, che, se non si incontrano, corrono il rischio di frammentare la realtà che da senso a tutto questo, il paziente.

Dal tavolo operatorio dei trentanni, in cui si stava assieme, molto vicini, ognuno aderente al corpo dell'altro nel ruolo assegnato dalla gerarchia della sala operatoria, sono approdata al tavolo di confronto, di scelta e di condivisione dei cinquanta e dei sessanta, ognuno sulla sua sedia nel gioco della sinergia professionale, che, per riuscire, richiede differenziazione e pari autorità.

Dalla giovinezza all'età forte è fisiologico incontrare occasioni per emanciparsi dall'assoggettamento e costruire autorevolezza, ma adesso, alle soglie di una nuova età in cui è probabile conoscere nuove forme di dipendenza, mi chiedo come conservare e crescere il patrimonio di umanità che si esercita nel promuovere autorevolezza.

Ho portato un'esperienza professionale, ma, mi chiedo, se andassi a cercare il percorso delle mie relazioni familiari, lo saprei guardare?

Nella serata di apertura di questa manifestazione, Sara Tabbone ci ha presentato i dati della violenza sulle donne: la quasi totalità avvengono in famiglia e nelle relazioni affettive. La violenza fisica, i lividi viola si vedono, ma credo che per molti, donne e uomini, sia difficile guardare nelle proprie dipendenze e assoggettamenti familiari. Se il lavoro per l'adulto è come il gioco per il bambino - quando si ha la fortuna di poter scegliere un lavoro in cui giocare -, la famiglia resta un luogo più arcaico, più primitivo e nel gioco degli affetti è più difficile allontanarsi dalla relazione di origine, quella su cui si sono fondati.