

UTENTE

Benvenuto,
attila_bruni

- [Il mio profilo](#)
- [Esci](#)

NOTIFICHE

- [Vedi](#)
- [Gestisci](#)

DIMENSIONE DEI CARATTERI



FASCICOLO CORRENTE



[HOME](#) [INFO](#) [HOME UTENTE](#) [CERCA](#) [CORRENTE](#) [ARCHIVIO](#)

Home > Archivi > **Vol 1, N° 2 (2012)**

Vol 1, N° 2 (2012)

Sfidare i confini del genere

Sommario

Editoriale

Sfidare i confini del genere

Barbara Poggio, Giulia Selmi

[PDF](#)

Articoli tematici

[Gender as a Social Structure: Crossing Disciplinary Boundaries to Advance Science and Equality](#)

Barbara J Risman

[PDF](#)

[Il piacere di confondere i confini e la responsabilità di costruirli: per una etico-politica femminista post-umana](#)

Restituta Castiello

[PDF](#)

[Citizenship on Trial: 'Disability' and the Borders of Gender](#)

Flavia Monceri

[PDF](#)

[Sociologia empirica, genere e sessualità: confini epistemologici e di metodo per il superamento dei binarismi concettuali](#)

Irene Pellegrini

[PDF](#)

[On the Fringe of Parenthood: Othering and Otherness in the Italian Assisted Kinship](#)

Laura Lucia Parolin, Manuela Perrotta

[PDF](#)

[La persistenza dei differenziali retributivi di genere nel contesto italiano ed europeo](#)

Roberta Nunin

[PDF](#)

[Attraverso la maschilità: posizionamenti e sconfinamenti di genere in sala operatoria](#)

Attila Bruni

[PDF](#)

[Continuità e confini tra vita pubblica e vita privata. La doppia presenza delle assistenti familiari](#)

Francesca Alice Vianello

[PDF](#)

[Engendering Borders: Piccola Guerra Perfetta by Elvira Dones](#)

Silvia Camilotti

[PDF](#)

LINGUA

Italiano ▾

[OPEN JOURNAL SYSTEMS](#)

[Aiuto](#)

CONTENUTI DELLA RIVISTA

Cerca

Tutti ▾
Cerca

Esplora

- [per fascicolo](#)
- [per autore](#)
- [per titolo](#)

INFORMAZIONI

- [per i lettori](#)
- [per gli autori](#)

**Attraverso la maschilità: posizionamenti e sconfinamenti
di genere in sala operatoria**

Attila Bruni

Università degli Studi di Trento

Abstract

Following ethnographic fieldwork conducted in the operating theatre of a North Italian hospital, the present paper has a twofold aim. On the one hand, focusing on the ways in which everyday working practices assert and reproduce a kind of ‘heroic masculinity’; on the other, discussing the practices by which women inhabiting this same context resist masculinity and transgress gender boundaries.

The paper thus wishes to contribute to a wider literature on gender practices in organizations and workplaces, highlighting how masculinity sometimes becomes a ‘natural element’ of the working environment, assigning to men a competitive advantage and requiring of women additional work in order to position themselves as competent participants in a community of practices and/or in an organizational culture.

Keywords: Gender Practices, Masculinity, Workplace, Ethnography, Surgery.

1. Introduzione

Nel presente articolo mi propongo di illustrare l'attraversamento dei confini simbolici del maschile e del femminile nel corso delle interazioni che vengono a svilupparsi in contesti di lavoro situato, dove l'intreccio tra immaginario di genere e immaginario professionale è accentuato ed in cui la maschilità, in particolare, rappresenta uno standard relazionale a cui uniformarsi. Tali contesti risultano particolarmente interessanti in quanto al loro interno è possibile osservare come la maschilità si costruisca quale parte integrante dell'ambiente e delle pratiche di lavoro, assegnando agli uomini un "vantaggio competitivo" e richiedendo alle donne un lavoro aggiuntivo al fine di posizionarsi quali partecipanti competenti di una comunità di pratiche e/o di una cultura organizzativa.

Sulla scorta dell'osservazione etnografica del lavoro quotidiano all'interno del blocco operatorio di un ospedale del Nord Italia, nel presente contributo mostrerò dapprima le pratiche di affermazione e riproduzione di una forma di maschilità che trova la sua principale espressione nella costruzione di un immaginario professionale spavaldo e sprezzante del pericolo, per poi discutere delle pratiche di resistenza alla maschilità e sconfinamento di genere messe in atto dalle donne che abitano tali contesti.

Quello dello "sconfinamento simbolico" (e delle pratiche di posizionamento) delle donne all'interno di mondi professionali e culture del lavoro fortemente orientate al maschile, non è un tema nuovo, specie all'interno degli studi che guardano al lavoro e ai processi organizzativi da una prospettiva di genere. Compito del prossimo paragrafo sarà una breve ricognizione all'interno di questi studi.

2. Donne in mondi maschili: sub-testi, partiture e sconfinamenti di genere

Era il 1977 quando Moss Kanter rintracciava un'“etica maschile” di razionalità all'interno delle organizzazioni. Quest'etica eleggeva a necessità organizzative le caratteristiche solitamente associate a uomini con scolarità elevata: un approccio pratico ai problemi, capacità analitiche, un forte orientamento alla leadership e la capacità di prescindere dagli aspetti emotivi delle situazioni. Era subito dopo l'apparizione ufficiale nel discorso scientifico dell'espressione “sistema sesso/genere” (Rubin 1975) e quasi in contemporanea con l'idea che il genere potesse essere letto quale “display” (Goffman 1976) e “performance”, in accordo con un set di comportamenti, apparenze, manierismi ed altri fattori contestuali che siamo soliti rimandare agli appartenenti ad un particolare sesso (Kessler e McKenna 1978). In altre parole, era il momento in cui (grazie anche alla spinta dei movimenti femministi) essere uomini e donne, tanto all'interno della vita quotidiana quanto di quella lavorativa, cessava di essere qualcosa di naturale.

Da allora, un ricco e articolato filone di ricerca ha preso avvio, evidenziando (con metodologie e tecniche anche diverse) i modi in cui processi organizzativi e pratiche di lavoro chiamano in causa elementi di genere, costituendosi, spesso, quali occasioni di affermazione e riproduzione di forme di stereotipia e disuguaglianza (Calàs e Smirchich 1992; Acker 1990; Gherardi 1995; Martin 2004).

Se inizialmente la maggior parte dei contributi si concentrava sulle dinamiche “femminili” (ossia sui processi di segregazione e marginalizzazione che vedevano coinvolte soprattutto le donne), gli anni Novanta, sulla scorta del concetto di “maschilità egemone” (Cardigan *et al.* 1987; Connell 1995), hanno visto l'emergere di ricerche orientate a “nominare gli uomini in quanto uomini” (Collinson e Hearn 1996). Ovvero, a descrivere e decostruire un'idea di attore economico e sociale che, per quanto si dica astratto, obbedisce alla razionalità (ma non all'emotività), adotta comportamenti egoistici (ma non cooperativi) ed è orientato all'arena pubblica (ma non a quella privata) (Mumby e Putnam 1992; Gherardi 1995).

Secondo Collinson e Hearn (1994; 1996), in particolare, nei fenomeni organizzativi la maschilità si costruisce e si riproduce in riferimento a cinque specifici elementi, trasversali rispetto a diversi contesti:

a) *autoritarismo*: in esso trova fondamento il lato aggressivo della maschilità, atto a produrre intolleranza verso le differenze e ad instaurare relazioni gerarchiche tra gli attori;

b) *paternalismo*: esso fonda una retorica che esalta l'importanza della fiducia all'interno delle relazioni personali ed il "bisogno" del lavoratore di identificarsi con l'azienda;

c) *imprenditorialità*: quale logica competitiva che tende ad escludere chi non è sufficientemente "uomo" da essere "predatore";

d) *informalità*: il territorio d'azione è dato in questo caso dai rapporti informali costruiti tra uomini sul luogo di lavoro attorno allo humour, lo sport ed i discorsi a sfondo sessuale. La maschilità ne esce rinforzata grazie ad un simultaneo senso di unità degli uomini e differenziazione delle donne;

e) *carrierismo*: come per l'imprenditorialità, questa logica rimanda al campo semantico della competizione, ma qui è rivolta a consolidare la figura del *breadwinner* ("capofamiglia") tanto sul luogo di lavoro, quanto nel privato.

La "scoperta" della maschilità da parte degli studi organizzativi (e di genere) ha così permesso di tematizzare ancora più esplicitamente il lavoro aggiuntivo che spesso viene richiesto alle donne per trovare spazio e posizionarsi (*positioning*, Davies e Harré 1991) all'interno di mondi lavorativi e/o professionali segnati da pratiche maschili (Bruni e Gherardi 2001; Katila e Merilainen 2002; Martin 2003) o culturalmente connotati come tali (Gherardi 1996; Miller 2002; Bruni *et al.* 2004; Gherardi e Poggio 2007; Woodward e Winter 2007).

Tra questi, penso che i contesti sanitari e/o ospedalieri costituiscano un caso paradigmatico di entrambi gli aspetti: la relazione medico-infermiera (al pari di quella pilota-hostess o manager-segretaria) rappresenta uno degli archetipi delle relazioni (e delle asimmetrie) di genere sui luoghi di lavoro; il 'lavoro emotivo' (Hochschild 1983) è una delle principali caratteristiche del lavoro infermieristico (Timmons e Tanner

2005); la formazione dei medici sul campo sottende pratiche cameratesche e stigmatizzanti (Watt, Nettleton e Burrows 2008); persistono fenomeni di segregazione occupazionale in termini di genere, tanto a livello inter-professionale (gli uomini continuano a essere sovra-rappresentati all'interno del personale medico, come le donne in quello infermieristico) quanto intra-professionale (a livello di diverse specialità mediche) (Pringle 1998).

Nelle pagine a seguire, entreremo dunque in un ambiente ospedaliero particolare, quale un blocco operatorio, per osservare tanto le pratiche di maschilità che fanno da sfondo al lavoro quotidiano quanto le strategie che permettono agli attori (donne) di posizionarsi al di fuori dei confini dettati dall'ordine simbolico di genere.

Prima di entrare nel vivo delle osservazioni, una breve nota metodologica fornirà alcuni dettagli circa il più ampio processo di ricerca all'interno del quale queste hanno preso forma.

3. Metodologia e contesto della ricerca

Le osservazioni che presento sono parte di una più ampia etnografia organizzativa (Piccardo e Benozzo 1996; Bruni, 2003) avente per oggetto la costruzione della sicurezza organizzativa negli ambienti ospedalieri, con particolare riferimento al blocco operatorio di un ospedale del Nord Italia (Bruni 2010). Tengo subito a sottolineare come il tema delle pratiche di genere non facesse parte dei temi attesi dal disegno della ricerca e come, dunque, sia da interpretarsi quale risultato del tutto emergente dalle osservazioni svolte sul campo.

Classicamente, le tecniche di ricerca di cui l'etnografia organizzativa si dota (su tutte, osservazione partecipante ed intervista in profondità) implicano una prolungata presenza da parte del ricercatore. Nel dibattito contemporaneo, tuttavia, l'etnografia organizzativa è diventata un concetto-ombrello sotto il quale possono ritrovarsi studi condotti con modalità di raccolta dei dati e gestione dei tempi di permanenza sul campo anche molto diverse. Vi sono casi in cui la permanenza sul campo può essere non

particolarmente intensiva, ma protrarsi per interi anni (Kunda 1992), altri in cui si trascorrono sul campo alcune settimane, ma in termini immersivi (Bruni *et al.* 2005) ed altri ancora in cui il tempo di permanenza sul campo è davvero limitato, ma focalizzato verso l'osservazione di attività specifiche e integrato da una buona conoscenza di sfondo del campo di ricerca (Knoblauch 2005).

Nel nostro caso, a seguito di alcune interviste esplorative, il lavoro sul campo si è articolato attraverso 8 settimane di *shadowing* dei diversi operatori facenti parte di una equipe chirurgica¹. Lo *shadowing* trova la sua specificità nel “seguire come un'ombra” un soggetto nel corso della sua quotidianità organizzativa (Bruni 2003; Czarniawska 2007). Obiettivo dello *shadowing*, tuttavia, non è la ricostruzione del profilo di un particolare attore organizzativo (colui o colei a cui si sta facendo da “ombra”), bensì l'osservazione della quotidianità organizzativa, a partire dalla condivisione di una determinata prospettiva e complesso di attività (quelle di colui o colei a cui si sta facendo da ombra). È quindi importante sottolineare come, nel corso dell'osservazione, l'attenzione sia sempre rimasta centrata sui processi organizzativi e le pratiche lavorative in cui l'attore che si stava seguendo era coinvolto, più che sulla “personalità” di quest'ultimo. Per quanto “ombre” di singoli attori, infatti, i ricercatori hanno comunque e sempre mantenuto un atteggiamento di “attenzione diffusa” (Bruni 2003): ambienti, partecipanti all'organizzazione, elementi estetici, tecnologie, eventi rituali e/o semplici casualità erano fattori da indagare al fine di capire come/quando la sicurezza organizzativa venisse costruita.

In particolare, si è fatto “da ombra” a:

- 1 Operatore Socio-Sanitario (OSS) (donna);
- 1 infermiere di anestesia (donna);
- 1 anestesista (donna);
- 1 strumentista (donna);

¹ Il lavoro sul campo ha visto la presenza di chi scrive e di Giusi Orabona, che ringrazio per il lavoro condotto e la condivisione delle osservazioni.

- 1 chirurgo (uomo)².

A queste figure, si sono poi aggiunti:

- 1 strumentista “novizio” (uomo);

- la caposala degli strumentisti;

- la caposala del blocco operatorio³.

Indipendentemente dall'operatore seguito, l'attività di *shadowing* ha in ogni caso localizzato le osservazioni all'interno del medesimo spazio organizzativo (il blocco operatorio con le sue diverse sale), cosa che ha permesso di ottenere degli *account* etnografici che restituissero tanto le diverse pratiche di lavoro a cui possono fare riferimento gli attori, quanto la specificità del clima e delle interazioni che si sviluppano nell'ambiente osservato.

4. Fare e attraversare la maschilità: spavalderia professionale e attraversamenti di genere

All'interno del presente paragrafo, facendo riferimento a diversi estratti etnografici (rappresentativi di molti altri e, più in generale, del clima che si respira nel blocco operatorio al centro dell'osservazione), vedremo come il lavoro quotidiano in sala operatoria sia profondamente segnato dal fare genere ed orientato alla riproduzione di una maschilità che trova espressione nei rapporti di subordinazione delle donne verso gli uomini, nell'eterosessualità (quale modello relazionale/sessuale condiviso), ma soprattutto nella costruzione di un immaginario professionale spavaldo e sprezzante del pericolo.

² A seguito della negoziazione dell'accesso all'interno dell'organizzazione, è stato il primario assieme alle caposala a scegliere i singoli operatori da seguire. Se, da un lato, tale scelta non ha forse tenuto a bilanciare la presenza di uomini e donne, essa riproduce abbastanza fedelmente la segregazione occupazionale di genere tipica dei contesti ospedalieri.

³ La scelta di seguire le due caposala è stata motivata dal voler aprire una finestra anche sul lavoro che ha luogo al di fuori dello spazio fisico della sala operatoria, essendo plausibile ipotizzare che i processi e le pratiche che prendono forma in sala operatoria (come in qualunque altro spazio dell'organizzazione) siano interconnessi con processi e pratiche che hanno luogo in altri spazi e tempi. Il seguire per una settimana un “ultimo arrivato” è stato invece dettato dal voler osservare le pratiche di trasmissione e apprendimento del lavoro quotidiano.

Vedremo anche quali spazi e ruoli assegni alle donne tale immaginario e, quindi, le pratiche di resistenza alla maschilità e di sconfinamento di genere messe in atto da queste ultime.

4.1. Pratiche di maschilità in sala operatoria: tra spavalderia, eroismo e volgarità

In sala operatoria, la maschilità si costruisce lungo alcune direttrici specifiche, in particolare quella dell'eroismo e della spavalderia. I principali attori di tali performance sono chirurghi e anestesisti (quasi sempre di sesso maschile, nel contesto osservato), non a caso le due categorie professionali che in una equipe operatoria godono di maggiore autonomia e status in termini professionali (a ribadire come il genere coinvolga sempre gli assi del potere). Peraltro, nei confronti dei chirurghi/e sembra vi sia una socializzazione esplicita allo sprezzo del pericolo. Come dichiarato da un chirurgo: "il mio primario mi diceva: «se hai paura di pungerti, cambia mestiere...vai a fare la segretaria!»". L'account è senza dubbio parziale, ma nel caso particolare premonitore di quelle che vedremo essere le linee di espressione della stereotipia di genere in opera nell'ambiente organizzativo di riferimento.

Alcuni operatori, ad esempio, instaurano una relazione quasi di "sfida" nei confronti dei dispositivi di protezione individuale e delle norme sulla sicurezza. Come dalle parole di un chirurgo:

Se non mi metto la maschera o i guanti, sono c***i miei! Anche perché non è che in sala c'è qualcuno che ti dice: "Mettili la cuffia!"... Cioè, ogni tanto c'è...ma comunque si parte dal presupposto che siamo tutti maggiorenni e vaccinati, quindi...

Non deve stupire l'atteggiamento con cui il chirurgo si relaziona nei confronti dei dispositivi di protezione individuale, né il linguaggio che egli adotta di fronte al ricercatore, poiché entrambi fanno parte della costruzione e della performance della "maschilità eroica" (Mosse, 1996) che caratterizza l'ambiente osservato.

Si potrebbe argomentare che è tipico, per gli operatori, contrapporre alle norme sulla sicurezza l'esercizio della loro autonomia professionale. Così come è possibile che l'atteggiamento di chirurghi e anestesisti non sia orientato alla sfida del pericolo ma ad ostentare una (forse talvolta sopravvalutata) capacità di mantenimento del controllo anche al di là delle regole formali⁴.

Da un punto di vista simbolico, tuttavia, questo tipo di atteggiamenti e espressioni evocano (ed allo stesso tempo contribuiscono a dare concretezza a) una figura maschile, quella dello "spavaldo", che ostenta un'audacia eccessiva o inopportuna, sconfinando nella presunzione e nell'arroganza ("se non mi metto la maschera o i guanti, sono c***i miei!"). E' una figura che celebra l'*agency* quale attributo individuale, che tende ad instaurare una relazione asimmetrica tra diverse soggettività e a costruire narrazioni autocentrate.

Come nella situazione appena citata, lo sfoggio di tale spirito si travasava anche nella relazione che diversi chirurghi e/o anestesisti instauravano nei confronti dei ricercatori e dell'oggetto della ricerca (la costruzione della sicurezza in sala operatoria). Questa assumeva talvolta toni sarcastici ("Se avessi voluto fare un lavoro sicuro, farei il suo, non certamente il chirurgo, non crede?!", disse un chirurgo alla ricercatrice nel corso di una conversazione), altre decisamente più offensivi ("Vuoi sapere cosa penso? Me ne sbatto i c*****i di te e della tua ricerca!", rispose una volta un chirurgo senza minimamente alterare il tono della voce, dopo che la ricercatrice gli si era presentata illustrando sommariamente la ricerca). In tutte queste situazioni, era percepibile come chirurghi e anestesisti non stessero semplicemente dichiarando la loro posizione nei confronti dell'oggetto della ricerca, ma agendo il loro potere e status professionale e facendo della relazione con i ricercatori un altro terreno in cui esprimere il proprio (virile?) sprezzo del pericolo e dei vincoli posti dalle regole.

Come dalla dichiarazione del chirurgo, del resto, in sala operatoria nessuno (o quasi) richiama i colleghi in merito ai loro comportamenti in materia di sicurezza; e in effetti, nel corso delle osservazioni, è stato piuttosto immediato notare come soltanto alcune

⁴ Ringrazio un/a anonimo/a reviewer per aver suggerito questo ulteriore aspetto e possibile interpretazione.

strumentiste esperte potessero sollecitare (spesso attraverso l'esercizio dell'ironia) anestesisti e/o chirurghi all'uso dei dispositivi di sicurezza. D'altra parte, il primario per primo era solito entrare in sala operatoria senza cuffia, senza mascherina, e (talvolta) in canottiera, ribadendo così come l'uso dei dispositivi di protezione individuale e il rispetto delle regole si intreccino allo status professionale ed alle dimostrazioni di virilità ad esso associate.

Altro canale di espressione e manifestazione della spavalderia era poi dato dalle battute, gli "scherzi" e le "attenzioni" che chirurghi e anestesisti rivolgevano al personale femminile (solitamente, strumentiste e infermiere), come nel caso seguente:

"Dov'è la strumentista? Devi stare dietro di me!". Il chirurgo ha bisogno di un operatore che sposti la lampada, così la strumentista (Marta) sale sulla pedana posizionata dietro il chirurgo e sposta la lampada. "Brava Marta! Come farei senza di te?!", dice il chirurgo, mentre procede con l'asportazione di una trachea.

Il chirurgo si accorge della mia presenza⁵ e mi chiede chi sono, chi mi ha commissionato la ricerca e di dove sono. Rispondo alle sue domande e spiego l'oggetto della ricerca. Lui prosegue: "Cos'ha trovato? Ha scritto che siamo dei maniaci sessuali? Ma è tutta colpa di Marta, sa?" [Marta e i due chirurghi specializzandi sorridono].

Il chirurgo mi invita a guardare più da vicino l'intervento e dice: "Abbiamo in mano una trachea. Comunque, mi creda, dovrebbe fare degli studi sui maniaci sessuali per capirci qualcosa di più. Non scriva! Non scriva!".

Marta intanto scende dalla pedana e va a prendere il contenitore dentro il quale inserire un linfonodo asportato, ma subito il chirurgo la richiama: "Marta! La luce! Dov'è che è andata?". Marta poggia il contenitore sul tavolo, sale sulla pedana e sposta la lampada. Il chirurgo: "La fa nel vasetto? Sarei curioso di vederla ...".

Dopo una lunga serie di allusioni sessuali, il chirurgo inizia a parlare di una nuova strumentista che, a quanto pare, egli ha voluto "mettere alla prova facendo terrorismo psicologico, dicendole prendi questo, dammi quello...".

⁵ Chi scrive è la ricercatrice.

L'episodio riportato è sufficientemente rappresentativo di tutte le (ricorrenti) situazioni in cui chirurghi (uomini) e anestesisti (uomini) agivano la loro interazione con strumentiste (donne) e infermiere (donne) sugli assi del desiderio sessuale che dovrebbe/potrebbe intercorrere tra persone eterosessuali. È ciò che altre ricerche hanno nominato in termini di "hostess role" (Timmons e Tanner 2005), a sottolineare come buona parte del lavoro infermieristico in sala operatoria si muova attorno al "fare felice il chirurgo", "non irritare il chirurgo" e a ciò che vent'anni fa Strauss e colleghi (1982) identificavano quale "lavoro sentimentale" (nei confronti dei colleghi, non dei pazienti). Del resto, ciò rimanda alle caratteristiche stesse che da un punto di vista storico hanno segnato la professione infermieristica: in quanto professionista della cura, l'infermiera appare facilmente quale traslazione professionale del ruolo domestico della donna nelle società europee, con tutte le sue caratteristiche di devozione, passività e sacrificio (Holden e Littlewood 1991). È questa una strategia che punta a non riconoscere alle donne alcune competenze perché considerate 'naturalmente' femminili (quali l'ascolto, l'attenzione, la gestione del conflitto, la cura) e, al tempo stesso, ad affermare l'eterosessualità quale modello di relazione tra i sessi e caratteristica intrinseca ad un certo tipo di spavalderia maschile (Bruni 2006). Peraltro, si può osservare come il chirurgo metta in campo nei confronti della ricercatrice lo stesso gioco di relazione (seppure con tinte meno forti) messo in atto con la strumentista, provando a imbarazzare la ricercatrice (direzionando il discorso sul sesso) e dandole ordini e dimostrazione del suo "potere" nei confronti di altri soggetti femminili. In tal senso, anche solo il modo in cui chirurghi e anestesisti si relazionavano nei confronti del ricercatore e della ricercatrice è probabilmente sintomatico della cittadinanza di genere (Gherardi 1996) riservata a uomini e donne in tale ambiente: la ricercatrice è stata in più occasioni oggetto di battute, apprezzamenti e giochi di parole basati sul sesso/genere; chi scrive si è invece trovato coinvolto in giochi linguistici ad altrettanto evidente sfondo sessuale, ma questi assumevano più spesso la forma di una ricerca di complicità maschile, che non di sfida o messa in soggezione.

Ma i giochi linguistici a sfondo sessuale sono solo la traduzione più evidente del "fare genere" (West e Zimmerman 1987) all'interno della sala operatoria e nel corso delle

pratiche lavorative. Come vedremo tra breve, infatti, vi è un intero immaginario simbolico a muoversi sulla falsariga del genere ed all'interno di questo sono possibili diversi tipi di posizionamento.

4.2. Posizionamenti e sconfinamenti di genere

Sino a questo momento, ci siamo soffermati sulle caratteristiche di genere che segnano il contesto osservato, facendone un ambiente “al maschile” ed assegnando a uomini e donne ruoli e repertori di azione ben distinti. Ora osserveremo invece alcune delle principali strategie messe in atto dalle donne che popolano tale ambiente al fine di posizionarsi quali partecipanti competenti all'interno di una comunità il cui ordine di genere le relega in un ruolo di subalternità. Detto altrimenti, attraverso quali pratiche e posizionamenti riescono le donne ad uscire dal ruolo di “hostess” che con tanta facilità e frequenza viene loro assegnato?

Una prima pratica e posizionamento ha a che fare con il silenzio, come nel caso a seguire:

Quando il primo chirurgo entra in sala, si rivolge subito alla chirurgo che sta operando:

C.: “Ma lei è sola oggi, dottoressa?”

D.: “C'è lui...” [un chirurgo in formazione]

C.: “Sì, vabbè...e Franchi?”

D.: “Mi ha appena telefonato...è raffreddato, ma ha detto che sta arrivando...”

E così, per un banale raffreddore, inizia un giro di battute tra il chirurgo ed altri operatori (uomini) a proposito delle cause del raffreddore del dott. Franchi. “Le donne lo trombano e poi lo lasciano scoperto durante la notte”, dice il chirurgo, cercando di coinvolgere anche la anestesista e l'infermiera di anestesia nella conversazione, ma queste ultime non partecipano.

Situazioni e “battute” come quella appena descritta rappresentano la normalità in sala, come in altri spazi del blocco operatorio (un'operatrice, peraltro, nel corso dei primi

giorni di osservazione aveva anche esplicitamente avvisato la ricercatrice: “Ci saranno continue battute sul sesso. È così un po' in tutte le sale, ma qui in modo particolare...”). In queste situazioni, il non prendere parte alla conversazione da parte delle donne presenti non dipende da una qualche forma di imbarazzo o passività, ma costituisce una pratica di resistenza al clima cameratesco che gli uomini cercano di instaurare mobilitando (Martin 2001) diverse pratiche di maschilità. Nel caso particolare, queste fanno riferimento ad uno humour a sfondo (etero)sessuale, ma lo stesso tipo di atteggiamento veniva adottato dalle infermiere anche nelle situazioni in cui chirurghi e anestesisti utilizzavano un linguaggio particolarmente scurrile, alzavano il tono della voce e/o indirizzavano critiche e epitomi gratuiti e stigmatizzanti verso altri/e operatori/trici. Il non partecipare, l'agire silenzioso di strumentiste e infermiere, di fatto, ritaglia uno spazio ed una modalità d'azione differenti, all'interno dei quali è proprio l'agire maschile a non permettere ai chirurghi di entrare (poiché abbracciare tale pratica, per i chirurghi, equivarrebbe a dover abbandonare un atteggiamento spavaldo).

Si potrebbe obiettare che il “silenzio”, in termini simbolici, rimanda in ogni caso al femminile e dunque interpretare questa pratica come uno stare all'interno dei confini che il simbolismo di genere assegna alle donne, piuttosto che quale costruzione di uno spazio di autonomia dal maschile. Bisogna però anche tenere presente che confrontarsi con i chirurghi in modo diretto, all'interno di una cultura professionale e organizzativa con delle partiture di genere così radicate (ed una distribuzione del potere fortemente strutturata), veniva preso dai più come un vero e proprio affronto e (tenendo conto del fatto che la spavalderia e la suscettibilità condividono lo stesso campo semantico) poteva condurre facilmente a situazioni come quella a seguire:

[la ricercatrice entra in sala]

Il chirurgo grida all'anestesista: “Dottoressa, si muove!”.

L'anestesista si alza dallo sgabello, prende una siringa con un farmaco e lo somministra alla paziente. Poi aggiunge: “Comunque lei a me non me ne frega un c***o non me lo dice!”.

C: “Sta scherzando?!”.

A: “No! Lei poco fa mi ha risposto dicendo così”.

Il chirurgo per un attimo rimane immobile, interdetto smette di operare, ma poi, notando l'allontanamento dell'anestesista dalla sala, inizia a gridare: “Sta sanguinando! Sta sanguinando! Anestesista! Dov'è l'anestesista? Non la vedo!”.

L'anestesista, davanti alla porta della sala, risponde: “Qui!”.

C: “Deve stare qui, dietro alla paziente! E non mi risponda! Ora non potrete nemmeno andare a pisciare senza il mio permesso!”.

L'anestesista non dice nulla, nessuno dice nulla. In sala è calato il gelo. L'intervento adesso è ad un punto critico: il chirurgo inserisce un sacchetto in uno dei tre fori praticati nell'addome, trasferisce (con l'ausilio di alcuni ferri) il tumore asportato nel sacchetto, lo chiude (con delle “graffette”) e quindi (con delle pinze) ne fa fuoriuscire un'estremità dal foro dal quale lo aveva inserito. Poi, con le mani, tira il sacchetto. La parte asportata ha però un diametro maggiore di quello del foro praticato, così il chirurgo deve tirare con forza per riuscire ad estrarlo. Quando, dopo alcuni tentativi, ci riesce, il chirurgo si punge con una delle “graffette”.

C: “Porca p*****a!”

Strumentista: “Si tolga i guanti, almeno...”.

Il chirurgo toglie i guanti e (aiutato dalla strumentista) ne indossa un paio pulito, poi continua dicendo: “Si muove! Vogliamo fare qualcosa?”.

L'anestesista, senza dire nulla, somministra altri farmaci.

C. [rivolto all'Anestesista]: “Adesso mettiamo su un'urgenza dottoressa, sa?! Per lei va bene?!”.

Sono le 13.20 e l'intervento deve ancora essere ultimato. Solitamente, a quest'ora si interrompe la seduta e si aspetta l'equipe del pomeriggio per gli interventi di emergenza, ma il chirurgo insiste affinché l'anestesista continui a lavorare ancora per un paio d'ore. Alle 13.40 il primo e il secondo chirurgo “chiudono” il campo operatorio e vanno via senza dire nulla.

La ricercatrice non era presente in sala nel momento in cui l'anestesista sostiene che il chirurgo avesse pronunciato la fatidica frase, dunque non è dato sapere cosa sia successo esattamente negli istanti precedenti all'interazione riportata. Proprio per questo, tuttavia, l'interazione riveste particolare interesse dal punto di vista

organizzativo e di genere. Indipendentemente dalla causa scatenante, infatti, la situazione è indicativa del clima di stress che si respira talvolta in sala operatoria, di come lo spirito spavaldo che (come illustrato) sembra caratterizzare i chirurghi possa tradursi in pratiche di lavoro poco sicure, nonché di come in sala operatoria sembri assente una modalità di gestione dei conflitti alternativa a quella dell'esercizio di pratiche maschili che fanno riferimento all'autorità, alla gerarchia ed al controllo dei corpi altrui ("Ora non potrete nemmeno andare a pisciare senza il mio permesso!") è una delle prime minacce che rivolge il chirurgo alla collega).

Come nella situazione vista precedentemente, la strumentista sceglie il silenzio (e aiuta il chirurgo a cambiare i guanti), ma sarebbe affrettato concludere che gli unici due posizionamenti possibili per le donne all'interno di questo ambiente si muovano tra i due estremi dell'agire silenzioso e del confronto diretto.

A tale proposito, presento due ultimi estratti etnografici, particolarmente rappresentativi tanto delle pratiche di maschilità che caratterizzano il blocco operatorio, quanto dei posizionamenti simbolici che le donne possono mettere in atto. Quale frutto di una scelta deliberata, si farà riferimento a situazioni che si svolgono all'esterno della S.O., al fine di mostrare la presenza di un repertorio di genere (maschile) nelle più comuni pratiche comunicative che caratterizzano l'ambiente osservato e, dunque, quale elemento di sfondo di diverse interazioni.

Il rappresentante di una ditta farmaceutica si affaccia nell'ufficio della caposala degli strumentisti. I due parlano del più e del meno, ma quando il discorso cade su di una dottoressa che si sta opponendo ai guanti no-latex, il venditore dice che le rimproveranze della dottoressa sono dettate puramente da stress e insoddisfazione e conclude: "Ci vorrebbe un negro, per darle due colpi...". La caposala risponde [con tono sarcastico]: "E perché non ci pensi tu?!". Dopo un attimo di spiazzamento, il rappresentante dice che non se la sentirebbe.

Concluso il giro-pazienti, il dottor Zeta si ferma a parlare con la caposala del reparto di chirurgia. Parlano dell'imminente cambio del primario e quando (dopo circa un'ora), escono dallo studio della caposala ed entrano nello studio degli

infermieri, dove ci sono 5 infermiere ed una medico impegnate in varie attività (la medico sta compilando una cartella clinica, un'infermiera sta facendo una fotocopia, un'altra sta sciacquando dei contenitori), la caposala esclama: "Eccole qui, le veline!". Zeta non si lascia sfuggire l'occasione di rincarare la dose con qualche battuta sessista e solo una infermiera protesta timidamente. La caposala aggiunge: "E poi per me siete troppe...prima cosa da fare [a seguito della nomina del nuovo primario]: ridurre il personale!".

Le due situazioni presentate sono piuttosto diverse tra loro: nella prima, sono coinvolte due persone (di cui una, peraltro, esterna all'ambiente di riferimento), nella seconda un gruppo; nella prima, la caposala prova a mettere a nudo (attraverso l'ironia) la stereotipia di genere utilizzata dal venditore, nella seconda è proprio la caposala a innescarla. In termini processuali, le due situazioni mostrano però anche alcune analogie: in entrambe il sesso/genere appare come il riferimento più immediato attraverso il quale incastonare la situazione in una cornice di senso; in entrambe le donne vengono definite quali oggetto di un (presunto e non meglio specificato) desiderio maschile; in entrambe la stereotipia di sesso e genere prende forma attraverso performance comunicative che tentano di apparire "scherzose", ma (specie se ascoltate da un punto di vista diverso da quello di chi le ha pronunciate) risultano invece irrimediabilmente gratuite, volgari e discriminatorie.

Ai fini della presente discussione, a rivestire interesse è però soprattutto il posizionamento discorsivo agito dalle due caposala. Nella prima situazione, assistiamo a un posizionamento di tipo ironico, attraverso il quale la caposala dimostra la sua competenza nel gestire un repertorio discorsivo orientato al maschile e, al contempo, nello scardinarne l'ordine. Si noti come l'ironia non stia soltanto nel contenuto della battuta pronunciata dalla caposala, ma soprattutto nel fatto che sia lei, una donna, a pronunciare tale frase, sfidando il suo interlocutore sul suo stesso terreno simbolico. L'esercizio dell'ironia, del resto, è una delle modalità di attraversamento dei confini simbolici di genere più comuni all'interno di ambienti organizzativi segnati dal fare

genere, specie da parte di soggetti appartenenti a categorie stigmatizzate (quali le donne, Gherardi 1995).

Anche nel secondo episodio la caposala utilizza un tono “scherzoso” e mostra la sua competenza nell’uniformarsi a un codice comunicativo maschile, ma (a differenza della sua collega) non per uscire dai canoni dell’ordine di genere, bensì per rendervi omaggio, riposizionando le operatrici nel loro ruolo di donne al servizio di uomini ed appiattendone le competenze in termini di puro supporto a un *agency* maschile (“Eccole qui...le veline!”). Come nel caso precedente, non è solo il discorso, ma l’intera situazione a essere di per sé performativa (Garfinkel 1967; Butler 1990) dell’attraversamento dei confini di genere: l’etichettare le colleghe (donne) quali “veline” permette alla caposala (donna) di distinguersi da esse e di mobilitare discorsivamente una versione particolarmente maschile della gestione del potere e delle risorse umane (“E poi per me siete troppe...prima cosa da fare: ridurre il personale!”).

In entrambe le situazioni, dunque, assistiamo a uno sconfinamento dalle canoniche partiture di genere, sempre attraverso la mobilitazione di un repertorio discorsivo legato ad alcuni “assunti maschili”, ma per finalità diverse. Ciò ripropone un’annosa questione: quando una donna entra in una cultura professionale e/o organizzativa segnata da pratiche di maschilità, può essa stessa maneggiare queste pratiche con tale sapienza da conquistare la posizione di soggetto-maschile (Kerfoot e Whitehead 1998; Bruni e Gherardi 2001; Gherardi e Poggio 2007)? Oppure, come sostiene Connell (1987; 1995) e altra letteratura, all’interno di un contesto di egemonia del maschile, le donne non possono comunque, per definizione, agire la maschilità al punto da goderne i privilegi e riescono, tutt’al più, a posizionarsi in antagonismo con la “femminilità enfatizzata” (espressione usata dall’autrice in riferimento a tutti quei comportamenti e simboli tipici del femminile ed orientati a confermare e soddisfare gli stereotipi e il desiderio maschili)?

Pertanto, come nell’ultimo caso visto, lo sconfinamento da parte di donne nei territori della maschilità non garantisce di per sé un disfacimento dei confini di genere, ma può anzi rimarcare il significato.

Le conclusioni cercheranno di prendere in considerazione queste diverse questioni.

5. Conclusioni

Con riferimento a diversi estratti ed episodi etnografici aventi ad oggetto il lavoro quotidiano all'interno del blocco operatorio di un ospedale italiano, ho mostrato come il lavoro quotidiano in sala operatoria sia orientato alla riproduzione di una maschilità che trova la sua espressione più caratteristica nella costruzione di un immaginario professionale eroico, spavaldo e sprezzante del pericolo. Tale maschilità trova evidentemente terreno fertile anche in altre caratteristiche che il lavoro in sala operatoria (e, più in generale, nei contesti ospedalieri) esprime in termini di genere (Bruni, 2010): la posizione ancillare che caratterizza alcune figure professionali (tipicamente, OSS e infermieri); la cura, l'attenzione e l'agire silenzioso che accompagnano il lavoro di strumentisti e strumentiste; la posizione di esplicita subordinazione che segna le tappe iniziali della traiettoria di apprendimento dei chirurghi; finanche la rimozione del paziente (e del suo corpo) quale soggetto vivo (e non oggetto inerte). Sono tutte caratteristiche che inscrivono il lavoro in sala operatoria in un immaginario di genere più devoto al maschile che al femminile e che si alimentano probabilmente anche della presunta superiorità e autorevolezza di cui godono il sapere e la professione medica nella nostra cultura (Good 1994).

In un secondo momento, l'illustrazione e l'analisi delle pratiche di resistenza alla maschilità e sconfinamento di genere messi in atto dalle donne per farsi spazio in un ambiente organizzativo declinato al maschile hanno portato a interrogarsi circa la possibilità di fare genere diversamente, giocando a cavallo dei suoi confini.

Può, dunque, una donna agire la maschilità considerata egemone in un dato modello di relazioni di genere? Ed è (o sarebbe) questo sufficiente a scardinare i presupposti di questo stesso modello di relazioni di genere (o ne ribadirebbe l'efficacia)?

Sono domande che da tempo attanagliano il dibattito e che fanno emergere un "vizio di forma" comune a molti dei contemporanei *gender studies*: spesso, infatti, tali studi indagano (a livello empirico) come gli uomini agiscano la maschilità e le donne la femminilità, ribadendo di fatto una supposta coincidenza tra sesso e genere (all'interno

di una prospettiva teorica che postula invece la non automatica corrispondenza tra sesso biologico e pratiche di genere).

Quale (parziale) rimedio a questa *impasse*, propongo un uso estensivo del concetto di *mobilizing masculinities*, definito da Patricia Martin (2001) in riferimento a tutte le pratiche attraverso cui due o più uomini, collaborativamente, chiamano in causa (discorsivamente e interattivamente) elementi legati all'esercizio di diverse forme di maschilità. A seguito degli episodi etnografici presentati, penso infatti che il concetto si presti ad essere utilizzato anche per situazioni (quali quelle analizzate) in cui sono le donne, con la collaborazione di altri partecipanti al contesto d'interazione, a mettere in gioco elementi che richiamano pratiche e/o mondi maschili. In termini analitici, ciò permette di decentrare definitivamente l'attenzione dal soggetto (e dalla identità sessuale) che mette in atto la "mobilitazione", al tipo di pratiche che vengono mobilitate e alle forme della mobilitazione. E questo non tanto per affermare l'irrilevanza delle caratteristiche identitarie del soggetto al centro dell'azione, ma per potersi concentrare su come siano le pratiche stesse (e non solo i soggetti) a attraversare i confini del maschile e del femminile.

Bibliografia

- Acker, J. (1990), *Hierarchies, Jobs, Bodies: A Theory of Gendered Organizations*, in «Gender and Society», vol. 4, n. 2, pp. 139-58.
- Bruni, A. (2003), *Lo studio etnografico delle organizzazioni*, Roma, Carocci.
- Bruni, A. (2006), 'Have You Got a Boyfriend or are You Single?': *On the Importance of Being 'Straight' in Organizational Research*, in «Gender, Work and Organization», vol. 3, n. 3, pp. 299-316.
- Bruni, A. (2010), *La sicurezza organizzativa. Una etnografia in sala operatoria*, Roma, Carocci.

- Bruni, A. e Gherardi, S. (2001), "Omega's Story: The Heterogeneous Engineering of a Gendered Professional Self", in M. Dent e S. Whitehead (a cura di), *Managing Professional Identities. Knowledge, Performativity and the New Professional*, London, Routledge, pp. 174-198.
- Bruni, A., Gherardi, S. e Poggio, B. (2005), *Gender and Entrepreneurship: An Ethnographic Approach*, London, Routledge.
- Butler, J. (1990), *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity*, London, Routledge.
- Calàs M. e Smircich, L. (1992), "Re-writing Gender into Organizational Theorizing: Directions from Feminist Perspectives", in M.I. Reed e M.D. Hughes (a cura di), *Rethinking Organizations: New Directions on Organizational Research and Analysis*, London, Sage.
- Carrigan, T., Connell, R.W. e Lee, J. (1985), *Toward a New Sociology of Masculinity*, in «Theory and Society», vol. 14, n. 5, pp. 551-603.
- Cockburn, C. (1983), *Brothers: Male Dominance and Technological Change*, London, Pluto Press.
- Collinson, D. e Hearn, J. (1994), *Naming Men as Men: Implications for Work, Organization and Management*, in «Gender, Work and Organization», vol. 1, n. 1, pp. 2-20.
- Collinson, D. e Hearn, J. (1996), *Men as Managers, Managers as Men: Critical Perspectives on Masculinity*, London, Sage.
- Connell, R.W. (1987), *Gender and Power*, Cambridge, Polity Press.
- Connell, R.W. (1995), *Masculinities*; trad. it. *Maschilità*, Milano, Feltrinelli, 1996.
- Connell, R.W., Messerschmidt, J.W. (2005), *Hegemonic Masculinity. Rethinking the Concept*, in «Gender & Society», vol. 19, n. 6, pp. 829-859.
- Czarniawska, B. (2007), *Shadowing and Other Techniques for Doing Fieldwork in Modern Societies*, Copenhagen, Astrakt Forlag, Liber, Copenhagen Business School Press.
- Davies, B. e Harré, R. (1990), *Positioning: The Discursive Production of Selves*, in «Journal of the Theory of Social Behaviour», vol. 20, n.1, pp. 43-63.

- Field, D. e Lennox, A. (1996), *Gender in Medicine: The Views of First and Fifth Year Medical Students*, in «Medical Education», vol. 30, n. 4, pp. 246–252.
- Garfinkel, H. (1967), *Studies in Ethnomethodology*, Englewood Cliffs, NJ., Prentice Hall.
- Gherardi, S. (1995), *Gender, Symbolism and Organizational Cultures*, London, Sage.
- Gherardi, S. (1996), *Gendered organizational cultures: Narratives of women travellers in a male world*, in «Gender, Work and Organizations», vol. 3, n. 4, pp. 187–201.
- Gherardi, S. e Poggio, B. (2007), *Gendertelling in Organizations: Narratives from Male-dominated Environments*, Stockholm, Malmö, Liber.
- Goffman, E. (1976), *Gender Display*, in «Studies in the Anthropology of Visual Communication», vol. 3, pp. 69-77.
- Good, B.J. (1994), *Medicine, Rationality and Experience: An Anthropological Perspective*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Hochschild, A. (1983), *The Managed Heart: Commercialization of Human Feeling*, Berkeley, University of California Press.
- Holden, P. e Littlewood, E. (a cura di) (1991), *Anthropology and Nursing*, London, New York, Routledge.
- Katila, S. e Merilainen, S. (2002), *Metamorphosis: From 'Nice Girls' to 'Nice Bitches': Resisting Patriarchal Articulations of Professional Identity*, in «Gender, Work and Organization», vol. 9, n. 3, pp. 336–354.
- Kanter, R.M. (1977), *Men and Women of the Corporation*. New York, Basic Books.
- Kerfoot, D. e Whitehead, S. (1998), *'Boys own' Stuff: Masculinity and the Management of Further Education*, in «The Sociological Review», vol. 46, n. 3, pp. 437-457.
- Kessler, S.J. e McKenna, W. (1978), *Gender: An Ethnomethodological Approach*, New York, Wiley.
- Knoblauch, H. (2005), *Focused Ethnography*, in «Forum Qualitative Social Research», vol. 6, n. 3. <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/20> (consultato il 12 Maggio 2012).

- Kunda, G. (1992), *Engineering Culture: Control and Commitment in a High-Tech Corporation*; trad. it. *L'ingegneria della cultura*, Torino, Edizioni di Comunità, 2000.
- Martin, P.Y. (2001), 'Mobilizing Masculinities'. *Women's Experience of Men at Work*, in «Organization», vol. 8, n. 4, pp. 587-618.
- Martin, P.Y. (2003), 'Said & Done' Vs. 'Saying & Doing': *Gendered Practices/Practicing Gender at Work*, in «Gender & Society», vol. 17, n. 6, pp. 342-366.
- Martin, P.Y. (2004), *Gender as a Social Institution*, in «Social Forces», vol. 82, n. 4, pp. 1249-1273.
- Miller, G. (2002) *The Frontier, Entrepreneurialism, and Engineers: Women Coping with a Web of Masculinities in an Organizational Culture*, in «Culture and Organization», vol. 8, n. 2, pp. 145-160.
- Mosse, G.L. (1996), *The Image of Man*; trad. it. *L'immagine dell'uomo*, Torino, Einaudi, 1997.
- Mumby, D.K. e Putnam, L.L. (1992), *The Politics of Emotion: A Feminist Reading of Bounded Rationality*, in «Academy of Management Review», vol. 17, n. 3, pp. 465-486.
- Piccardo, C. e Benozzo, A. (1996), *Etnografia organizzativa*, Milano, Cortina.
- Pringle, R. (1998), *Sex and Medicine*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Rubin, G. (1975), "The Traffic in Women: Notes on the 'Political Economy' of Sex". In R. Reiter (a cura di), *Towards an Anthropology of Women*, New York, Monthly Review Press, pp. 23-65.
- Schippers, M. (2007), *Recovering the Feminine Other: Masculinity, Femininity, and Gender Hegemony*, in «Theory & Society», vol. 36, pp. 85-102.
- Strauss A.L., Fagerhaugh S., Suczek B. e Wiener C. (1982), *Sentimental Work in the Technologised Hospital*, in «Sociology of Health and Illness», vol. 4, pp. 254-278.
- Timmons, S. e Tanner, J. (2005), *Operating Theatre Nurses: Emotional Labour and the Hostess Role*, in «International Journal of Nursing Practice», vol. 11, n. 2, pp. 85-91.

- Watt, I., Nettleton, S. e Burrows, R. (2008), *The Views of Doctors on their Working Lives*, in «Journal of the Royal Society of Medicine», vol. 101, pp. 1-6.
- West, C. e Zimmerman, D. (1987), *Doing Gender*, in «Gender & Society», vol. 1, n. 2, pp. 125-151.
- Woodward, R. e Winter, T. (a cura di) (2007), *Sexing the Soldier: The Politics of Gender and the Contemporary British Army*, Oxon and New York, Routledge.