

Roma, 14 GIUGNO 2024

Leadership femminile. Quale e per quale sanità?

Giovanna Vicarelli

Premessa

Nel mio intervento proverò a posporre i termini del nostro Seminario “Leadership femminile. Quale e per quale sanità”, partendo da alcune riflessioni sulla sanità per arrivare a ragionare sulla leadership al femminile. Preciso questa impostazione perché gli studi di sociologia storica che mi caratterizzano hanno, in genere, una modalità retrospettiva e giungono ad una analisi dell’attualità come punto di arrivo piuttosto che di partenza. Oggi, dunque, farò diversamente.

Il tema che vorrei affrontare è quello della particolare “congiunzione” che si è creata all’interno del SSN tra politiche sanitarie e professioni della cura, subito prima e subito dopo la pandemia, cercando di immaginare il possibile ruolo delle donne in termini di “guida”. Uso questo termine, anziché leadership, perché è meno connotato e, a mio avviso, più utile in quanto scevro da false conoscenze o da letture troppo ideologiche. D’altro canto, il dizionario Treccani individua come prima spiegazione del termine proprio “la funzione e attività di guida”, dove “guidare”, sempre nello stesso dizionario, significa “accompagnare, condurre qualcuno in qualche luogo”.

È abbastanza incontrovertibile che la pandemia sia stato un “evento” di notevole portata che ha scosso gli assetti sanitari, nonché socioeconomici e politico-culturali di tutto il mondo e, per quanto ci riguarda, dei paesi europei e dell’Italia. Nonostante le caratteristiche pressoché simili di tale evento (con le sue forme di contagio, di malattia/morte, di vaccinazioni ecc.), ogni paese ha avuto reazioni diverse a seconda delle proprie specificità nazionale e sub nazionale. Ciò significa che il “tempo” (cioè, quando la pandemia si è dimostrata) e soprattutto lo “spazio” (cioè, il contesto economico, politico, sociale e soprattutto sanitario) contano molto per comprendere cosa sia effettivamente avvenuto.

D’altro canto, come insegna la sociologia dei disastri, un evento avverso ha un “prima” e un “dopo”, va quindi letto in un continuum che ci permette di capire come si era configurato quello spazio/tempo su cui si è abbattuta la pandemia e come si prospetterà a seguito delle forme e dei modi in cui è stata affrontata. Proverò, di conseguenza a leggere, in termini molto sintetici, la congiunzione tra politiche sanitarie e professioni in cui si trovava l’Italia prima dell’evento pandemico (par.1), come è stato affrontato (par.2) e come tale congiunzione si proponga oggi (par.3), per arrivare a discutere del ruolo delle donne medico (par. 4).

1. Le fessurazioni del SSN e delle professioni a ridosso della pandemia

Una modalità per leggere le relazioni/interrelazioni tra politiche sanitarie e professioni della cura prima della pandemia, è quella di individuare in entrambi i lati un gran numero di fessurazioni e, quindi, di fragilità complessive.

Se si guarda alle politiche sanitarie, non è difficile individuare come, nel tempo, esse abbiano minato i caratteri propri della legge istitutiva del SSN e nello specifico il suo universalismo (Vicarelli 2023)¹. La Legge 833 mirava a creare un sistema nazionale di tutela della salute fondato sulla universalità dei destinatari (pilastro 1), con finanziamento basato sulla fiscalità generale, progressiva ed equa (pilastro 2), volto alla globalità della copertura assistenziale, con finalità di riduzione delle disuguaglianze territoriali e delle disparità di trattamento personali (pilastro 3); obiettivo quest'ultimo garantito dai principi costituzionali e da una organizzazione dei servizi e delle prestazioni in capo allo Stato (pilastro 4). La fragilità della governance pubblica, unita alle debolezze dell'economia italiana e al difficile equilibrio normativo su cui si regge il decentramento regionale dal 2001 in poi, possano essere assunti come fattori di comprensione della lenta erosione dell'universalismo cui abbiamo assistito. Che si tratti di una sostanziale trasformazione dei quattro pilastri sui cui si fonda l'istituzione del SSN è dimostrato, ci sembra, dai cambiamenti nelle forme di finanziamento basate sulla fiscalità generale (essendo quest'ultima sempre meno progressiva ed equa), nonché su una partecipazione alla spesa sanitaria differenziata su base regionale; dalla mancata riduzione delle disuguaglianze territoriali e delle disparità di trattamento personali, nonostante l'applicazione e il controllo sui LEA; da una organizzazione dei servizi e delle prestazioni sempre più delegata o abbandonata al privato profit e no profit; da una eleggibilità dell'intera popolazione più formale che sostanziale.

Ne derivano, a livello organizzativo ed istituzionale, quattro distorsioni del SSN che lo hanno gradualmente indebolito (Vicarelli e Giarelli 2021)². La prima e fondamentale distorsione è di natura distributiva e riguarda le profonde disuguaglianze sociali di salute, accanto a quelle assistenziali. La seconda distorsione ha natura culturale ed è relativa all'orientamento alla malattia e alla conseguente medicalizzazione della salute che caratterizza ancora in gran parte il SSN italiano. Un orientamento che trova espressione in diversi aspetti a partire dalla scarsa rilevanza che la prevenzione assume nel complesso dei servizi sanitari. La terza distorsione ha natura strutturale e si identifica con il forte regionalismo che è andato progressivamente realizzandosi dopo l'approvazione della riforma del Titolo V della Costituzione (l. cost. 3/2001). La quarta distorsione è di carattere funzionale e si può riassumere nel concetto di ospedalcentrismo, ovvero della ancora persistente centralità dell'ospedale (pur con le sue criticità) quale asse portante del sistema sanitario.

Se si guarda, ora, alle professioni della cura, le fessurazioni riguardano quattro dimensioni: l'età, la carriera e le condizioni di lavoro, la vocazione professionale e il genere (Vicarelli 2022)³. In primo luogo, va evidenziata l'età avanzata che caratterizza il personale, soprattutto medico, prima della pandemia a seguito del blocco del turnover e delle mancate assunzioni di giovani medici nel corso degli anni Duemila. In secondo luogo, va posto il progressivo peggioramento nelle condizioni di lavoro, nelle retribuzioni e nei mancati avanzamenti di carriera conseguenti le politiche di riduzione delle risorse del SSN a partire dal 2011. Come terza fessurazione si può fare riferimento ad una crisi professionale, soprattutto medica, dettata sia dalla managerializzazione del sistema sanitario e dalla sua crescente politicizzazione su base regionale, sia dal cosiddetto consumerismo inteso come pressione crescente dei pazienti e dei mercati privati sull'agire professionale. Da ultimo, va sottolineato un quarto processo legato alla femminilizzazione crescente delle professioni di cura (nello specifico mediche) in contesti organizzativi di non apprezzamento e valorizzazione delle donne, seppure giunte (per forza demografica o per volontà professionale) a posizioni dirigenziali.

¹ 2023 Giovanna Vicarelli, L'universalismo in sanità a 45 anni dalla istituzione del Ssn, in "Politiche Sociali, Social Policies" 3/2023, pp. 405-424, doi: 10.7389/109055

² 2021, Vicarelli G. e G. Giarelli (a cura di), *Libro Bianco. Il Servizio Sanitario Nazionale e la pandemia da Covid-19*. Milano, FrancoAngeli

³ 2022 Vicarelli G, La flessibilità del lavoro nel Servizio Sanitario Nazionale prima e durante la pandemia da Covid-19, in "Sociologia del lavoro " 162/2022, pp. 7-29, DOI: 10.3280/SL2022-162001

2. L'impatto pandemico

Allo scoppio della pandemia, dunque, il sistema sanitario italiano e, al suo interno, le professioni di cura presentavano fragilità che avrebbero potuto incidere sulle risposte strutturali e professionali all'evento avverso. Ciò nonostante, è abbastanza evidente, seppure poco studiato, che il sistema complessivo ha retto l'urto, nonostante i grandi costi individuali e collettivi e le notevoli differenze territoriali. Sappiamo poco, infatti, sulle storie dei singoli professionisti coinvolti nella pandemia, così come sulle politiche territoriali specifiche che sono state adottate e implementate. In linea generale, dai pochi dati scientifici a disposizione, si ricavano esiti differenti in termini di mortalità/morbilità (ad esempio tra Veneto e Lombardia nella prima ondata) o sul burn-out in certi contesti organizzativi e in specifici segmenti professionali (Vicarelli e Neri 2021)⁴. Si può dire, però, in linea generale che nonostante le fessurazioni presenti, le strutture e il personale hanno saputo far fronte all'evento pandemico, facendo perno, presumibilmente, su una notevole capacità di adattamento organizzativo (tipica di sistemi che hanno normalmente poche risorse a disposizione) e forse di un sentito imperativo etico-professionale.

3. Il post-pandemia e l'arte del Kintsugi

Nel periodo immediatamente successivo alla pandemia ci si è confrontati sul “da farsi”, nella consapevolezza crescente che le fessurazioni erano state ampliate dalla crisi e alcuni pezzi si erano rotti: basti pensare alla fuga del personale dal SSN e alla crescita delle liste di attesa in alcune regioni italiane. È in tale direzione che il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) è stato proposto come uno strumento economico e gestionale innovativo, voluto dall'Unione Europea e rivolto agli stati membri, in primis all'Italia per l'entità straordinaria del finanziamento.

La domanda che sottende il PNRR e le politiche nazionali ad esso conseguenti è come si possano sanare le fessurazioni create nel tempo ed eventualmente attaccare i cocci. Per rispondere a questo interrogativo si può fare riferimento alla metafora del Kintsugi. Quando una ciotola, una teiera o un vaso prezioso cadono frantumandosi in mille cocci, noi li buttiamo con rabbia e dispiacere. Eppure, c'è un'alternativa, una pratica giapponese che fa l'esatto opposto: evidenzia le fratture, le impreziosisce e aggiunge valore all'oggetto rotto. Quest'arte giapponese prescrive l'uso di un semplice collante e di un metallo prezioso – che può essere oro o argento liquido o lacca con polvere d'oro – per riunire i pezzi, esaltando le nuove nervature create. La tecnica consiste nel riunire i frammenti dando all'oggetto un aspetto nuovo attraverso le cicatrici impreziosite.

Seguendo questa metafora, dunque, ci si può chiedere quale collante sia stato trovato e se sia stato utilizzato l'oro dubito dopo la pandemia per far fronte alla grave crisi evidenziata. A me sembra che il collante sia stato quello finanziario e tecnologico con intenti di valorizzazione dei servizi distrettuali (DM 77) e in certa misura della prevenzione. Niente o poco è stato fatto sul versante professionale se non promesse retributive e piccole premialità, accanto a processi differenziati di stabilizzazione del personale assunto durante la pandemia. L'impressione, cioè, è che non sia stato usato l'oro che avrebbe potuto rendere unica e preziosa la stabilizzazione del sistema sanitario. Ma in cosa consiste l'oro nel caso specifico? Per rispondere occorre guardare agli studi che hanno approfondito il tema della resilienza e in certa misura dell'antifragilità.

Nel 2020, in piena fase pandemica, l'European Observatory on Health Systems and Policies dell'OMS ha pubblicato un Policy Brief (n.36) dal titolo “Rafforzare la resilienza dei sistemi sanitari. Concetti chiave e strategie”. In esso si sostiene come, nonostante un crescente interesse per il concetto di resilienza e le sue

⁴ 2021 Vicarelli G. e S. Neri, Una catastrofe vitale? Le scelte di politica sanitaria per far fronte al Covid-19 in POLITICHE SOCIALI / Social policies n. 2/2021, pp. 233-254.

applicazioni pratiche, tra gli analisti dei sistemi sanitari e tra i politici vi sia ancora molta confusione su cosa significhi resilienza e su come rafforzarla. Nel documento, dunque, si mira a colmare queste lacune e a sostenere una comprensione e un uso più coerenti del concetto. La resilienza – si legge – è la capacità di prepararsi ad affrontare uno shock (da offerta o da domanda di servizi sanitari), a saperlo gestire (mediante forme di assorbimento, adattamento e trasformazione) e di imparare da quanto è avvenuto. Di conseguenza vengono individuate tredici strategie per rendere i sistemi sanitari più resilienti⁵. Di queste almeno tre riguardano il personale. Accanto, cioè, a strategie di finanziamento, di governance e di cultura organizzativa, si pone la necessità di poter contare su un livello e una distribuzione adeguata di risorse umane (strategia 10), su forza lavoro motivata e ben supportata (strategia 12), sulla capacità di esprimere una leadership efficace e partecipativa (strategia 1).

La teoria sull'antifragilità⁶ sottolinea (ancor più di quella sulla resilienza) la necessità della trasformazione dopo un evento avverso, in contesti volatili, incerti, complessi e ambigui (VUCA). Ciò implica assumere quattro caratteristiche comportamentali⁷. In primo luogo, "l'adattamento proattivo" inteso come capacità di reagire di fronte a situazioni impreviste e in contesti nuovi e insoliti. L' "equilibrio dinamico" rappresenta, invece, la motivazione che spinge la persona verso situazioni nuove con grande disponibilità al cambiamento. L' "agilità emotiva" sarebbe la capacità di decidere se associarsi o dissociarsi dall'emozione dominante che si genera durante un evento, detta anche maturità emotiva. Quest'abilità consente di utilizzare le emozioni in due modi: o lasciandosi coinvolgere e trasformare il vissuto emotivo in energia o distaccandosene assumendo una "meta posizione" utile allo scopo. Infine, la "distruttività consapevole" sarebbe la capacità di andare oltre al condizionamento dato dalla conoscenza eliminando vincoli che impediscono di vedere nuove possibilità.

In altri termini, il metallo prezioso da utilizzare per comporre le fessurazioni del SSN e in esso quelle delle professioni, risiederebbe nella centralità da attribuire alla relazione terapeutica valorizzando tanto le professioni di cura quanto i pazienti. Un modello che, mentre garantisce l'universalismo della L.833 e la sua rinnovata applicazione in un contesto profondamente mutato rispetto agli anni Ottanta, non fa delle professioni un mero strumento esecutivo, ma i soggetti partner di una coproduzione dei servizi e delle prestazioni sanitarie volte alla risoluzione dei problemi di salute della popolazione.

4. Il ruolo delle donne medico

Stante questa situazione ci si può chiedere quale possa essere il ruolo delle donne medico e nello specifico di chi ha o avrà nel breve periodo una posizione dirigenziale. Per motivi demografici, infatti, legati alla crescita della femminilizzazione della medicina a partire dagli anni Novanta e connessi ai pensionamenti

⁵(1) Leadership efficace e partecipativa con a forte visione e comunicazione

(2) Coordinamento delle attività tra soggetti di governance e di produzione dei servizi

(3) Cultura organizzativa dell'apprendimento reattiva alle crisi

(4) Sistemi e flussi informativi efficaci

(5) Sorveglianza che consenta il rilevamento tempestivo degli shock e il loro impatto

(6) Garantire risorse monetarie sufficienti nel sistema e flessibilità per riallocare e iniettare fondi extra

(7) Garantire la stabilità del finanziamento del sistema sanitario attraverso il finanziamento sanitario anticiclico meccanismi e riserve

(8) Flessibilità di acquisto e riallocazione dei finanziamenti per soddisfare le mutevoli esigenze

(9) Copertura sanitaria completa

(10) Livello e distribuzione adeguati di risorse umane e risorse fisiche

(11) Capacità di aumentare la capacità di far fronte a un improvviso aumento della domanda

(12) Forza lavoro motivata e ben supportata

(13) Approcci alternativi e flessibili da realizzare nell'ambito della cura

⁶ Nassim Nicholas Taleb, *Antifragile. Prosperare nel disordine*, Il Saggiatore, 2013

⁷ Vercelli G. e D'Albertas G. *Antifragili*, Feltrinelli 2021

recenti del personale medico (tutto maschile), molte mediche si trovano dentro (o alle soglie) della dirigenza (Vicarelli 2008)⁸. Aldilà delle difficoltà, ancora esistenti, nell'assumere tale ruolo, sia per motivi strutturali/culturali che soggettivi, il tema è se le donne possano fare la "differenza". Il termine è scelto appositamente perché fare la differenza può essere interpretato in modi diversi, come sentiremo nelle relazioni seguenti. Per quanto mi riguarda, fare la differenza significa assumersi il compito di guidare il SSN (nelle sue diverse articolazioni istituzionali e di servizio) verso una posizione resiliente e antifragile che gli permetta di far fronte ad un ambiente altamente instabile, salvaguardandone i principi di fondo (i quattro pilastri dell'universalismo) e ponendo effettivamente al centro la persona, sia esso il paziente/la paziente che il professionista/la professionista.

Faccio un esempio e concludo. Mentre pensavo all'intervento di oggi e lo scrivevo sono stata coinvolta, personalmente, in uno screening mammografico. In tutto il percorso che mi hanno fatto fare ho incontrato solo donne: donna la responsabile dello screening nel distretto, donna la dirigente della radiografia, donna il tecnico della mammografia, donne le infermiere che mi hanno richiamato dopo venti giorni per l'ecografia, donne le dottoresse che mi hanno fatto l'ecografia e spiegato che forse era meglio che facessi l'agoaspirato, donne che dopo 10 giorni mi hanno fatto l'agoaspirato eco guidato, donna la dottoressa che dopo altri 10 giorni mi ha dato il referto dicendomi che l'esito era negativo e potevo stare tranquilla. Non ho, dunque, intercettato nessun uomo, in un percorso che, a parte qualche saluto benevolo e molte risposte glaciali da parte soprattutto delle infermiere del front-office, si è snodato secondo criteri organizzativi tayloristici di metodi e tempi massificati (tutte le mammografie in un giorno, tutte le valutazioni in un altro giorno, tutti i richiami in un altro giorno ancora, tutti gli agoaspirati in un altro ancora ecc.) senza tener in conto i tempi e i modi di sentire della paziente. Questo non è un modo organizzativo che, gestito da donne, fa la "differenza" rispetto a forme consolidate di stampo tradizionale. Non è strano, credo, che io stessa, mi sia chiesta perché non fossi andata nel privato o non avessi attivato i canali personali e professionali di conoscenza anche universitaria che possiedo.

Per concludere credo che per percorrere la strada "differente" della dirigenza ci voglia da parte delle donne medico un processo di grande riflessività (che l'Anaa e Sandra Morani stanno ormai da tempo percorrendo) e una formazione che va ben oltre i criteri e le modalità con cui viene oggi promossa e realizzata la formazione manageriale in sanità. Non si tratta di acquisire i linguaggi mainstreaming della aziendalizzazione tout court, né le forme astratte del pensiero manageriale più o meno alla moda, ma di scoprire, con un pensiero aperto e partecipato, quali modelli organizzativi siano più efficaci per rispondere ai bisogni reali e complessi dei pazienti e degli stessi professionisti, pur dentro i limiti economico-finanziari imposti dalle politiche sanitarie correnti. La rivoluzione copernicana che le donne medico dovrebbero fare è quella di ragionare sulle relazioni di cura come obbiettivo primo ed ultimo del sistema sanitario, pur nel riconoscimento delle compatibilità economico-strutturali esistenti. Oggi, in larga parte dei corsi di formazione manageriale si finisce per insegnare l'inverso cioè come rendere compatibile la salute dentro le logiche dominante della aziendalizzazione politicizzata.

⁸ 2008 G.Vicarelli *Donne di medicina. Il percorso professionale delle donne medico in Italia*, vi