

INIZIATIVA OSPEDALIERA

LA RIVISTA
DELL'ANAAO
ASSOMED



CON OCCHI DI DONNA

IL MODELLO AZIENDALISTICO
DELL'ORGANIZZAZIONE
E DELLA GOVERNANCE
DELLA SANITÀ È FALLITO?

**ESISTONO
ALTERNATIVE?**



INIZIATIVA OSPEDALIERA

LA RIVISTA DELL'ANA AO ASSOMED

Supplemento a
Dirigenza Medica 3/2023
Il mensile dell'Anaao Assomed

Anaao Assomed

Sede di Roma
via San Martino della Battaglia, 31
tel. 06.4245741 - Fax 06.48.90.35.23
Sede di Milano:
via D. Scarlatti, 27
e-mail: dirigenza.medica@anaao.it
www.anaao.it

Direttore

Pierino Di Silverio

Direttore responsabile

Silvia Procaccini

Comitato di redazione

Adriano Benazzato
Simona Bonaccorso
Flavio Civitelli
Fabiana Faiella
Alessandro Grimaldi
Domenico Iscaro
Filippo Larussa
Giammaria Liuzzi
Giosafatte Pallotta
Chiara Rivetti
Elena Silvagni
Alberto Spanò
Emanuele Stramignoni
Anna Tomezzoli
Bruno Zuccarelli

Coordinamento redazionale

Cesare Fassari

Progetto grafico e impaginazione

Giancarlo D'Orsi

Editore

SICS S.r.l.
Società Italiana di Comunicazione
Scientifica e Sanitaria
Sede legale:
Via Giacomo Peroni, 400
00131 Roma
Sede operativa:
Via della Stelletta, 23
00186 Roma
email: info@sicseditore.it

Stampa

STR Press, Pomezia

Registrazione al Tribunale
di Milano n.182/2002
del 25.3.2002. Anno XXI

Diritto alla riservatezza:
"Dirigenza Medica" garantisce
la massima riservatezza dei dati
forniti dagli abbonati
nel rispetto della legge 675/96
Costo a copia: euro 2,50

Finito di stampare nel mese
di maggio 2023

3	INTRODUZIONE Sandra Morano
5	DONNE IN CAMMINO: DAL WEBINAR DEL 12 DICEMBRE 2022 AL SEMINARIO DI ANCONA DEL GENNAIO 2023 Sandra Morano
10	CON OCCHI DI DONNA: ALTERNATIVE ALLA GOVERNANCE DELLA SANITÀ ITALIANA
12	LA TRASFORMAZIONE PROFESSIONALE DELLE DONNE MEDICO IN ITALIA Giovanna Vicarelli
16	DONNE E MANAGEMENT: DAL POTERE-SU AL POTERE-CON Luisa Pogliana
18	DALLO STRESS (LAVORATIVO) ALLA MORBILITÀ MENTALE E FISICA. LA PROSPETTIVA DELLE DONNE CHE CURANO Rosita Gabbianelli
	GRUPPO A
20	LA SANITÀ È UN SISTEMA COMPLESSO PERCHÉ COMPLESSI SONO GLI ATTORI CHE VI PARTECIPANO Alessandra Spedicato, Amedeo Bianco, Concetta Liberatore, Francesca Di Sarra, Santina Castellino, Marta Branca
	GRUPPO B
23	UNA RELAZIONE FELICE Marina Tarsitano, Maria Giovanna Vicarelli, Carlo Lusenti, Silvia Porreca
	GRUPPO C
25	CON OCCHI DI DONNA Lucia Di Furia, Carla Parisi, Gabriella Raso, M.E. Spina, Costantino Troise
	GRUPPO D
29	OSPEDALE 5.0: dai "Lavori forzati" al Metaverso teatrale! Mariantonietta Monteduro, Nunzia D'Abbiere, Sandra Morano, Silvia Mengozzi, Stefano Lunetti, Domenico Iscaro
32	HANNO DETTO DI NOI HA INTRODOTTO IL SEMINARIO: Pierino Di Silverio Segretario Nazionale Anaao Assomed HANNO PORTATO IL SALUTO: Annarosa Buttarelli, Nino Cartabellotta, Nerina Dirindin, Linda Laura Sabbadini

UN EVENTO DA TEMPO ASPETTATO

Finalmente è stato possibile realizzare questo incontro speciale col mandato di lavorare insieme fra mediche e dirigenti sanitarie su quello che oramai è sotto osservazione di tutti:

la crisi di un sistema che pretende di sopravvivere, e governare, senza curare.

DAI NOSTRI PANNI AI NOSTRI OCCHI

SANDRA MORANO
Responsabile Area
Formazione Femminile
Anaa Assomed



Ci siamo preparate anzitutto cercando di vestire i **nostri panni**: una lunga **opera di archeologia** socio-antropologica: cercare le **nostre parole** in una lingua diventata estranea perfino ai «tecnici».

Il linguaggio di una **economia malata e lontana dalle persone**, usato per spaventare, mortificare, creando vittime anche sul lavoro di cura.

Intere stagioni perdute nell'**illusione di una convivenza possibile** con una cultura della performance (Molinier) e con un modello di governo neutro-maschile che col tempo non ha più nulla nemmeno di umano.

Una **storica mimesi** in cui ci siamo sforzate di imitare tutto: le finalità, le attitudini, la postura, perfino il pensiero.

Con la negazione e la progressiva scomparsa della relazione, delle differenze, dei sentimenti (materni per definizione).

Ed eccoci qua, a rappresentare simbolicamente le donne che lavorano in Sanità, che attraverso un lungo cammino e con grandi fatiche sono arrivate ad essere la maggioranza in tutti i sistemi di cura: tante, più abituate a resistere, a organizzare soluzioni pratiche. Ed anche le più brave.

Ma, come descrive Vicarelli, per la maggior parte non del tutto cosce di questa opportunità. E per questo ancora riluttanti, e ancora confuse.

L'AREA FORMAZIONE FEMMINILE: un'impresa ad oggi attraente per le poche disposte a trasformare il mondo delle cure in vista di un "**passaggio di consegne**" non all'insegna del protagonismo (i numeri, le cariche, le quote) ma dell'*autorità*. femminile.

Un "asilo" per idee e sensazioni, considerate le poche occasioni offerte per esprimere liberamente in una prospettiva di crescita.

Ed eccole qua, sul punto di un vicinissimo replacement: più che una sfida, una necessità.

QUELLE CHE SONO ARRIVATE A QUESTO APPUNTAMENTO

Sono state attratte da una comunità di donne che prima (nell'Anaa e altrove) non c'era. Ci sono arrivate seguendo l'istinto. Seguendo l'esperienza di altre donne venute prima. E anche di altri uomini, esperti di sanità e lotte per il diritto alla salute, ma delusi da un sistema via via più degenerato e distruttivo, incuriositi da questa transizione di cui avvertono la novità, e di cui percepiscono la spinta che ha portato a ridiscutere quei problemi da una differente prospettiva.

QUELLE CHE NON SONO (ANCORA) QUI

Se posizionate un po' più in alto nelle gerarchie classiche, a livello sanitario e/o sindacale, sono impegnate a cercare di quadrare il cerchio tra il mandato della rottura del tetto di cristallo e le oggettive difficoltà di un ambiente poco stimolante, di fatto ancora più sfavorevole perché non è là che troveranno gli strumenti appropriati. Stiamo lavorando anche per loro.

L'OBIETTIVO DEL SEMINARIO

Il compito di tracciare nuovi modelli organizzativi e di governo per il SSN è affidato ad un ristretto gruppo di partecipanti (Esperte/i, Amministratrici, Sindacaliste/i, Mediche/i). In particolare il focus è centrato sulla componente «mediche/i e dirigenti sanitari/e», sufficientemente giovane per avere chiaro quello che non va bene nella quotidianità e nella prospettiva, e confrontarlo con ciò che da tempo è già fallito. Questi, a differenza delle generazioni precedenti, per la prima volta si trovano di fronte ad una reale opportunità (e sentono il peso di una responsabilità) così vicina.

I CONTRIBUTI

Il contributo di esperte (di cui tre hanno portato approfondimenti frontali, qui riportati), amministratrici (di cui riportiamo i commenti) può servire da arricchimento, mentre il ruolo dei sindacalisti (in maggioranza maschi per le ragioni della storia) può servire da sostegno e warning, continuando a mantenere accesa la luce di esperienza, valori e ideali non ancora realizzati. E nel contempo questo confronto tra generi e generazioni rappresenta una "prova generale" di quello che accadrà tra poco sul terreno di quel che resta del sistema sanitario che conoscono. Infine la storia e l'esperienza tracciate dalle donne, (in particolare la relazione col management, apparentemente inesistente), si è presentata come una delle scoperte da parte degli stessi partecipanti, e uno degli aspetti più innovativi del convegno.

IL METODO

Il Design Thinking, un lavoro di gruppo «alla pari» tra tutti i partecipanti, suddivisi in quattro gruppi che sotto la guida di due facilitatori hanno lavorato e successivamente raccontato qui la loro esperienza: a dimostrare che nulla di ciò che si vuole modificare nella pratica è mai troppo difficile, troppo utopistico o impossibile. Una modalità di lavoro di gruppo che abbiamo potuto sperimentare grazie alla sfida raccolta da esperti come Eric Guerci e Silvia Marchini.

QUESTO È CIÒ CHE OFFRIAMO COME AREA FORMAZIONE FEMMINILE A UN PRIMO GRUPPO "PILOTA", CON IL PROPOSITO DI METTERLO A DISPOSIZIONE DI TUTTE LE ISCRITTE.

UNA SVOLTA NECESSARIA

Un primo step per segnare il passaggio da un importante percorso formativo a quello successivo di catalizzazione.

Una **Svolta** che ha registrato nel tempo una alternanza di sessi ma non solo, perché ha incontrato alcune peculiarità storiche e contingenti.

NECESSARIA PERCHÈ

Pensare che in occasione di questa transizione sia possibile procedere senza soluzione di continuità e nuovi strumenti, o, peggio, ignorarla, potrebbe rivelarsi controproducente, in definitiva una ennesima occasione sprecata.

LA SANITÀ ORIENTATA DALLE DONNE

Una "novità storica": un lungo cammino che può coagulare più protagonisti, bisogni, prospettive nel tempo e nello spazio, che è già espressione e dialogo di esperienze, e può innescare spinte e avviare trasformazioni inimmaginabili, da cui può ripartire una Sanità a misura di tutti.

DONNE IN CAMMINO

**DAL WEBINAR DEL 12 DICEMBRE 2022
AL SEMINARIO DI ANCONA DEL GENNAIO 2023**

SANDRA MORANO

Coordinatrice area
Formazione Femminile
Anaao Assomed



GIOVANNA VICARELLI

Direttrice Scientifica
CRISS UNIPM



Nel giugno 2019, a chiusura dei lavori della III Conferenza Nazionale “Donne Sanità Sindacato” di Anaao Assomed, scrivevamo: “più volte abbiamo lamentato sui temi della Sanità l’assenza di una visione: ecco un invito a iniziare a discuterne”. Da allora abbiamo visto di tutto dalla crisi epidemica a quella climatica fino alla guerra vera in Europa. Per la sanità è stato un periodo durissimo fatto di emergenza, sacrifici, un lavoro infinito, anche ora che il virus sembra attenuare i suoi effetti.

Soprattutto il SSN ha sentito la mancanza di una vera vision e di una altrettanto vera analisi delle sue fragilità a partire da quella relativa al suo capitale umano, cioè quelle donne e quegli uomini che ogni giorno ne garantiscono la sua esistenza e la sua continuità. Quel che resta, infatti, di un progetto che solo 40 anni fa sembrava un ideale di universalità da *sviluppare al meglio*, è oggi un sistema alle prese con un lavoro di cura da *esplicitare al meglio* e che dovrà anzitutto rimodellarsi su uno shifting di genere. Quel che resta della forza lavoro del SSN (in continua diminuzione anziché in crescita come in tutti i paesi europei) è composto per più del 70 % da donne. Si tratta di una “novità storica”, perché “nella prospettiva del care, le donne hanno un ruolo da protagonista, non per natura, ma perché è l’eredità socio-storica della civiltà a volerlo... questo sapere contestuale delle donne, la loro migliore conoscenza del care, ciò che esse fanno, delegano o supervisionano, conferisce una responsabilità etica e politica a quelle che sono legittimate a esprimersi nello spazio pubblico. Questo dare visibilità implica una serie di rotture con gli attuali modelli dominanti, per esempio con la istintuale dissociazione tra la valutazione della salute dei beneficiari del care e della salute di quelli che se ne occupano “(Pascal Molinier, Care Prendersi Cura Un lavoro inestimabile, Moretti&Vitali).

Questa “mutazione” non potrà compiersi mantenendo l’attuale modello organizzativo, dimostratosi fallimentare e, oramai, invivibile per tutti, donne e uomini. Tocca alle donne dunque prendere la parola perché esse “arrivano nel management con la testa più sgombra, perché meno condizionate a comportarsi secondo i modi di un potere dal quale sono state tenute lontane. Meno formate da una cultura manageriale che si riproduce come indiscutibile perché anche da questo mondo sono state tenute fuori. Meno portate a fare come si è sempre fatto, perché loro non l’hanno mai fatto. Partono da quello che hanno davanti, perché alle spalle hanno solo esperienze di uomini. Vedono cose diverse e vedono le cose diversamente. Per il loro modo di vedere non ci sono riferimenti già dati”. (Luisa Pogliana, *Esplorare i confini. Pratiche di donne che cambiano le aziende*, Feltrinelli).

In questo lungo tempo della pandemia, le professioniste del SSN hanno mostrato, oltre ad aver lavorato incessantemente, una preview di come dovrebbe essere il SSN quando tra pochi anni saranno loro a dirigerlo. Il volume “La sanità che vogliamo” (Moretti&Vitali, 2021) è stato anzitutto un riconoscimento di se stesse e un fedele specchio narrativo di talenti e bisogni, esperienze e visioni.

La necessità di cambiamento è, poi, maturata dentro molteplici iniziative dell’Area Formazione Femminile di Anaao Assomed, cui si sono uniti la professoressa Giovanna Vicarelli, Direttrice Scientifica del CRISS dell’Università Politecnica delle Marche e altre associazioni (Salute Diritto Fondamentale, Scuola di Alta Formazione donne di Governo) che hanno interessato colleghe ma anche politiche, esperte, che ne hanno riconosciuto la portata originale e globale, condividendo e supportando l’idea di una svolta finalmente possibile. Il confronto avviato ha avvicinato mondi un tempo animati da obiettivi comuni: la Medicina, la Politica, la Formazione, l’Associazionismo Sindacale, e lo ha fatto attraverso quella che la psichiatra Pascale Molinier definisce -

“

Meno portate a fare come si è sempre fatto, perché loro non l’hanno mai fatto. Partono da quello che hanno davanti, perché alle spalle hanno solo esperienze di uomini. Vedono cose diverse e vedono le cose diversamente. Per il loro modo di vedere non ci sono riferimenti già dati

e auspica- “la società del care”, intendendo come care” un’etica concreta le cui forme fanno tutt’uno con le pratiche concrete, da cui non sono dissociabili”.

In questo percorso di riflessività e di progettazione di un nuovo futuro si pone il webinar, “Con occhi di donna: il modello della governance della sanità è fallito? Esistono alternative?”. L’intento è quello di un incontro (che si protrarrà nel tempo) fra protagoniste/i, esperte/i e tutti coloro che hanno a cuore il SSN, fino ad oggi uno dei migliori al mondo.

Un percorso, dunque, per mettere in comune esperienza e visioni, per eliminare steccati sopravvenuti negli anni a mantenere false egemonie economicistiche in cambio dei diritti fondamentali. In questa prospettiva le cure orientate dalle donne possono rappresentare il ritorno in Sanità della dignità e la fine della sofferenza etica, prefigurare prospettive non più One Size, luoghi, pratiche e relazioni di solidarietà, bellezza e benessere, dove l’economia è la cura, e soffrire (e talvolta morire sul lavoro) non è un destino. Sostenere il SSN per noi è anche questo.

VERSO IL SEMINARIO RESIDENZIALE ANCONA -20-21 GENNAIO 2023

Nel webinar del 12 dicembre 2022 si sono incrociate le voci di esperti, sindacalisti, medici, per mettere in comune esperienza e visioni, per eliminare steccati sopravvenuti negli anni a mantenere false autorevolezze economicistiche in cambio dei diritti fondamentali. In particolare, si è cercato di evidenziare problemi **macro** condivisi nella attuale fallimentare governance del SSN. Come già premesso in un precedente articolo, l’obiettivo era un invito a discutere tra e con protagonisti vecchi e nuovi della sanità negli ultimi 30 anni ad oggi. L’intervento conclusivo di Giovanna Vicarelli si è focalizzato su due punti:

1

identificare la specificità del contesto macroeconomico politico e culturale che ha portato a questa iniziativa, perché a 30 anni dalla aziendalizzazione il contesto è molto diverso di quello dei primi anni Novanta, quando il neoliberalismo era in piena ascesa egemonica;

2

analizzare le risposte alle due domande formulate nel titolo

IL CONTESTO MACRO

Vicarelli afferma che ci sono 5 peculiarità, in forma di sfide, che giustificano le due domande e che ne rendono necessaria una risposta nuova, anzi, che rendono non più eludibili i temi qui proposti.

1 LA PRIMA PECULIARITÀ

è che siamo di fronte ad una transizione a sua volta ineludibile che è stata accelerata dalla crisi pandemica e dalla guerra in Ucraina: un grande processo trasformativo i cui caratteri di fondo vanno individuati nella transizione ecologica e nella transizione del capitalismo (i cui due nuovi fari non sono più la globalizzazione e la finanziarizzazione come negli anni Ottanta, ma la sostenibilità e la digitalizzazione) in una logica di giustizia sociale.

Vicarelli aggiunge che non a caso si parla sempre più di *Just transition*, in cui il welfare non può non avere un ruolo centrale. Se così è, abbiamo bisogno di condividere una nuova visione del mondo (come direbbe Weber una nuova *Weltanschauung*) che proponga una riconfigurazione dell’economia, della politica e della società, ma che sia armonica ed equilibrata in termini di classe, potere e status (sempre per citare i classici della sociologia). Si tratta di processi complessi, inediti e di difficile comprensione (oltre che di ideazione) da parte di tutti, anche delle élites che dovrebbero gover-

narli (siano esse al potere o all'opposizione). A questo proposito Vicarelli cita Magatti, che parla di élites cieche e di un difetto cognitivo. È per questo che abbiamo bisogno di riflessività, di pensiero in una dimensione macro: culturale, istituzionale, di grandi sistemi in movimento e che tenga conto, logicamente, anche dei conflitti possibili e già in atto.

2 LA SECONDA PECULIARITÀ

Resa evidente dalla pandemia, è che nella regolazione del mondo il Mercato è importante, ma lo è altrettanto lo Stato. Non avremmo potuto attraversare le vicende della pandemia in nessuna maniera se non grazie al ruolo forte di quell'organizzazione che attraverso le sue varie articolazioni chiamiamo Stato. Organizzazione che, come tutte le istituzioni, ha pregi e difetti. La verticalizzazione e la securizzazione che si sono create in questi frangenti hanno, infatti, effetti regolativi importanti, ma anche fattori di autoritarismo e di rigidità formali (procedurali) su cui riflettere, e che creano scontento. *Ecco perché il tema delle nuove forme dello Stato e conseguentemente il tema della centralizzazione e del decentramento aprono problematiche sensibili da non sottovalutare e da affrontare in termini innovativi (e che non possono essere assimilati a quelli dell'autonomia differenziata).*

3 LA TERZA PECULIARITÀ

È che la sanità gioca un ruolo centrale in tutti i processi in atto, tanto nella transizione ecologica (si pensi al ruolo dell'epidemiologia e della prevenzione), tanto in quella capitalistica (quanto la digitalizzazione nei servizi sanitari, ma anche la salute sono diventate mercati in crescita!) che nella dimensione della just transition. Un sistema sanitario universalistico è uno dei grandi baluardi alle differenziazioni sociali che si sono create e che vanno ancor più proponendosi. Uno dei grandi problemi aperti dai processi innescati dalle scelte economico-politiche degli anni Ottanta riguarda, infatti, la crisi dei ceti medi e il loro conseguente malessere che ha dato vita alle diverse forme di populismo che abbiamo visto crescere nel tempo. Se a metà del Novecento l'economia taylorista e di welfare ha prodotto la crescita e il benessere dei ceti medi, l'economia globalizzata e finanziarizzata dei decenni seguenti ha indebolito e impoverito i ceti medi. A tale indebolimento il welfare e la sanità pubblica hanno opposto un muro che, seppure con molte crepe, ha risposto al malessere fisico e (molto meno) psico-sociale dei ceti medi. Se cadesse questo muro cosa accadrebbe in termini di salute, ma anche di ordine sociale?

4 LA QUARTA PECULIARITÀ

Riguarda il fatto che la transizione capitalistica con i suoi driver della sostenibilità e della digitalizzazione non vanno necessariamente verso una valorizzazione del lavoro. Sono stati evocati fattori a favore di una maggiore partecipazione e democrazia (Bissoni), ma anche fattori contrari che lasciano presupporre un sistema fortemente tecnocratico e quindi di controllo e di alienazione del lavoro, facendo leva spesso anche sul corporativismo delle professioni sanitarie.

È qui che si pone il ruolo della formazione e del sindacato come forme di crescita e di critica, quindi di nuova rappresentanza. A partire dagli anni Ottanta, la forza ideologica della configurazione allora emergente ha fatto credere a molti che non ci fossero alternative e che si dovesse semplicemente governarla. La critica, invece, è utile laddove è una critica costruttiva e non meramente distruttiva. Recuperare una funzione di critica in tal senso è una sfida attuale ed estremamente importante in questo momento nella sanità vista la sua centralità nei mondi in cambiamento che stiamo vivendo.

5 LA QUINTA E ULTIMA MA NON ULTIMA PECULIARITÀ

Riguarda il ruolo delle donne e nello specifico le donne professioniste nella Sanità e nel SSN. Per una serie di vicende storiche le mediche, ma non solo (il tema riguarda tutte le professioni sanitarie) si trovano oggi nelle condizioni di dover entrare nei ruoli direttivi del SSN. Ci arrivano in ritardo, talvolta ancora riluttanti, ma ci arrivano necessariamente. Tocca a loro, quindi, principalmente gestire la sanità nei frangenti di cambiamento che abbiamo fin qui individuato.

Ecco perché le donne dell'ANAAO hanno accettato la sfida di interrogarsi su quello che sta avvenendo e quindi avviare un grande progetto di riflessività.

Di seguito vengono espone le tematiche emerse dalla discussione collettiva, cioè le risposte alle due domande: Il modello aziendalistico è fallito? Ci sono alternative?

È emersa la difficoltà di rispondere alla prima domanda in modo netto, per ambigui-

tà sul termine azienda e per le modalità in cui l'aziendalizzazione sanitaria è stata realizzata in Italia.

Il termine Azienda è un mito dice Lucia Di Furia.

Francesco Varanini ci ha ricordato come il *termine azienda nella sua radice abbia una dimensione positiva: convergenza di sguardi su un fine*. La proposta è dunque quella di togliere le distorsioni del fare azienda in questi ultimi decenni.

Azienda come Ente speciale propone Costantino Troise, capace di garantire un diverso equilibrio o, meglio, l'integrazione delle competenze e dei poteri, quello politico, quello manageriale e quello tecnico professionale con un nuovo equilibrio economico-sociale (i cittadini)-professionale. Intervento legislativo dall'alto, ma anche dal basso da dentro le aziende: proposte di aggiustamenti organizzativi cioè una concezione diversa dell'organizzazione.

IN SINTESI

NO AZIENDA	IN TERMINI PURAMENTE ECONOMICISTICO-FINANZIARI, DI CONTROLLO DEI COSTI E DEI FATTORI DI PRODUZIONE
SI AZIENDA	CHE CREA VALORE IN TERMINI DI SALUTE
SI AZIENDA	CHE RICONOSCE LA COMPLESSITÀ DEL VALORE SALUTE E DELLA SUA PRODUZIONE
NO AZIENDA	PAREGGIO DI BILANCIO, ESTRAZIONE DEL VALORE, CULTURA RIDUZIONISTICA
NO AZIENDA	CHE HA FRETTA E CHE RISPONDE ALLE URGENZE DEL MOMENTO
SI AZIENDA	CHE HA TEMPO DI LEGGERE I BISOGNI E DI PROGRAMMARE (PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO LO RICHIEDE).
NO AZIENDA	IN TERMINI BUROCRATICO PROCEDURALI
SI AZIENDA	CHE RICONOSCE IL TEMPO MEDICO, CIÒ È L'EFFICACIA DELLE ATTIVITÀ SVOLTE
NO AZIENDA	IN TERMINI DIRIGISTICO-AUTORITATIVI
SI AZIENDA	IN TERMINI DI AUTOREVOLEZZA E LEADERSHIP (CAPACITÀ DI ASCOLTO, BUON SENSO), DI AUTOCORREZIONE (NUNZIA DABBIERO) DI CAPACITÀ DI PRENDERSI DELLE RESPONSABILITÀ (LUCIA DI FURIA)
NO AZIENDA	IN TERMINI DI SEPARAZIONE DEL PERSONALE
SI AZIENDA	IN TERMINI DI INTERDISCIPLINARIETÀ E INTERPROFESSIONALITÀ, SOPRATTUTTO DI COLLABORAZIONE
NO AZIENDA	SFRUTTAMENTO DEL PERSONALE
SI AZIENDA	VALORIZZAZIONE DEL PERSONALE, CURA DEL PERSONALE, CONTRASTO DELLO STRESS ED ANCHE NUOVA FORMAZIONE. DOMINANTE IL GRANDE TEMA DEL RAPPORTO MANAGER/MEDICI.

CONCLUSIONI

Sono emersi dei NO chiari quanto pesanti e dei SI che dovrebbero far riflettere chi ha in questo momento la responsabilità di governare anche la salute dei suoi cittadini. Aldilà di slogan stantii, approssimazione e luoghi comuni oramai improponibili.

La debacle che stiamo attraversando è molto più grave del numero di morti giornalieri e della falsa tranquillità dei comunicati riguardanti la salute del paese.

Ciò che sembrava, a partire dagli anni Ottanta, così immutabile al punto di essere diventato un fossile (cioè la forza ideologica della configurazione allora emergente che ha fatto credere a molti che non ci fossero alternative e che si dovesse semplicemente governarla), è stato nei fatti bypassato dalla “soluzione” più confacente a quel sistema: prima la negazione del valore del lavoro, poi la scotomizzazione del lavoro di cura. Un mercato di “manodopera assistenziale”, milionario nel privato, attraverso furbolismi cooperativi prima balcanici, poi caraibici, domani chissà.

CON OCCHI DI DONNA: COME SARÀ LA SANITÀ DEL FUTURO?

Ci troviamo già, come più volte affermato, in una transizione antropologica che ha anche il compito di *operare traduzioni e traslazioni di forme di pensiero e modelli operativi differenti nel passaggio ad un orientamento delle cure all'insegna della differenza sessuale*. Per differenti bisogni, visioni, capacità. Ad esempio, è difficile far capire alle donne, oggi maggioranza in sanità, abituate a sopravvivere nei millenni a carestie, guerre, pandemie, cioè emergenze epocali, il valore che oggi ha assunto il capo del bilancio dedicato a “Beni e Servizi”. Che il banale artificio, punta di diamante di tutte le forze parlamentari, per cui non si può investire sulle persone (leggi: spendere per il lavoro di esseri umani, configurare in piante organiche, assumere, remunerare dignitosamente) inventato da Ministeri economici a corto di etica politica e sociale, sia considerato da qualche anno al pari delle Tavole della Legge di biblica memoria. È incredibile che si voglia far passare per Vangelo un *escamotage*, e soprattutto illudersi che *questa configurazione sia ancora possibile governarla*.

CON GLI OCCHI DI DONNA È POSSIBILE VEDERE ALTRO, E IN ALTRO MODO

Nel Seminario del 20-21 gennaio partiremo da questi NO (e da qualche SI) per guardare alle possibili alternative per il futuro del SSN. Come sarà? sarà sempre più vicino a un Titanic sommerso dal peso immutabile ed eterno di intoccabili Tavole della Legge? Preferiamo vederlo come una moderna arca di Noè che ha “eletto” come anime da salvare il meglio che il Paese abbia preparato, non meritandolo, in questo tempo burrascoso. Persone che hanno in mano le chiavi della salvezza di tutti: una società della cura. E che non solo credono nella fine della tempesta ma stanno coraggiosamente abbandonando sistemi di vita non più praticabili per costruirne uno a misura di tutti.



IL DOCUMENTO
PREPARATORIO
AL SEMINARIO

CON OCCHI DI DONNA ALTERNATIVE ALLA GOVERNANCE DELLA SANITÀ ITALIANA

NUOVI STRUMENTI PER NUOVI MODELLI: UN INCONTRO “AL VERTICE”

Su questo vogliamo ragionare tra esponenti di varie associazioni e protagonisti del SSN con l'obiettivo di mettere in comune proposte ed esperienze non per un idealistico quanto velleitario appello a “salvare il SSN”, ma per discutere e condividere visioni e pratiche di governo a servizio di “decisori politici” che abbiano a cuore la salute del paese. La discussione prenderà avvio da alcuni trend che hanno contraddistinto l'organizzazione del SSN negli ultimi decenni.

1 L'INTRODUZIONE DEL TAYLORISMO MASCHERATO DA NEW PUBLIC MANAGEMENT NELLA ORGANIZZAZIONE DELLA SALUTE

Intendiamo focalizzarne l'azzardo, e gli esiti, riproponendo nuovi contributi, ad esempio quelli delle economiste che, prevalentemente negli USA, negli anni 30 del secolo scorso hanno rivendicato il primato della politica, mettendo al primo posto il bene del Paese e la necessità di introdurre correttivi sociali⁽¹⁾ Ripartire dal contributo di queste studioso vuol dire provare a riannodare i fili di un discorso interrotto, per iniziare a lavorare “ad una transizione del fondamento etico dell'economia dall'etica utilitaristica del bene individuale all'etica civile del bene comune (Zamagni)” (2)

2 LE SCUOLE DI DIREZIONE E MANAGEMENT SANITARIO

Da decenni sono proposti a Dirigenti medici ed amministrativi della sanità percorsi formativi gestionali, di concerto con le Università, requisiti per la progressione di carriera. Una formazione senza controllo sui requisiti di effettiva abilità gestionale e valutazione “alla prova dei fatti”, di insegnamenti, trends, appropriatezza degli esiti (Pipan e Vicarelli) (3).

3 IL “DISCONOSCIMENTO” A LIVELLO MACRO E MESO DEL VALORE DEL LAVORO DI CURA

Ovvero la ricerca delle ragioni che hanno portato alle “tristi derive nel mondo del lavoro” (Dejours). In questa prospettiva la stessa Sanità, in via di femminilizzazione, è stata vista come “sovietizzata”: progressivamente abbandonata dagli uomini perché meno attrattiva e meno prestigiosa, per contro deprezzata perché oramai caratterizzata come professione “femminile”. Un problema di generi, quindi? Probabilmente no:

“Nella prospettiva del care, le donne hanno un ruolo da protagonista, non per natura, ma perché è l'eredità socio-storica della civiltà a volerlo. Ma questo sapere contestuale delle donne, la loro migliore conoscenza del care, ciò che esse fanno, delegano o supervisionano, conferisce una **responsabilità etica e politica** a quelle che sono legittimate a esprimersi nello spazio pubblico.

Questo dare visibilità implica una serie di **rotture con gli attuali modelli dominanti, per esempio con la istintuale dissociazione tra la valutazione della salute dei beneficiari del care e della salute di quelli che se ne occupano**”

MOLINIER (4)

A partire dalla negazione delle superiori attitudini femminili e della loro conseguente tendenza alla organizzazione di una “società della cura” (la politica tutta ha finora sottovalutato questa variabile, solo da poco oggetto, come già accennato, di un inte-

ressante percorso di formazione (Area Formazione Femminile Anaao Assomed) diretto alle lavoratrici mediche e dirigenti sanitarie. La recente performance del lavoro delle donne durante la pandemia, che ha portato alla bocciatura **su tutta la linea della organizzazione del SSN** (5) rende difficile **coniugare, per il futuro, l'attuale modello di lavoro con i bisogni e la dignità di tutti**, e in particolare della componente femminile. La scomparsa di Sara Pedri, la prima giovane medica vittima della managerializzazione, è l'ultima delle preoccupanti spie dello svilimento del lavoro in sanità. Dopo la perdita di tanti lavoratori e lavoratrici durante la pandemia, arriva la morte in diretta non di un bracciante senza identità sotto il sole in terra di lavoro o nella piana pugliese (come pure succede frequentemente), ma di un dirigente medico con le funzioni di primario (i concorsi costano troppo nel settimo paese più industrializzato) dopo 24 ore di lavoro nell'ospedale di Manduria, in corsia, durante il giro dei pazienti. Questo "Tempo della rassegnazione, della sofferenza sul lavoro come destino" (Dejours), può e deve essere invertito a ri-partire da un lavoro di cura a cui vengano finalmente restituiti il tempo, la relazione, la dignità.

"...non c'è mai stata una analisi politica dell'organizzazione del lavoro da parte delle organizzazioni politiche e sindacali. Queste ultime si sono sempre limitate a denunciare, a conti fatti, i disastri causati da questi nuovi metodi. Esse sono intervenute politicamente solo sul problema dell'impiego e della durata settimanale del lavoro e hanno avuto la tendenza a battersi per i risarcimenti e per i compensi monetari per la sofferenza o il rischio di malattia invece di combattere la questione dell'organizzazione del lavoro. Ma il posto di lavoro non è la stessa cosa dell'organizzazione e, d'altra parte, senza una trasformazione dell'organizzazione del lavoro, non c'è una soluzione razionale al problema della disoccupazione DEJOURS (6)

Il lavoro di cura: quanto costa, quanto vale, quanto tempo e quali talenti richiede, non solo per essere esercitato, ma valutato appieno da chi pretende di organizzarlo, governarlo, legiferarne? Da questa prospettiva con altri occhi si può concorrere a contrastare la storica reticenza da parte di tutti i politici, anche più illuminati, ad affrontare il ruolo cruciale della sanità, dalla organizzazione alle condizioni di lavoro.

4 LA MANCANZA DI VISIONE IN TEMA DI POLITICA SANITARIA NEL PAESE (E IL SUO SUPERAMENTO)

A chi dobbiamo la scomparsa della salute dall'agenda politica? E se non possiamo contare su interlocutori dotati di interesse e cultura specifica, come e dove, e a chi, possiamo indirizzare le nostre proposte sul lavoro di cura?

Negli ultimi decenni i vari governi succedutisi hanno progressivamente impoverito le politiche sanitarie, e sono riusciti insieme a realizzare alcune "milestones" che si sono proposte (e rivelate) come irreversibili e tombali tra cui la regionalizzazione della sanità. La salute è stata identificata solo coi costi, prima mimetizzata nella PA e poi sotto il tallone di ferro del MEF, da dove peraltro oramai si dispera possa essere finalmente sganciata e vivere di un bilancio autonomo.

RIFERIMENTI

1. LUISA POGLIANA, *Una sorprendente genealogia, L'autorità femminile nel management dall'Ottocento ad oggi*, Guerini, 2022
2. VERA NEGRI ZAMAGNI, *Economia e società: dopo e oltre max Weber?*, Paradoxa, 2021
3. TATIANA PIPAN e GIOVANNA VICARELLI (a cura di), *La sociologia e la sfida della formazione manageriale in sanità*, in Salute e Società n. 1
4. MOLINIER, *Prendersi cura, un lavoro inestimabile*, Moretti & Vitali
5. MODAFFERI, MONTEDURO, *Survey ANAAO organizzazione del lavoro nel SSN rivolta alle donne*, DM n. 5, 2022
6. C. DEJOURS, *Si può scegliere soffrire sul lavoro non è una fatalità*, Moretti&Vitali

LA TRASFORMAZIONE PROFESSIONALE DELLE DONNE MEDICO IN ITALIA

GIOVANNA VICARELLI



1 UNA LETTURA PLURIDIMENSIONALE E DI LUNGO PERIODO

In Italia il tema dell'occupazione femminile è stato più volte affrontato ed analizzato dalle scienze sociali con sguardo rivolto agli assetti economici e del mercato del lavoro, agli universi simbolici e culturali entro cui le donne hanno accettato o giustificato la propria esclusione, ai condizionamenti di un lavoro familiare e domestico sempre poco condiviso o suddiviso. In queste analisi, tuttavia, la dimensione di lungo periodo è rimasta latente, soprattutto in ambito sociologico, così come sono rimaste in ombra le condizioni strutturali che hanno inciso su un fenomeno che presenta forti caratteri di continuità. In particolare, risulta poco indagato il variegato campo delle attività professionali femminili, tra cui quello della medicina, che hanno stentato, ancor più di altre aree, a raggiungere dimensioni quantitativamente rilevanti fino agli anni più recenti. Un "percorso difficile" è stato definito da Marino Raicich nell'ormai lontano 1989 quello che ha condotto le donne italiane, attraverso la scuola media superiore e l'università, al lavoro di tipo qualificato, intendendo con questo termine soprattutto le libere professioni. Un percorso che, per quanto riguarda le donne medico, va letto rispetto ai processi di professionalizzazione della medicina, da un lato e, dall'altro, ai processi di sviluppo dello stato sociale e nello specifico del sistema sanitario italiano. Si tratta di tempi e quindi di processi spesso disallineati e che ancor più spesso vengono letti come se fossero svincolati gli uni dagli altri. Così non è come dimostra il Seminario organizzato dall'ANAAO ad Ancona, dove si intende guardare, contemporaneamente ai processi di crisi del SSN, di difficoltà del professionismo (soprattutto sanitario) e di protagonismo (forse) della componente femminile della medicina.

2 TRE CONFIGURAZIONI A CONFRONTO

Se, dunque, si prova a guardare indietro, per il capire l'oggi, tenendo assieme le tre dimensioni del genere, della professione e della politica sanitaria si possono individuare almeno tre fasi che contraddistinguono tre diverse configurazioni.

2.1 LA CONFIGURAZIONE A WELFARE RESIDUALE

La nascita delle professioni moderne, tra cui quella medica, viene generalmente collocata nel corso dell'Ottocento con l'avvento in Europa di nuovi stati nazionali, di processi di marcata industrializzazione ed urbanizzazione, di inedite conoscenze tecnico-scientifiche, nonché con il delinearsi delle prime politiche di welfare. Questo primo periodo tende a concludersi nei primi due decenni del Novecento con l'acquisizione di larga parte degli istituti normativi ed economici che contraddistinguono il professionismo (il monopolio, gli ordini o i collegi, le scuole professionali ecc.).

Sul piano sanitario è questo un periodo in cui si presentano bisogni di salute della popolazione molto elevati a causa dell'alta mortalità e morbilità dovuta in larga misura alla diffusione di malattie infettive. La risposta pubblica, tuttavia, è di carattere residuale in quanto incentrata sulle condotte mediche e sugli ufficiali sanitari secondo una concezione tipi-

camente liberale per cui la sanità è essenzialmente un problema di ordine sociale. È in tale contesto che i medici condotti e del lavoro tentano di passare da una “clinica ad personam”, improntata al paternalismo e rivolta verso una popolazione afflitta da un analfabetismo endemico che colpisce più del 50% degli italiani, ad una “clinica ad societatem”, improntata cioè al risanamento ambientale e al miglioramento delle condizioni generali di vita e di lavoro. Dall’altro lato, la maggior parte dei medici liberi professionisti dipende, per i propri redditi, dalla benevolenza e dai favori di una classe sociale, nobile e potente, che fa uso delle loro capacità in modo spesso strumentale e con marcate forme di dipendenza. I “medici di famiglia”, infatti, altro non sono che professionisti inclusi nel personale di una casata, più o meno potente, che li considera alla stregua di “servitori” di più alto rango. La fiducia nei riguardi dei medici, dell’uno e dell’altro tipo, appare nel complesso limitata e circoscritta a rapporti individuali e molto personalizzati.

È in questo contesto che si pongono le prime donne laureate in medicina cioè le *pioniere*. A partire dalla prima laureata nel 1877 a Firenze (Ernestina Paper) esse arrivano, all’inizio degli anni Venti del Novecento, ad essere al massimo il 2% dei laureati (nel 1922-23). In questa fase di nascita e consolidamento professionale, a fronte di un sistema di welfare residuale, le donne vengono escluse dalla quasi totalità delle attività qualificate. Di fatto, sono i meccanismi sociali, le barriere culturali, i filtri clientelari e di potere ad impedire l’ampio accesso delle donne alle università, agli ordini e alla pratica professionale. Se, infatti, il riconoscimento pieno e inequivocabile delle pari capacità intellettuali delle donne rende più problematica la loro esclusione da funzioni e professioni maschili, questa esclusione viene a realizzarsi attraverso la forza della consuetudine e delle leggi sociali, piuttosto che attraverso vincoli giuridici sempre difficili da far riconoscere ed applicare. Per le donne medico, dunque, si aprono solo pochi spiragli in cui si inseriscono giovani “eccezionali” che tentano di prendere (spesso non riuscendoci) la strada difficilissima di un lavoro tutto modellato al maschile. Le *pioniere* delle professioni assumono, di conseguenza, caratteri simbolici e diventano esempio di “donne nuove” cui compete il compito di indicare alle altre “strade inedite”, seppur “praticabili” nella loro “asperità”.

2.2 LA CONFIGURAZIONE A WELFARE CATEGORIALE

A questa prima fase ne fa seguito una seconda che, dagli anni ’20 giunge fin verso la metà degli anni ’70, periodo in cui le professioni conoscono la loro “età d’oro” in termini soprattutto di prestigio e massima autonomia verso lo stato e i clienti, mentre cresce un sistema sanitario categoriale centrato sul sistema mutualistico. Ne deriva che i medici, in questi anni, recepiscono le grandi innovazioni tecnologiche e scientifiche nell’ambito della cura e ne accolgono le conseguenze migliorando le proprie capacità diagnostiche e terapeutiche. Mentre, così nel rapporto medico-paziente inizia a prevalere l’idea di una somma oggettiva di organi, nel rapporto medico-società il punto critico diventa quello di una dimenticata coscienza del ruolo attivo della medicina nella promozione sanitaria e nel benessere delle comunità di appartenenza. Contro la medicina “ad societatem”, ma anche a differenza di una medicina “ad personam” del periodo fascista, le conquiste tecnologiche e scientifiche del secondo dopoguerra sostengono una “medicina ad organum” in cui la differenziazione specialistica conduce spesso verso la perdita tanto della dimensione antropologica del malato, quanto della sua unità biologica. D’altro canto, le cause di morte in questo periodo vanno riferite essenzialmente a malattie cardiache e tumorali che richiedono interventi mirati e spesso ampia ospedalizzazione. Ciò conduce ad una crescente differenziazione degli interventi medico-sanitari che si accompagnano ad un sistema di welfare sempre più frammentato, di cui, con il tempo, si perde il carattere democratico che pur si era voluto imprimere nel contesto istituzione del secondo dopoguerra. Il rapporto medico-paziente, di conseguenza, si presenta molto differenziato a favore della componente medica, verso la quale i malati esprimono una fiducia generalizzata ed istituzionale. In questa fase espansiva della professione medica e del sistema sanitario, le donne entrano in numero maggiore nei campi professionali, seppure con forti distinzioni settoriali (orizzontali e verticali). Si tratta di donne che hanno realizzato alcuni mutamenti nei modelli di vita femminile così come indicato dalle pioniere e che possono, per questo, essere considerate *innovatrici*. Ciò significa che sono andate aldilà delle semplici avanguardie e che costituiscono le punte (più o meno estese) di un esercito che si trova alle spalle e che deve ancora mostrarsi. Per quanto riguarda le donne medico, esse possono essere caratterizzate come dot-

toresse ambivalenti nel periodo fascista quando il loro numero oscilla tra il 3 e il 5% dei laureati in medicina; come *vestali* della professione negli anni del dopoguerra quando salgono gradualmente al 10% dei laureati (a.a. 1960-61), restando però ancorate a posizioni marginali (di assistenti o al massimo di aiuto) e chiuse dentro alcune specialità (soprattutto pediatria), negandosi spesso una propria vita coniugale e familiare.

2.3 LA CONFIGURAZIONE A WELFARE UNIVERSALISTICO

Gli eventi che segnano la fine della seconda configurazione vanno ricercati nella crisi petrolifera e nei processi trasformativi (economici, politici e sociali) ad essa conseguenti che si manifestano tra la metà degli anni Settanta e i primi anni Ottanta. Le interdipendenze di tipo macro-strutturale vanno qui interpretate guardando a tre grandi processi di ristrutturazione: 1. l'avvento di filosofie neoliberiste che sostengono la razionalizzazione e/o riduzione dei sistemi di welfare state con la conseguente ristrutturazione degli apparati pubblici secondo logiche di New Public Management (NPM); 2. i processi di globalizzazione e finanziarizzazione dell'economia conseguenti la crisi della grande impresa taylorizzata e l'insorgere delle grandi reti digitali; 3. l'implosione delle associazioni e dei movimenti collettivi verso modelli culturali che enfatizzano i diritti individuali assieme al massimo benessere e alla massima libertà di scelta.

All'interno di questa terza configurazione i bisogni e le domande di salute sono connotati dalle maggiori aspettative di vita e conseguentemente dall'incremento delle patologie croniche e della comorbilità che aumentano la domanda sanitaria legittimando, al tempo stesso, il tema della insostenibilità economica di un sistema sanitario pubblico molto ampio ed inclusivo. Con la legge 833 del 1978 avviene, infatti, il passaggio allo Stato di tutte le funzioni di organizzazione e di finanziamento della sanità. Tuttavia, la difficile attuazione del Servizio sanitario nazionale (SSN) conduce, in breve tempo, alla sua trasformazione in termini aziendalistici e regionalistici. Poiché in un sistema aziendalizzato oggetto di controllo sono le stesse scelte cliniche, si determina, a partire da questo momento, una evidente sovrapposizione di sfere di competenza tra medici e manager che non sono più collocati, come in passato, in aree separate, con due distinte linee di autorità, ma all'interno della stessa azienda sanitaria con forme di controllo molto più complesse. Non meraviglia, allora, che il conflitto tra medici e manager si manifesti, in primo luogo, a livello micro ed interpersonale dentro le strutture sanitarie, dove empiricamente e nella prassi quotidiana gli uni e gli altri trovano motivo di "scontro" nella scelta di obiettivi o strumenti divergenti. Tuttavia, esso è supportato, a livello meso-organizzativo poiché l'emergere di modalità gestionali più o meno improntate alla competizione o alla cooperazione amministrata incide sul grado di accountability del sistema e quindi di influenza del management. Tutto ciò in una crescente razionalizzazione della spesa sanitaria che, a partire dalla crisi economico-finanziaria del 2008, diminuisce costantemente andando ad incidere sulle condizioni specifiche di lavoro all'interno del SSN (blocco della contrattazione, blocco del turn-over nelle regioni in difficoltà di bilancio, modifiche nell'orario di lavoro, diminuzione delle posizioni apicali ecc.). È in questo contesto che si inizia a parlare di crisi della dominanza medica e di crescenti difficoltà della professione che si va sempre più femminilizzando. Mentre, infatti, l'aziendalizzazione spinge i medici verso una costante oggettivazione delle proprie attività (la medicina basata sulle evidenze) e non raramente verso forme di medicina difensiva per far fronte alle denunce dei cittadini e ai controlli pubblici, il concetto di salute sembra dilatarsi. Cittadini più colti ed istruiti, che possiedono maggiori informazioni tratte dai media, esprimono una domanda ampia, complessa e per certi versi emozionale, carica, talvolta, di una nuova volontà di partecipazione e di coproduzione della cura. Al medico si richiede, sempre più, una disponibilità immediata (di tempo e di risposta) che contrasta con la profondità della domanda di salute, così che le pressioni esercitate dai pazienti vengono vissute con crescente disagio e con fenomeni di burn-out da parte dei professionisti. Non meraviglia che, in tale contesto, la fiducia istituzionalizzata verso i medici diminuisca e venga sostituita da forme di fiducia molto più limitate e posizionate su specifici contesti o singoli professionisti. D'altro canto, la medicina ad organum del periodo precedente stenta ad essere sostituita da una medicina più globale centrata sulla persona, focalizzandosi sempre più su forme di medicina "ad technologiam". In questa fase recessiva o trasformativa delle professioni l'espansione femminile appare evidente anche se non conduce ancora all'acquisizione di posizioni di potere nelle accademie, negli ordini o nelle associazioni di categoria. Tuttavia, le giovani

“

Contro la medicina "ad societatem", ma anche a differenza di una medicina "ad personam" del periodo fascista, le conquiste tecnologiche e scientifiche del secondo dopoguerra sostengono una "medicina ad organum" in cui la differenziazione specialistica conduce spesso verso la perdita tanto della dimensione antropologica del malato, quanto della sua unità biologica

donne che entrano nei campi professionali si differenziano dalle precedenti poiché non sembrano caricare la loro presenza di valenze emancipazioniste né tanto meno libertarie, quanto piuttosto di modifica strisciante dei contesti strutturali e culturali in cui si trovano ad agire. Queste donne rappresentano le truppe di ordinanza che si avvantaggiano del fatto che il muro è stato abbattuto e che vi è stato aperto un ampio varco. Per le donne medico si può parlare di *emancipate* quando nel corso degli anni Settanta raddoppiano il loro numero (20% dei laureati in medicina nel 1975-76) aprendosi ad altre specialità, seppure connotate al femminile; infine esse possono essere identificate come *professioniste* per il periodo che dall'istituzione del SSN arriva fino al 2004/5 in cui si raggiunge il massimo storico di laureate (61% del totale) con un andamento costante di crescita e di inserimento soprattutto nell'ambito pubblico-ospedaliero, con sempre maggiore presenza nelle diverse specialità, senza però sfondare il cosiddetto tetto di cristallo. Oggi i dati ci dicono che la percentuale di laureate si è attestata al 55% fino al 2017/18 ed ha ricominciato a crescere negli anni seguenti: ultimo dato 58% nell'anno 2020/21, con una presenza estesa e capillare in tutte le specialità anche quelle chirurgiche o più tipicamente considerate maschili (urologia per fare un esempio). Questo andamento ci permette di dire che le donne medico sono proiettate verso la dirigenza di struttura semplice e complessa e che è facilmente prevedibile (considerata l'età e i tassi di pensionamento dei medici uomini) che saranno le *dirigenti* del SSN in un domani ormai prossimo.

3 UN ADATTAMENTO SILENZIOSO IN UN AMBIENTE OSTILE

Se ci si interroga, per concludere, sui fattori esplicativi della lenta inclusione femminile nei campi del lavoro qualificato, in specifico medico, si può individuare nella debolezza dello stato e del mercato, nonché nella forza delle comunità locali e parentali alcune delle cause di lungo periodo da prendere considerazione. Da un lato, gioca un ruolo determinante la lenta crescita dello stato sociale in Italia e il procrastinare nel tempo la creazione del SSN. Ad essa si collegano i processi di scarsa modernizzazione delle burocrazie pubbliche, con la conseguente limitata valorizzazione della dimensione tecnica e scientifica. Dall'altro, non possono, neppure, esseri sottaciuti i limiti di una economia fragile e spesso arretrata, con evidenti caratteri di dualismo nel mercato del lavoro e con forti esperienze corporative. A fronte di ciò si pone il ruolo dominante di una cultura (sia cattolica che laica) centrata sulla famiglia a cui si riserva funzioni di autotutela degli individui, con una posizione femminile tanto cruciale per la sopravvivenza di questo sistema, quanto necessariamente confinata nei limiti della sfera privata.

È in questo contesto che le professioni, compresa quella medica, hanno cercato la loro collocazione sia nel settore pubblico che in quello privato, talvolta sommando lavori nell'uno e nell'altro, non potendo contare su un inserimento lavorativo forte e riconosciuto né nello Stato né nel mercato. Non meraviglia, dunque, che di fronte a vincoli strutturali così forti, che connotano un modello italiano di sviluppo con caratteri particolaristici, meritocratici e familistici, le strategie femminili di inclusione nelle aree più forti e difese del lavoro professionale, abbiano assunto toni poco accesi, di quasi invisibilità, lasciando spesso che fossero le contraddizioni del sistema ad aprire spazi inusitati entro cui inserirsi e prendere lentamente posizione. In questa ottica il processo di inclusione delle donne negli ambiti professionali sembra assumere i caratteri di *un adattamento silenzioso in un ambiente ostile*, entro cui le donne hanno trovato solo nicchie lavorative fino agli anni Settanta, quando il percorso è divenuto più agevole ma non risolutivo, come i dati più recenti dimostrano. Non sembra, dunque, inutile riferirsi al concetto di *“révolution respectueuse”* coniato per le donne ingegnere per interpretare il processo di inclusione femminile nella medicina. Esso può essere caratterizzato, ci sembra, dalla *“insoumission discrète”* delle *pioniere*, cui ha fatto seguito una presenza *“modesta”* delle *innovatrici*, fino al *“silenzio fattivo”* delle odierne *professioniste*.

Con queste dinamiche alle spalle, sapranno oggi le donne medico prendere la parola e uscire allo scoperto come *dirigenti* per cercare e offrire soluzioni tanto al professionalismo in crisi che alla debolezza dello stato sociale?

“

La medicina “ad organum” stenta ad essere sostituita da una medicina più globale centrata sulla persona, focalizzandosi sempre più su forme di medicina “ad technologiam”. In questa fase recessiva o trasformativa delle professioni l’espansione femminile appare evidente anche se non conduce ancora all’acquisizione di posizioni di potere nelle accademie, negli ordini o nelle associazioni

DONNE E MANAGEMENT: DAL POTERE-SU AL POTERE-CON

LUISA POGLIANA



Il senso della mia presenza qui è perché ho avuto una vita lavorativa da manager. Perché da anni con molte altre cerchiamo di trasformare le dominanti concezioni di management. E perché ho scritto un libro, dopo anni di ricerca, portando alla luce una sconosciuta genealogia di donne nel management, che hanno fondato, definito, realizzato un management con una visione di donne. Una lunga e ricca storia che inizia dall'800, attraversa tutto il 900 e arriva alle manager di oggi, con una sbalorditiva continuità di principi, partendo dal rifiuto del potere come dominio,.

Mi sono utili oggi per alcuni aspetti su cui voglio ragionare.

Questa genealogia è un racconto che si snoda per centocinquanta anni e ci dice che c'è una costante, della quale dobbiamo essere consapevoli: l'*azienda* è il 'luogo di incontro di interessi diversi' e *management* significa governare l'azienda verso il raggiungimento dei suoi scopi. Che sia garantire la salute in un territorio o produrre automobili, in tutti i casi c'è una azienda e serve un gruppo di manager che la guidi. Questo è uguale, nel pubblico e nel privato.

Ma le donne che appartengono alla genealogia, ci dicono anche un'altra cosa: non c'è un solo modo di governare le aziende, di essere manager.

Consapevoli che questo ruolo è determinante per le politiche dell'azienda, hanno lavorato per una sua precisa concezione: chi è manager deve agire nell'interesse di tutti i soggetti che compongono l'azienda, cercando un ragionevole equilibrio. Vi dò solo rapidamente qualche esempio.

La prima donna che si occupa di management e organizzazione del lavoro, è Beatrice Webb (1858, Inghilterra), Fondatrice della London School of Economics, introduce il fondamentale concetto di *Democrazia Industriale*, "la partecipazione dei lavoratori al governo delle aziende, che può stare insieme a una gestione aziendale efficiente".

La segue in un altro continente Mary Parker Follett (1868, Boston), tanto importante da essere definita *La madre del management moderno*. Decide di dedicarsi solo al management perché gli USA escono da una crisi economica, e per ricostruire l'industria servono manager formati adeguatamente. Al centro del suo pensiero pone le due forme del potere: il *potere-su*, il dominio, che impedisce lo sviluppo dei lavoratori, e il *potere-con*, la condivisione delle decisioni manageriali con i lavoratori. "*Un leader deve prima di tutto far crescere altri leader*".

Dall'inizio salto alla contemporaneità citando una manager di oggi: "Le aziende sono sovrastrutture che non possono prescindere dall'umanità di chi le produce e le alimenta. La responsabilità di chi guida è notevole, non soltanto rispetto ai fattori economici. L'azienda, costruzione umana, deve essere fondata sulle persone, il contesto deve lasciar esprimere le persone." È Pina Grimaldi, Direttrice Amministrativa di un grande ospedale in un gruppo privato. La prima a introdurre la cartella clinica digitale unificata, realizzata con il coinvolgimento di tutto il personale interessato. Avrebbe voluto essere qui oggi ma ha 4 reparti covid affollatissimi, e deve anche far fronte alle necessità straordinarie del personale sanitario.

Dunque pur se lavoriamo in settori diversi, ci sono elementi fondamentali che possiamo trasmetterci per orientarci. Ma poi trovare le soluzioni adatte in uno specifico contesto può farlo solo chi vi lavora.

Infatti non sono qui a proporvi soluzioni, ma vi dico quello che mi sento di dirvi.

La prima cosa è pensare che **il manager non è per forza il nemico**. Non perché nel privato - dove ho lavorato - tutto è diverso: non credo proprio che sia meglio avere come decisore di ultima istanza la finanza rispetto alla politica. I manager sottomessi agli azionisti sono tanti. Ma non ci sono solo loro. A cominciare dalle donne entrate nei vertici aziendali portando politiche dirompenti.

Usciamo dunque dall'astrazione che il manager è solo una figura dannosa e proviamo un percorso per interloquire. Si possono elaborare linee concrete di azione per affrontare i problemi, da proporre al manager e su cui negoziare, mettendo in campo la vostra autorità di mediche dirigenti. E dovete farlo voi, perché voi conoscete il vostro lavoro e avete un ruolo di responsabilità.

Certo, c'è una grande difficoltà dati i vincoli, ma i vincoli ci sono per tutti. E si possono trovare modi più intelligenti di muoversi dentro il loro perimetro. Essere competenti nella propria professione dà forza per andare anche oltre questa: tenere conto di tutta la gestione intorno (budget compreso), necessario per raggiungere i cambiamenti che perseguite. Solo voi, mediche dirigenti e donne, avete la capacità di tenere insieme la cura dei pazienti con l'organizzazione dei processi.

Manager siete anche voi: potete migliorare l'equilibrio di ruoli tra medico e amministratore.

Mentre è in corso la lotta politica sul servizio sanitario nazionale, è già tanto cambiare qualcosa agendo nel qui e ora. Così hanno fatto molte manager, andando oltre i confini di come si è sempre diretto un'azienda: E voi potete diventare esploratrici di cosa può esserci di nuovo allargandovi a dire la vostra sul terreno intorno al vostro lavoro.

“Non è cercare risposte immediate, ma esplorare piuttosto cosa potrebbe succedere”.

Ecco, vi ho detto quello che mi sentivo di dirvi, anche per la vicinanza che sento con voi nella ricerca che state facendo.

Anche se a qualcuna non piacerà, mi sembra il contributo migliore che io possa darvi.

DALLO STRESS (LAVORATIVO) ALLA MORBILITÀ MENTALE E FISICA

LA PROSPETTIVA DELLE DONNE CHE CURANO

ROSITA GABBIANELLI

*Professoressa Ordinaria di
Biochimica Unità di Biologia
Molecolare e Nutrigenomica
Unicam*



Lo stress rappresenta uno dei modulatori epigenetici capaci di regolare le risposte dei nostri geni verso uno stato di salute o di patologia. L'entità e la durata dello stress sono determinanti per attivare la resilienza del soggetto (stress di breve durata e bassa intensità, stress compensato), o il danno da stress (stress cronico non compensato) associato quest'ultimo, a disturbi sistemici (es., insonnia, disturbi dell'umore, difficoltà digestive, indebolimento della risposta immunitaria, etc.)

La situazione socio sanitaria nel periodo del covid-19 ha incrementato notevolmente lo stress negli operatori sanitari e numerosi studi hanno permesso di identificare l'impatto di genere. Pubmed (alla data del convegno), riporta ben 22352 lavori su "Covid-19 health care workers"; di questi 3179 sono relativi al "covid-19 health care workers AND stress".

Dalla meta-analisi di Pappa et al., emerge che almeno un sanitario su cinque segnala sintomi di depressione e ansia, quasi quattro operatori sanitari su dieci soffrono di disturbi del sonno e/o insonnia. Inoltre, il tasso di ansia e di depressione sono più alti nelle operatrici sanitarie e nel personale infermieristico (1).

In un'altra meta-analisi su 79,437 Batra et al., la prevalenza di ansia, depressione, stress, sindrome da stress post-traumatico, insonnia, disagio psicologico e *burnout* è stata rispettivamente del 34,4%, 31,8%, 40,3%, 11,4%, 27,8%, 46,1% e 37,4% (2). Anche in questo caso, la preponderanza di ansia e depressione è stata misurata nelle donne, negli infermieri e soccorritori in prima linea rispetto a uomini, medici e operatori sanitari di seconda linea.

Nella meta-analisi di Galanis et al., di studi svolti tra il 1° gennaio al 15 novembre 2020, in cui erano coinvolti 18.935 infermieri, la prevalenza dell'esaurimento emotivo era del 34,1%, della depersonalizzazione del 12,6% e della mancanza di realizzazione personale del 15,2% (3).

Un'indagine, che ha coinvolto il personale sanitario occupato in 26 ospedali a Madrid, mostra che un 37,5% del personale sanitario ha riferito di aver lavorato con la paura di essere infettato, il 28,2% ha comunicato carichi di lavoro elevati (elevato rapporto paziente-infermiere, turni che non hanno permesso loro di disconnettersi o riposare, maggiori responsabilità nella gestione dei pazienti con COVID-19). Gli intervistati hanno anche riportato carenze nella comunicazione con il management dell'ospedale (21,2%), incapacità di fornire assistenza psico-sociale ai pazienti e alle famiglie; il 53,5% risultava essere emotivamente esausto e il 44,9% dichiarava di avere difficoltà a sfogare le emozioni (4).

Interessante notare come tra le strategie per controbilanciare lo stress, l'ansia e il *burnout* negli infermieri coinvolti nel trattamento dei pazienti COVID, risulti significativamente ($p < 0.001$), efficace una breve forma di *Emotional Freedom Techniques (EFT)* online, ove ai partecipanti è stata presentata un'immagine dei punti di digitopressione sul volto e le mani da autostimolare delicatamente con l'indice e il medio (5).

In conclusione, dagli studi si evince che alcuni interventi sono necessari per preser-

vare la salute del personale sanitario permettendo loro di svolgere a pieno il delicato ruolo nell'ambito del servizio sanitario nazionale. In particolare, si evince sia necessario migliorare il rapporto tra il numero degli operatori sanitari e il paziente, fornire pause che permettano al personale sanitario di riequilibrare lo stress e favorire il benessere fisico ed emotivo, implementare la formazione e la pratica clinica con istruzioni chiare e precise (per gli infermieri) ed infine introdurre interventi finalizzati a fornire il supporto psico-emotivo del personale sanitario.

RIFERIMENTI

1. PAPPA S, NTELLA V, GIANNAKAS T, GIANNAKOULIS VG, PAPOUTSI E, KATSAOUNOU P. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain Behav Immun.* 2020 Aug; 88:901-907. doi: 10.1016/j.bbi.2020.05.026
2. BATRA K, SINGH TP, SHARMA M, BATRA R, SCHVANEVELDT N. Investigating the Psychological Impact of COVID-19 among Healthcare Workers: A Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health.* 2020 Dec 5;17(23):9096. doi: 10.3390/ijerph17239096.
3. GALANIS P, VRAKA I, FRAGKOU D, BILALI A, KAITELIDOU D. Nurses' burnout and associated risk factors during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *J Adv Nurs.* 2021 Aug;77(8):3286-3302. doi: 10.1111/jan.14839.
4. GONZÁLEZ-GIL MT, GONZÁLEZ-BLÁZQUEZ C, PARRO-MORENO AI, PEDRAZ-MARCOS A, PALMAR-SANTOS A, OTERO-GARCÍA L, NAVARTA-SÁNCHEZ MV, ALCOLEA-COSÍN MT, ARGÜELLO-LÓPEZ MT, CANALEJAS-PÉREZ C, CARRILLO-CAMACHO ME, CASILLAS-SANTANA ML, DÍAZ-MARTÍNEZ ML, GARCÍA-GONZÁLEZ A, GARCÍA-PEREA E, MARTÍNEZ-MARCOS M, MARTÍNEZ-MARTÍN ML, PALAZUELOS-PUERTA MDP, SELLÁN-SOTO C, OTER-QUINTANA C. Nurses' perceptions and demands regarding COVID-19 care delivery in critical care units and hospital emergency services. *Intensive Crit Care Nurs.* 2021 Feb; 62:102966. doi: 10.1016/j.iccn.2020.102966
5. DINCER B, INANGIL D. The effect of Emotional Freedom Techniques on nurses' stress, anxiety, and burnout levels during the COVID-19 pandemic: A randomized controlled trial. *Explore (NY).* 2021 Mar-Apr;17(2):109-114. doi: 10.1016/j.explore.2020.11.012.

“LA SANITÀ È UN SISTEMA COMPLESSO PERCHÉ COMPLESSI SONO GLI ATTORI CHE VI PARTECIPANO”

GRUPPO A

ALESSANDRA SPEDICATO
AMEDEO BIANCO
CONCETTA LIBERATORE
FRANCESCA DI SARRA
SANTINA CASTELLINO
MARTA BRANCA

IL TEMA

“L’attuale difficile condizione del personale del SSN deriva da una organizzazione del lavoro obsoleta, inefficace, divenuta nel tempo sempre meno democratica, al punto da escludere la partecipazione dei professionisti dai processi decisionali”.

La Sanità è un sistema complesso perché complessi sono gli attori che vi partecipano. Un’affermazione apparentemente banale ma che oggi, con l’imponente programma di riforme avviato nel nostro Paese deve indurre ad una profonda riflessione tra gli operatori coinvolti.

Se da una parte l’innovazione tecnologica sanitaria e digitale spinge ad un approccio innovativo dall’altro emerge una incapacità diffusa di creare e sviluppare un modello organizzativo adeguato agli obiettivi da perseguire e alla forza lavoro presente.

Lo spostamento del centro del processo di cura dall’ospedale al territorio in linea con gli obiettivi di innovazione previsti nel PNRR (DM 77) è destinato ad acuire tale fenomeno in assenza di strumenti di comprensione delle dinamiche dei comportamenti dei medici (e dei pazienti), idonei a rendere l’organizzazione adattabile ai loro bisogni e al contesto di riferimento.

E da qui che bisogna partire se si vuole essere all’altezza delle sfide che attendono i moderni sistemi sanitari del futuro, certi di superare le tradizionali contrapposizioni e di giocare tutti nella stessa squadra (policy-maker, aziende, manager, medici, sindacati e pazienti).

E questo è uno degli insegnamenti dell’esperienza di *design teaching* svolta ad Ancona in occasione dell’evento dell’Area Formazione Femminile. Sei attori attorno ad un tavolo di lavoro a simulare, attraverso un gioco, la ricerca di soluzioni ai problemi di una Sanità che sta cambiando.

Sei attori che, non per gioco, ogni giorno recitano il loro ruolo nel Sistema Sanitario Nazionale.

Il nostro gruppo ha avuto personalità importanti e complesse: l’esperto di settore è stato interpretato da Amedeo Bianco, già Senatore e già Presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici.

La sindacalista rappresentata da Alessandra Spedicato, nel doppio ruolo anche di professionista insoddisfatta del lavoro e delle prospettive di carriera.

Concetta Liberatore ha impersonificato la Responsabile di UF di una zona territoriale con spiccate e fresche competenze manageriali mentre la manager nonché rappresentante delle Istituzioni è stata rappresentata da Marta Branca, già Direttore Generale di Aziende sanitarie e attualmente dirigente in Agenas.

Per la figura della dirigenza sanitaria abbiamo avuto l’aiuto di Francesca Di Sarra, giovane e ambiziosa farmacista mentre Santina Castellino ha incarnato la Responsabile di UOC.

Il confronto, anche acceso, è iniziato da subito.

Il nostro gruppo doveva risolvere il seguente quesito:

“L’attuale difficile condizione del personale del SSN deriva da una organizzazione del lavoro obsoleta, inefficace, divenuta nel tempo sempre meno democratica, al punto da escludere la partecipazione dei professionisti dai processi decisionali”

Obiettivo audace anche perché la domanda presupponeva un’analisi del problema da svariate prospettive e piani di lavoro.

I diversi punti di vista, poi, si sono prontamente palesati nel significato da dare alla terminologia usata quale, per esempio, inefficace (sotto quale parametro di valutazione?), democratica (quale democrazia c’è in Sanità?) o processo decisionale (di quale percorso?).

Come richiesto dai facilitatori abbiamo reinterpretato e riformulato la sfida evidenziando un obiettivo comune ai protagonisti del tavolo.

Il risultato è stato:

“**Nel SSN, con il modello gestionale budget oriented**, come si può garantire la partecipazione del personale in ragione di una valorizzazione della autonomia e responsabilità professionale, per garantire una migliore qualità delle cure?”

In questa sfida sono numerosissimi gli attori coinvolti, anche non presenti al tavolo di gioco! Perché, riflessione comune, è stata che dal cittadino sano alla Regione, tutti sono coinvolti in questo obiettivo.

Di comune accordo, abbiamo focalizzato la nostra attenzione su due figure, tratteggiando anche i potenziali aspetti caratteriali e i loro bisogni.

Il DIRIGENTE MEDICO/SANITARIO che si presenta come un/una professionista motivato ma stanco. Deluso o delusa dalla mancata prospettiva di sviluppo economico, professionale e formativo.

Il DIRETTORE DI UOC, studiosa/o, attento/a al clima interno e organizzativo del reparto, ambizioso/a e rispettoso/a della gerarchia.

I bisogni delle due figure sembrano distanti.

MENTRE IL DIRIGENTE VORREBBE:

- valorizzare il proprio ruolo e la persona
- avere maggiore autonomia professionale
- essere coinvolto nelle decisioni della equipe.

IL DIRETTORE DI UOC PUNTA SOPRATTUTTO A:

- migliorare la performance individuale e organizzativa dei dipendenti per fare bella figura
- rispettare i Lea
- raggiungere la soddisfazione dell’utenza.

A questo punto, il nostro tavolo di lavoro, con un grande sforzo conciliativo, ha individuato un bisogno che potesse essere comune ad entrambe le figure.

Il bisogno è quello di **DEFINIRE L’IDENTITÀ DEL PROPRIO RUOLO**.

Il gioco del tavolo stava arrivando alla sua conclusione anche perché il tempo era trascorso. Per arrivare a questo punto sono state impiegate più di 6 ore!

Quali **soluzioni**, da adottare anche prontamente, abbiamo individuato per rispondere al quesito iniziale?

POSSONO ESSERE DISTINTE IN 3 AMBITI:

1

AMBITO FORMATIVO: istruire i propri collaboratori riguardo il funzionamento del meccanismo di budget, così da renderli edotti delle difficoltà che un responsabile di UOC si trova ad affrontare;

2

AMBITO TEAM BUILDING: eseguire incontri settimanali nello stile dello *stand up meeting*, alternato ad incontri più approfonditi con cadenza bimestrale. Organizzare momenti di riunione in ambito extra ospedaliero con attività di gruppo (cene, paintball, ecc)

3

AMBITO DEL GIOCO: attività di *role playing* e scambio di ruoli all’interno della equipe per simulare cosa realmente significhi “essere nei panni dell’altro”.

Quali conclusioni tratte da questa esperienza?

Momenti di confronto e di *brain storming* sono utili per prendere consapevolezza delle esigenze dell'altro e possono rappresentare un punto di partenza per la ricerca di soluzioni a problemi, anche complessi.

È necessario cambiare; è anche una necessità economica e sociale. I Medici e le Mediche non sono solo dispensatrici di cure: sono persone che esercitano un ruolo sociale, riconosciute come persone poliedriche che caratterizzano la loro identità professionale anche con caratteristiche umanitarie e sociali di care e di "compassione". Compassion è la nuova keyword che comincia ad affacciarsi nelle nuove organizzazioni dei Sistemi sanitari nazionali e i cui sinonimi sono, per citarne alcuni, empathy, understanding, care, concern, sensitivity.

IN CONCLUSIONE

Il lavoro del nostro gruppo mette forse bene in evidenza quali sono i limiti reali ma anche culturali e mentali che questo sistema è riuscito ad imporre in maniera pervasiva alla nostra professione; le conclusioni puntualmente sottolineano come i risultati attesi del nostro mini-modello di organizzazione possano migliorare se si presta maggiore cura alle relazioni tra i diversi e molteplici portatori di autonomie e responsabilità professionali, di competenze tecniche e non tecniche, di funzioni gerarchiche, di vocazioni professionali. Non si tratta solo di ammodernare consolidati schemi di politiche "delle risorse umane" nell'invarianza dei modelli di organizzazione ma di perseguire nuovi modelli di organizzazione adeguati ad accogliere come valore lo sviluppo delle risorse umane. Se l'organizzazione del sistema della cura e dell'assistenza alle persone sane e malate oscura il valore delle sue risorse umane rischia di trasformarsi in una immensa, dispendiosa ed inefficace fabbrica di anonime prestazioni prodotte in anonimi processi produttivi popolati da anonime macchine professionali. Anche così si svuota di significati tecnico professionali, civili e sociali il nostro SSN. È necessario non abbracciarlo, ma pensare con coraggio a riorganizzarlo profondamente e con le nostre voci, magari anche discordanti.



UNA RELAZIONE FELICE

LA CONDIVISIONE DI UN PERCORSO DI SPERANZA DI CURA

GRUPPO B

MARINA TARSTANO
MARIA GIOVANNA
VICARELLI
CARLO LUSENTI
SILVIA PORRECA

IL TEMA

“Il disagio lavorativo nel SSN, e in particolare negli ospedali, frutto di un progressivo disinteresse di decisori politici alla salute della popolazione, ha reso sempre più difficile il rapporto tra curanti e curati. Che cosa faresti, nella tua realtà e a partire dal tuo ruolo, per ricostruire la fiducia, l’umanizzazione e la valorizzazione dei pazienti?”

UN LAVORO DI GRUPPO CONCRETO ED ENTUSIASMANTE

MARINA TARSTANO

L’evento **“Con occhi di donna: il modello di governance della sanità è fallito?”** è stato un momento di crescita personale e soprattutto di presa di coscienza che possiamo e dobbiamo fare qualcosa per salvare il nostro SSN. Per la prima volta abbiamo sentito che nel nostro piccolo avremmo potuto dare un contributo utile per concretizzare il nostro sogno. Sì, proprio così, lo definiremmo **SOGNO** quello di avere un SSN più vicino al paziente, più umano per chi ci lavora, ed organizzato con una leadership non più intesa come potere, ma usata in una modalità più comunitaria (collaborazione, costruzione di network ecc...). I sogni possono realizzarsi attraverso la creatività ed è proprio quello che ci è stato proposto di fare per risolvere i problemi delle nostre realtà sanitarie: applicare la metodologia manageriale del Design Thinking, sviluppata a Stanford e poi diffusasi rapidamente in USA, Canada e in gran parte d’Europa, che insegna ai team aziendali a sviluppare il pensiero creativo, al fine di prendere decisioni efficaci e risolvere problemi per creare condivisione e benessere per tutti i suoi stakeholder. Utilizzando l’approccio Design Thinking si è in grado di concepire soluzioni innovative; comprendere a fondo chi siano gli attori chiave e quale sia la loro importanza nell’ecosistema aziendale e cosa conti davvero per loro.

Durante l’evento sono state costituite quattro squadre molto coese, formate da diverse figure che appartengono al mondo della Sanità. La nostra squadra era costituita da una donna Direttore Generale, da un Capo Dipartimento, da una donna Dirigente Medico, da una donna Dirigente Sanitario non Medico, da una Psicologa, da una Professoressa di Sociologia. Un gruppo eterogeneo, ma molto determinato a dare una risposta concreta al quesito che ci era stato posto: **“Il disagio lavorativo nel SSN, ed in particolare negli ospedali, frutto di un progressivo disinteresse di decisori politici alla salute della popolazione, ha reso sempre più difficile il rapporto tra curanti e curati. Che cosa faresti, nella tua realtà e a partire dal tuo ruolo, per ricostruire la fiducia, l’umanizzazione e la valorizzazione dei pazienti?”**

Il gruppo ha iniziato un percorso svolgendo diverse attività, la grande sfida era quello di non ragionare in maniera individuale, come siamo stati tutti abituati a fare, ma come un gruppo che avrebbe dovuto condividere il peso del problema. Lo scopo era inoltre quello di definire dei percorsi proattivi finalizzati a definire un approccio non più solo sistematico, ma che potremmo definire ridisegnato sulla scorta delle esigenze di ogni attore del nostro caso.

La prima attività, dal titolo **“La comprensione della sfida”**, è stata svolta scrivendo su dei post-it i concetti che ci ha suscitato leggendo la domanda mediante un’analisi individuale, poi abbiamo condiviso nel gruppo i concetti emersi. La domanda inizialmente posta è stata così rielaborata: **All’interno del SSN, guardando in particolare al settore ospedaliero, entro una logica aziendalistica, si è creata una distanza crescente tra i professionisti, tra professionisti e**

pazienti. Tale situazione ha creato una frattura in larga parte dovuta ai tempi, agli spazi e ai modi della relazione terapeutica.

Durante la seconda attività sono stati individuati tutti gli attori che erano in qualche modo impattati dalla sfida secondo una gradazione crescente di coinvolgimento, e abbiamo definito il profilo di tre attori principali, immaginando una situazione che si sarebbe potuta verificare nelle nostre realtà sanitarie: una donna di 32 anni (insegnante, sposata) si recava a visita da un ginecologo di 65 anni (ospedaliero, extramoenista) per un problema di poliabortività con storia familiare di malattia genetica rara.

Nella terza attività ci siamo confrontati per descrivere al meglio quelli che erano i bisogni della donna (avere dei figli, essere informata e accolta come persona in un percorso diagnostico, infine essere accompagnata in un percorso terapeutico) e quelli del ginecologo (trovare in poco tempo e con un linguaggio comprensibile il modo di comunicare lo stato reale alla paziente, creare un'alleanza terapeutica nonostante la mancanza di tempo e la delicatezza della diagnosi) senza dimenticarci di un altro attore importante della nostra storia, il direttore generale i cui bisogni principali erano di tutelare la reputazione dell'azienda e di comunicare un mondo valoriale di etica pubblica. Nell'ultima attività abbiamo proposto delle **soluzioni** che potessero soddisfare i bisogni di tutti gli attori coinvolti e con regole stringenti (incoraggiare idee strane, rimandare il giudizio, una conversazione alla volta, sviluppare sulle idee degli altri dicendo "sì e...", rimanere focalizzati sull'argomento) siamo riusciti a elaborare un percorso ospedaliero per quella specifica esigenza, ma che si sarebbe potuto applicare a molte altre situazioni.

PER CREARE UNA CONDIZIONE DI BENESSERE TRA CURATO E CURANTE, ABBIAMO PENSATO CHE FOSSE NECESSARIO:

- **Adattare** il PDTA alla realtà della UOC al fine di costruire un percorso definito.

- **Identificare** un agente facilitatore che prendesse in carico il paziente in maniera proattiva.

- **Acquisire** dei software per una condivisione dei dati clinici della paziente con altri medici specialisti al fine di implementare in un ambito multidisciplinare il percorso clinico.

- **Adattare** gli strumenti necessari per la comunicazione delle risposte cliniche alle necessità del paziente (es. email, telefono, ritiro cartaceo).

- **Indirizzare** dopo la diagnosi la paziente al "Family Learning" (una forma innovativa di educazione terapeutica del paziente) dove la figura dell'agente facilitatore risultasse essere anche quella di Tutor.

È stato entusiasmante dare un titolo a questa esperienza creativa, che non poteva che essere questa: Una Relazione Felice (la condivisione di un percorso di speranza di cura). Credo che tutti noi, dopo questi due giorni di condivisione di molte idee, siamo più consapevoli che in futuro con una visione più femminile si può progettare una Relazione Felice tra il Management, che come ci ha fatto scoprire la Dott.ssa Pogliana nel suo intervento, "l'idea stessa del management e del manager come figura sociale sono frutto di un pensiero femminile", e tutti gli attori del Sistema Sanitario Nazionale, rispettando i bisogni di ciascuno di loro.



UNA NUOVA ORGANIZZAZIONE CHE METTA AL CENTRO IL BENESSERE LAVORATIVO

GRUPPO C

LUCIA DI FURIA
CARLA PARISI
GABRIELLA RASO
M.E. SPINA
COSTANTINO TROISE

IL TEMA

La disastrosa condizione lavorativa del personale del SSN tocca in larga misura le donne professioniste, la cui forza lavoro, ormai maggioranza, dovrà sempre più contare in futuro. Verso quali direzioni/azioni, a livello organizzativo e professionale, pensi sia il caso di muoversi per ripensare un SSN a misura di donna e quindi a misura di tutti?

Nell'incontro tra i professionisti, donne e non solo, abbiamo iniziato riconfigurando la domanda per il senso di scopo che ci sembrava fosse più calzante e la esprimesse in modo più completo.

Siamo partiti dalle parole chiave, utili a rappresentare nell'ambito del gruppo, cosa ciascuno di noi intendeva come sottolineatura per comprendere una riformulazione della frase e abbiamo scambiato il nostro punto di vista.

LE PRINCIPALI PAROLE CHIAVE SONO STATE:

- **Vision, Ruoli;** (contano i numeri in una azienda sanitaria o i ruoli in essa definiti?),
- **Diritti, Meritocrazia, Generazioni, Riconoscimento del lavoro** di cura e prossimità delle cure,
- **Azioni di tutela, Calcolo del fabbisogno** in base alla tipologia del professionista,
- **Livello organizzativo, Welfare aziendale** (questo sconosciuto);
- Squadra intesa come la capacità di lavorare in sintonia in un sistema complesso. Dopo una vivace discussione ci siamo confrontati sui principali concetti che ciascuno ha espresso cercando di comprendere cosa ciascuno voleva significare e alla fine ci siamo accordati per le seguenti frasi riassuntive che evidenziavano alcune specificità spesso trascurate per una condizione lavorativa più a misura di DONNA e quindi "di TUTTI".
- A** **PREVEDERE** una nuova organizzazione che metta al centro il *welfare aziendale* per il benessere lavorativo della donna, e quindi dell'intero sistema degli operatori del SSN;
- B** **ORGANIZZARE** il lavoro in modo che garantisca l'equilibrio del tempo lavoro con margini di flessibilità non penalizzanti e adeguando nel contempo i livelli retributivi agli standard europei;
- C** **METTERE IN CAMPO** una Vision che unisca la specificità femminile e la risposta alla domanda di salute dei cittadini nel rispetto del loro diritto costituzionale. Da questa rilettura congiunta abbiamo poi riflettuto sugli attori che dovevano essere considerati e le principali parole chiave che sono state esposte sono le seguenti:
- **Cittadini /Pazienti/Donna**
- **Lavoratori** (Professionisti della salute, Professioniste, Mediche)
- **Decisori politici** (Politico, responsabile organizzativo aziendale, etc).

Ovviamente gli attori sono in situazioni diverse: possono essere protagonisti del cambiamento, ad esempio il politico e l'organo politico aziendale, o rappresentare gli stakeholder come i cittadini/pazienti.

Per quanto attiene ai professionisti della salute, questi sono attori e destinatari di scelte nel senso che agiscono nei confronti dei cittadini/pazienti ma svolgono i ruoli definiti dall'ambito gerarchico.

Una riflessione sul loro intervento sui decisori impone che, essendo la classe medica ad esempio fortemente a valenza femminile venga data alle donne la possibilità di rappresentare le necessità ai tavoli dei decisori dove ancora una volta la rappresentanza è maschile, e le donne cercano di organizzarsi per dar corso alla loro vision tramite sistemi alternativi.

Le donne si ritrovano dopo decenni nell'impossibilità di accedere a ruoli apicali a causa della condizione lavorativa che le penalizza nell'ascesa a ruoli gerarchici superiori, pagando lo scotto di essere colpevolmente madri, figlie, sorelle e cioè espressione di cura che in sanità viene sottovalutata nella sua portata essenziale di configurazione storica politica.

Quindi, seguendo sempre le indicazioni, siamo andati a rilevare i fabbisogni mediante la creazione dei profili rappresentativi dei principali attori del sistema:

1

CITTADINO

Gianna	74 anni
Ruolo	Disoccupata
Stato civile	Single, no prole
Descrizione	malata di una patologia cronica (diabete), in terapia con insulina
BISOGNO	Prossimità dell'assistenza - raggiungere facilmente il luogo di cura ed interagire in modo continuativo con il curante specialista

2

PROFESSIONISTA SANITÀ

Claudia	39 anni
Ruolo	Medica Ginecologa
Stato Civile	Single, 2 figli piccoli
Descrizione	abita lontano dal luogo di lavoro
BISOGNO	Lavorare serenamente sapendo che i figli sono accuditi adeguatamente in sua assenza; avere del tempo per sè; investire sul suo ruolo professionale per crescere

3

DECISORE POLITICO

Matteo	67 anni
Ruolo	Assessore alla sanità regionale
Stato Civile	Sposato 2 figli
Descrizione	non è laureato; ha poco tempo; molto attento alle relazioni
BISOGNO	migliorare la conoscenza del settore e del sistema sanitario; legittimazione costante; contatti con tutti gli attori del sistema

Sono stati quindi scelti i bisogni che potessero essere trasversali ai tre prototipi di attori selezionati, e ognuno ha tentato di esprimere attraverso quali risposte dare un senso ai loro bisogni. Abbiamo seguito il consiglio di riflettere su cose fattibili di piccolo calibro, ma capaci di migliorare la risposta ai bisogni ed evitare di parlare dei massimi sistemi, obiettivo che ci era stato posto fin dall'inizio, e dalla nostra facilitatrice ricordato nei suoi interventi.

Ciascuno ha esplicitato le possibili idee per rispondere ai bisogni, concordando di esprimerne possibilmente due a testa. Le possibili soluzioni sono così di seguito riportate e raggruppate:

■	Investimenti sulla medicina territoriale; casa della Salute Funzionante;
■	Appropriatezza richieste curante; abbattimento liste di attesa
■	Telemedicina , assistenza domiciliare; televisita
■	Aumentare risorse contrattuali, aumentare gli organici
■	Rimodulazione turnistica, flessibilità dei turni e part time non penalizzante

Aperta la discussione ci si è scambiati il senso delle nostre idee per rispondere ai bisogni e quindi abbiamo elaborato un progetto realisticamente realizzabile.

PROGETTO:

IL BENESSERE LAVORATIVO DALLO SMART WORKING ALLA PROSSIMITÀ DELLE CURE: UNA GIORNATA SETTIMANALE DI SMART WORKING CON ATTIVITÀ IN TELEMEDICINA

INTRODUZIONE

Raggiungere il miglioramento del benessere lavorativo è un obiettivo molto sfidante per cui noi ci siamo interrogati e pensato che si potesse prevedere un progetto sperimentale per tentare di coniugare il bisogno del paziente alle esigenze dell'operatore della sanità coinvolgendo il decisore politico affinché metta a disposizione risorse utili per effettuare la sperimentazione.

OBIETTIVO

Obiettivo principale è trovare la soluzione per migliorare il benessere lavorativo mediante la disposizione di turni di lavoro a domicilio, in televisita, per garantire la riduzione del tempo di raggiungimento del luogo di lavoro per il professionista e del tempo per l'accesso del paziente alla sede assistenziale. Altro obiettivo è garantire agilità e flessibilità dell'accesso stesso.

Obiettivo secondario: più tempo per lavoratore e cittadino; meno spesa economica di trasporti, riduzione inquinamento atmosferico, riduzione stress.

METODOLOGIA

Pianificare attività professionali (attore medico ad esempio) per svolgere in remoto tutte le attività che si possono effettuare senza incidere negativamente sulla assistenza, ad esempio: follow-up dei pazienti attraverso l'uso della telemedicina; svolgere in remoto le attività burocratico-amministrative (sdo etc).



Esempio pratico: evitando che il paziente si sposti per effettuare visita di controllo (risultato degli esami del sangue di controllo o esami diagnostici radiologici già refertati) il professionista medico nel nostro caso potrà comunque dare il consiglio giusto al paziente che ne ha bisogno.

Stabilire un vero turno lavorativo almeno una volta alla settimana in remoto.

DURATA	6 mesi e rilevazione eventuali criticità per eventuali correzioni del progetto e se non ci sono criticità estensione ad 12 mesi.
VALUTAZIONE RISORSE NECESSARIE	Linea informatica attiva in VPN e Computer a casa funzionale (costo stimato per tre postazioni non superiore a 1500 euro circa): costi per predisporre e utilizzare sistema customer satisfaction: circa 300 euro.
RISULTATI ATTESI	
■	Miglioramento del benessere lavorativo
■	Riduzione dello stress lavoro correlato
■	Gradimento del cittadino
MISURAZIONE	
■	Valutazione customer satisfaction per cittadino e operatore sanitario
■	Analisi riduzione costi diretti ed indiretti
■	Rilevazione eventuali criticità mediante rilevazione ad hoc per eventuali correzioni del progetto.

CONSIDERAZIONI SUL METODO E LE PROSPETTIVE

Il metodo sviluppato in poco tempo esplicita una capacità di lavoro in gruppo con obiettivi raggiungibili e sfidanti e riveste un estremo interesse pratico e teorico. L'esempio che abbiamo illustrato ci ha messo alle strette nel rispetto dei tempi assegnati.

Mettere intorno ad un tavolo esperienze diverse, a volte contrapposte, per cercare soluzioni a problematiche proprie della organizzazione del lavoro dei dirigenti medici e sanitari del SSN, ha portato ognuno ad interrogarsi sulle soluzioni possibili, e concretamente realizzabili.

La metodologia mira a definire il nucleo essenziale delle questioni, con l'assunto che tutto è possibile per chi vuole innovare, anche tenendo conto del punto di vista delle donne (con occhi di donna, appunto) che ormai rappresentano la maggioranza della forza lavoro in sanità.

La conciliazione lavoro-tempo di vita può certo giovare, per venire incontro alle problematiche delle varie tipologie di pazienti, della possibilità di una giornata settimanale di smart working per attività in telemedicina che non necessitano della presenza del paziente. Con benefici misurabili anche sul sistema di mobilità urbana e di riduzione dell'inquinamento atmosferico.

Inoltre ben si comprende come questa metodologia abbia consentito ai partecipanti di riflettere a tutto tondo sul sistema sanitario nazionale sottolineandone le inadeguatezze e criticità sia nei confronti dei lavoratori che nei confronti dei pazienti.

Inneggabile il bisogno di trovare soluzioni organizzative che consentano un benessere lavorativo il più spesso negato a causa dello stress da prestazione, e sicuramente aggravato in era pandemica. Ma anche la necessità di modelli assistenziali innovativi che accorcino le distanze tra professionisti e pazienti, a cominciare dall'avvio di forme di proattività assistenziale.

OSPEDALE 5.0: DAI “LAVORI FORZATI” AL METAVERSO TEATRALE!

GRUPPO D

MARIANTONIETTA MONTEDURO
NUNZIA D’ABBIERO
SANDRA MORANO
SILVIA MENGOZZI
STEFANO LUNETTI
DOMENICO ISCARO

IL TEMA

Il lavoro nel SSN, e in particolare negli ospedali, è ormai caratterizzato da svalutazione professionale e da un profondo malessere psicofisico, fino a contare morti sul lavoro. Che faresti, nella tua realtà a partire dal tuo ruolo professionale, per promuovere una organizzazione che garantisca il benessere e l’umanizzazione del lavoro di tutto il personale?

Questa è la “SFIDA” propositaci durante le attività a piccoli gruppi organizzata durante il seminario svoltosi ad Ancona.

Il nostro è un gruppo costituito da alcuni Dirigenti medici, uno specializzando in medicina nutrizionale, una Dirigente di laboratorio, una Direttrice Sanitaria, un sindacalista e uno specializzando in medicina nutrizionale. Dopo un’analisi individuale del contesto ospedaliero attuale si è focalizzata l’attenzione su alcuni temi principali: la perdita della libertà, la negazione dei diritti, la violenza sui luoghi di lavoro e la necessità di sicurezza, la scomparsa della comunicazione/relazione. Temi legati fra loro, l’uno causa ed effetto dell’altro. La *perdita della libertà* perché i turni sono massacranti per la carenza di personale, con maggiore possibilità di stress e di errore che ha un impatto devastante sia sull’individuo che nelle relazioni del team e con i pazienti. Un Ospedale 5.0 da lavori forzati, in cui ci si sente “ingabbiati.” È la constatazione da



cui nasce una ricerca di aiuto: (Cfr. L'omonimo film dei fratelli Cohen) “fratello dove sei?”), un richiamo alla solidarietà tra colleghi e con i cittadini, un bisogno comune di avere più TEMPO per la interrelazione e la comunicazione.

Una prima esperienza personale riportata riguarda l'attività in radiodiagnostica. Negli ultimi decenni si è avuto un incremento esponenziale degli esami TC richiesti, anche per condizioni cliniche a basso rischio e nel mancato rispetto dei criteri di appropriatezza. Nel sospetto di colecistite oggi non ci si accontenta di un esame ecografico non invasivo ma, di default si richiede la TC, all'insegna della medicina difensiva, che peraltro pone problemi di sicurezza perché la popolazione viene irradiata inutilmente. La medicina strumentale, oggi, ha praticamente soppiantato la medicina clinica, e questo comporta un importante incremento di accessi in TC, ponendo il diagnosta in una particolare condizione di stress, sia per la scelta della cronologia degli esami da eseguire in base al quesito diagnostico, spesso peraltro generico, che per la immediatezza della risposta richiesta dal collega inviante. L'aumento dei carichi di lavoro può facilitare l'errore nella procedura dell'esame e nella diagnosi. L'uso difensivo della TC i dilata anche i tempi di attesa dei pazienti al PS, il che può innescare episodi di violenza a danno degli operatori sanitari, cronaca di tutti i giorni.

Una seconda testimonianza è quella del collega che si occupa di medicina nutrizionale. L'eccessivo carico di lavoro determina una riduzione di tempo dedicato all'anamnesi patologica ed alimentare del paziente, in particolare su alcune specifiche categorie come il paziente disfagico, sarcopenico o cachettico, con conseguente non corretto inquadramento del caso e ridotta possibilità di “sartorializzazione” delle cure con mancato raggiungimento dell'obiettivo nutrizionale.

Per entrambi gli esempi citati l'incremento del personale potrebbe risolvere buona parte del problema perché si avrebbe più tempo da dedicare alla comunicazione sia con i pazienti che con i colleghi.

Il terzo profilo considerato è quello del Direttore Sanitario. L'esperienza citata riguarda una mancata assunzione di responsabilità con effetti negativi in termini di tempo (perdita di tempo) su altri attori. Il caso è quello in cui il Direttore di PS, invece di risolvere un problema direttamente con il Responsabile della UO di Medicina interna, invia mail al Direttore di Dipartimento, il quale a sua volta demanda alla Direzione Sanitaria che convoca con urgenza le parti in causa, con ovvia perdita di tempo e dispendio di energie che potrebbero essere impiegate per altre necessità.

Nelle tre situazioni esposte, gli **attori** principali sono tre: il medico, anche se con profilo diverso in termini di responsabilità, il cittadino/paziente e, in generale il Sistema organizzativo. I **bisogni** individuati sono pressochè comuni e si identificano nella necessità di maggior tempo per la comunicazione, sia tra colleghi, nel rispetto dei criteri di appropriatezza, che con i pazienti, al fine di promuovere consapevolezza nelle decisioni diagnostico/terapeutiche in cui anche il cittadino/ malato ha un ruolo attivo. La maggiore e migliore comunicazione avrebbe esito positivo anche per la sicurezza degli operatori sanitari, disincentivando le possibili aggressioni e favorendo un ambiente di maggiore serenità lavorativa nel team e con i pazienti che, a loro volta, vedrebbero soddisfatto il bisogno di essere presi adeguatamente in carico.

LE SOLUZIONI PROPOSTE

1

PRIMO ORDINE. LE PIÙ SEMPLICI DA FORMULARE SONO ORGANIZZATIVE:

- **La presenza** di una figura aziendale per il supporto psicologico ai dipendenti (violenza che per lo stress correlato all'attività lavorativa)
- **Una campagna** di comunicazione visiva per i cittadini (Poster/ opuscoli informativi in Ospedale e sul Territorio)
- **La formazione** del personale
- **La programmazione** di percorsi diagnostico terapeutici appropriati e monitorati
- **L'incremento** del personale
 - **Infine** una soluzione strutturale per quanto riguarda le regole di ingaggio dei Direttori di struttura, che dovrebbero essere più chiare!

2

SECONDO ORDINE. FORTEMENTE RACCOMANDATO DAI FACILITATORI, È LA INTRODUZIONE DI SOLUZIONI INNOVATIVE, ORIGINALI, NELL'AMBIENTE OSPEDALIERO STANDARD:

- **Per i nutrizionisti**, organizzare gare culinarie con medici concorrenti e pazienti "assaggiatori" per la condivisione di un momento conviviale per un'alimentazione consapevole e fuori dagli schemi,
- **Creare occasioni** di comunicazione/socializzazione in ospedale, con protagonista la Dirigenza intesa a tutti i livelli, che potrebbe coinvolgere come spettatori anche i pazienti in una specie di Metaverso teatrale sanitario.

In ultima analisi, nonostante la deriva del SSN, al centro del processo di cura rimane il paziente. I medici sono RESILIENTI, certo. (Con l'auspicio di non essere Highlanders.... In questo caso ne resterà solo uno!)

Di fatto, di fronte alla deprivazione, solitudine e apparente impotenza degli operatori nell'affrontare gli aspetti più critici che impediscono all'oggi di rispettare il paziente e di lavorare con dignità, di fronte a una situazione senza via d'uscita, è stato "salvifico" il mandato del facilitatore di pensare a soluzioni che avrebbero potuto sembrare utopiche, fuori dagli schemi.

Il tempo come misura di tutto, come elemento indispensabile per lavorare e vivere da umani, è riapparso come prospettiva in soluzioni mai pensate prima, e ora proposte con leggerezza e creatività a partire dalle donne, che poi hanno coinvolto tutti. Se qualcuna di queste proposte differenti potrà essere realizzata, tutto questo lavoro avrà avuto un senso per tutti.

Eravamo partite con una serie di NO e insieme, alla pari, abbiamo portato possibili soluzioni intermedie. Cercare il sostegno di chi sa scoprire il coraggio e la creatività: con occhi di donna si può.

HANNO DETTO DI NOI

LE AMMINISTRATICI

MARTA BRANCA



Un modo intelligente e divertente di confrontarci, per imparare a tirar fuori le capacità che occorrono ad affrontare le complessità del SSN. Un esempio (da seguire) di tempo speso bene, per aprire la mente e lavorare assieme alle nuove sfide della sanità del futuro.

LUCIA DI FURIA



Innegabile il bisogno di trovare soluzioni organizzative che consentano un benessere lavorativo il più spesso negato a causa dello stress da prestazione e sicuramente aggravato in era pandemica. Ma anche la necessità di modelli assistenziali innovativi che accorcino le distanze tra professionisti e pazienti, a cominciare dall'avvio di forme di proattività assistenziale.

TIZIANA FRITTELLI



Abbiamo davanti una grande trasformazione dei bisogni, delle pratiche e dei comportamenti, che richiede una riprogettazione del Ssn, delle sue strutture a rete sul territorio, dei suoi processi e strumenti. La crisi pandemica ha accelerato questo processo. In altri termini si tratta del coraggio di fare quello che è giusto, la pazienza di creare un progetto nel quale tutti si riconoscano, e soprattutto una grande passione. La strada da percorrere è, quindi, quella della valorizzazione dei talenti e delle competenze delle tante professioniste che lavorano nel campo della sanità.

I SINDACALISTI

COSTANTINO TROISE



Il Seminario residenziale organizzato ad Ancona dall'Area Formazione Femminile di Anaa Assomed e dal CRIS dell'Università di Ancona, con la collaborazione di esponenti di varie associazioni e protagonisti del SSN, ha rappresentato un'esperienza di estremo interesse, pratico e teorico. Non solo perchè inserito in un complesso ragionamento sulla governance delle aziende sanitarie letta con occhi di donna, come secondo tempo di un percorso iniziato con il webinar "Con Occhi di Donna: il modello aziendalistico della organizzazione e della governance della Sanità è fallito? Esistono alternative?", che ha visto discutere esperti, politici, sindacalisti, direttori generali, sulle alternative all'attuale modello monolitico. Ma anche per l'ambizione di sperimentare una partecipazione dei medici all'organizzazione del lavoro che richiama il tema, sempre attuale, del governo clinico. Perchè decision making, problem solving, pensiero creativo e pensiero critico compongono una costellazione di competenze intellettuali per un modo di pensare che deve appartenere a chi si assume l'onore e l'onere della cura.

Il rischio che la salute del Paese esca definitivamente dai radar della politica richiede che chi ha il compito di curare e chi ha a cuore la salute pubblica, mettano in campo il meglio del patrimonio cognitivo, esperienziale e professionale per preservare e valorizzare il nostro sistema sanitario, pubblico universale e a misura di tutti. Non per un idealistico appello a "salvare il SSN", ma per definire visioni e pratiche di governo che abbiano a cuore la sanità pubblica e la salute del paese. E invitare Aziende e Regioni ancorati al mito della aziendalizzazione, senza vederne la incapacità di produrre salute e finanche il mitico controllo dei conti, a valutare quel patrimonio di donne, e uomini che hanno così maltrattato credendo di poterne fare a meno o volendo parlarlo al massimo ribasso.

Il seminario ha voluto, con un approccio innovativo, mettere esperienze professionali diverse, a volte contrapposte (dai dirigenti dipendenti ai direttori generali, dagli

esperti ai sindacalisti), intorno allo stesso tavolo per confrontarsi sulle possibili soluzioni a problematiche proprie della organizzazione del lavoro dei dirigenti medici e sanitari del SSN. Creando per questa via un clima da team, nel quale ognuno si interrogava in merito alle soluzioni, possibili e concretamente realizzabili, a varie problematiche fino a condividerne una. La pluralità dei punti di vista non rappresentando un difetto ma un arricchimento.

La metodologia del Design thinking richiede, con l'assunto che tutto è possibile per chi vuole innovare, di definire innanzitutto il nucleo essenziale delle questioni per poi passare alla descrizione dei profili di tutti gli attori interessati ed alla proposizione dei propri punti di vista assunti come soluzione. Ad esempio, il problema della conciliazione lavoro-tempo di vita ha portato ad immaginare profili di pazienti tipo, con le loro problematiche e, a suggerire, nell'ambito delle soluzioni appropriate, la possibilità di una giornata settimanale di smart working per attività in telemedicina che non necessitano della presenza del paziente. Con vantaggi anche sulla mobilità e sull'inquinamento atmosferico.

Ognuno dei 4 tavoli in cui si sono divisi i partecipanti ha dovuto tenere nel debito conto il punto di vista delle donne, che ormai rappresentano la maggioranza della forza lavoro in sanità (con occhi di donna, appunto), un valore aggiunto per l'intera professione. Perché le donne migliorano la professione, rappresentando un valore che va deontologicamente riconosciuto ancorché ancora alla ricerca, come tutti i partecipanti hanno convenuto, della rappresentanza alla altezza delle sfide da affrontare...

Il seminario è riuscito nell'intento di sperimentare un'esperienza di riflessione sul tema del benessere delle donne medico nel sistema sanitario nazionale, e sulle strategie di promozione del capitale umano, sociale e professionale. Per pensare pratiche e cambiamenti organizzativi rispettosi dei diritti e del benessere lavorativo insieme con modelli di governo di una Sanità orientata dalle donne, a partire da livelli prossimali in cui si opera. La formazione del medico e delle mediche di domani dovrà tenere conto del fatto che la cura è un sistema complesso che richiede l'integrazione di competenze professionali e relazionali, esprimendo idee, opinioni, valutando proposte e suggerendo risposte. Il problema è come tradurre questa ricchezza attraverso la parola e la relazione, facendo partecipare il professionista alle decisioni, anche attraverso un consenso che non venga relegato al mero atto burocratico ma sia una vera traccia relazionale, un *contratto etico-professionale tra i suoi diritti e i suoi doveri*.

Con la novità del Seminario qualcosa si è mosso, uno scossone è stato dato e l'onda di propagazione produrrà i suoi cerchi. Certo, è presto per capire cosa produrrà anche perché il cambiamento è un passo che spaventa molti: si lascia un porto sicuro, quello del "si è sempre fatto così", verso un nuovo che è in gran parte ignoto. Ogni crescita comporta fatica ma, come diceva Lao Tse "Un lungo viaggio di molte miglia si comincia con il muovere il piede".

Tutte le donne medico che ritengono doveroso contribuire a un "cambio di passo" dentro la professione, che valorizzi le donne, che ne affronti i problemi, che dia risposte alla crescente femminilizzazione devono lavorare a costruire un pensiero che possa dare un contributo significativo ad essere protagoniste e motori del cambiamento. Una maggioranza che appoggia un cambiamento vale come se il cambiamento derivasse da questa maggioranza. Questo è il punto.

“

Il seminario è riuscito nell'intento di sperimentare un'esperienza di riflessione sul tema del benessere delle donne medico nel sistema sanitario nazionale, e sulle strategie di promozione del capitale umano, sociale e professionale

CARLO LUSENTI



Quattro lezioni e una scoperta. Ogni tanto ci si può permettere qualche lusso, non intendendo un lusso materiale che quello dipende da soldi e gusti, ma il lusso di fare una cosa a cui non si è preparati, di uscire dal proprio ruolo, di usare diversamente il tempo che non abbiamo, di adattarsi senza pregiudizi ad una situazione sconosciuta, di partecipare senza fini.

Questo pensavo viaggiando verso Ancona venerdì 20 febbraio per partecipare a due giornate seminariali dal titolo ambiguo e ambizioso "Con occhi di Donna: Alternative alla Governance della Sanità Italiana". Certo decisivo era stato l'invito di cari amici e la possibilità di incontrare antiche conoscenze, insieme al legame identitario che ho con Anaa, ma soprattutto era la curiosità ad avermi fatto accettare.

Cosa si vede...con occhi di donna....di un mondo - la sanità - in cui vivo da decenni e penso di conoscere così bene?

Quali alternative ci possono essere - viste con occhi di donna - alla governance della sanità italiana che non siano già state pensate, provate, scartate? Insomma curiosità mista a diffidenza e pregiudizi. Rafforzati questi ultimi dal metodo di lavoro proposto che sicuramente inizialmente non avevo compreso e che quindi avevo catalogato con comodo automatismo... le solite cose... gruppi di studio... li facevo al liceo... e via andando di pregiudizi difensivi. Fortunatamente - in questo caso - i pregiudizi erano fragili, le resistenze deboli e le aspettative - radice di tutte le angosce - scarse, permettendomi di raccogliere alcune utili lezioni.

Prima... mescolarsi fa bene. Non arroccarsi, uscire dall'idea di aver capito e di aver ragione, abbassare tutte le difese verso il pensiero altrui, che non è per forza convincente, ma mette alla prova le proprie convinzioni, aiuta a pensare meglio. In questo caso confrontarsi con una visione "di genere" sul lavoro in sanità permette di uscire dallo scontato stereotipo di una organizzazione senza genere che in realtà ne considera solo uno.

In quei giorni di fine gennaio il meteo ad Ancona era pessimo - freddo e pioggia, escluse tentazioni turistiche - e anche il collegamento internet nelle aule non era un gran che.

La *seconda lezione* è che ogni tanto lavorare e pensare separati dall'incessante time pressing quotidiano libera dalla dittatura del presente e permette - a costo di qualche astinenza - di vedere la realtà diversamente, con più chiarezza, attenuando gli schemi mentali che di solito impediscono di innovare, di cambiare. Mi è sempre piaciuta l'espressione... *stava seduto sui suoi privilegi*, rende l'idea di ingiustizia e conservazione, scherno verso la fatica altrui unito a ostilità verso ogni innovazione.

La *terza lezione* riguarda la piacevole sensazione di parità che si era creata in quel contesto, senza ruoli e privilegi, senza arroganza e presunzione. Tra pari, come si usa dire, ma con diverse esperienze e visioni, nessuna migliore e tutte utili a costruire nuove idee, nuove proposte.

L'*ultima lezione* l'avevo da tempo imparata anche se praticata con discontinuità. È la qualità delle persone che fa la differenza, e a nuove persone con nuove qualità è bene lasciare spazio senza diffidenza o paternalismi meritocratici. Non si concede, non si permette, non si tollera, non si difende. Semmai si aiuta, in modo inesigente e fiducioso, a prendere spazio e ruolo.

Queste quattro lezioni sono esclusivamente ad uso personale e sicuramente non contribuiranno a elaborare alternative alla governance in sanità, ma soprattutto non servono a dare consigli alle donne che sanno benissimo cosa serve per rendere il lavoro di cura più giusto e umano.

“

...mescolarsi fa bene. Non arroccarsi, uscire dall'idea di aver capito e di aver ragione, abbassare tutte le difese verso il pensiero altrui, che non è per forza convincente, ma mette alla prova le proprie convinzioni, aiuta a pensare meglio

...E PER CONCLUDERE, RIPORTIAMO LE PAROLE DEI NOSTRI FACILITATORI ERIC GUERCI E SILVIA MARCHINI

SILVIA MARCHINI



La **formazione** sul *Design Thinking* (DT) durante il Convegno di Ancona è stata un'esperienza particolarmente ricca di spunti di riflessione teorici e pratici sulla metodologia, ma anche coinvolgente dal punto di vista umano. La seria e costante motivazione dei partecipanti nell'accogliere la metodologia del DT è stata la premessa fondamentale per il successo dell'esperienza formativa, ma anche per rendere quest'occasione come un momento conviviale e piacevole. Questi metodi di co-progettazione e creatività collettiva permettono a una pluralità di professionisti e esperti del settore (personale ospedaliero, esperti di sanità, dirigenti, ecc) di svolgere durante l'esperienza formativa una reale attività di progettazione di squadra finalizzata alla ricerca di soluzioni efficaci a problematiche lavorative in ambito ospedaliero.

ERIC GUERCI



Avendo già sperimentato l'approccio in contesti ospedalieri possiamo, grazie anche a quest'ulteriore esperienza organizzata in maniera esemplare dal sindacato ANAAO, validare le potenzialità dell'approccio *Design Thinking* nell'accompagnare una squadra di professionisti del mondo della sanità di diversa estrazione e responsabilità in una riflessione profonda, condivisa e efficace su una problematica.

Questi metodi per essere realmente efficaci necessitano chiaramente di un'adozione convinta e perseverante da parte del personale delle unità ospedaliere coinvolte, in quanto solo tramite la pratica ripetuta si acquisiscono le competenze adeguate per poter agire in maniera autonoma (senza facilitatori), rapida e efficace e quindi nel rendere il DT come uno strumento importante e affidabile per la gestione della sanità.

1 MAGGIO 2023

Il nostro saluto a Barbara Capovani



Oggi, primo maggio, stiamo andando a lavorare.

Il lavoro, in un giorno di celebrazione come questo, ha più valore.

Oggi lavoriamo per i nostri pazienti, affinché abbiano un riferimento anche nei giorni di festa.

Lavoriamo per le nostre colleghe e colleghi, che hanno faticato ieri o faticheranno domani, così che possano riposare.

Lavoriamo per noi stesse, perché il camice bianco si indossa tutti i giorni e c'è orgoglio nel portarlo.

Lavoriamo per i nostri figli, perché un esempio di passione e dedizione, rimarrà come impronta nella loro vita.

Oggi lavoriamo anche per Barbara Capovani, che non potrà andarci più al lavoro.

Lavoriamo anche se siamo indignate e forse impaurite della violenza che percepiamo. La violenza non solo di chi uccide il proprio medico ma anche di chi, attraverso leggi di bilancio, norme e cavilli, ci costringe a scegliere tra professione e vita personale, ci spinge ad abbandonare il lavoro di cura per trasformarlo in burocrazia e ricerca di risparmio sulla salute dei pazienti.

Oggi andiamo a lavorare perché vorremmo tornarci anche domani sul nostro posto di lavoro, sperando che continui ad essere un luogo di cura equo ed universalistico.

Oggi andiamo a lavorare perché le donne medico che lavoreranno domani trovino un posto più sicuro, accogliente e dignitoso di quello dove lavorava Barbara.

Ciao Barbara, oggi, primo maggio, lavoriamo per te.

INIZIATIVA OSPEDALIERA

LA RIVISTA
DELL'ANAAO
ASSOMED

