

# d!

## d!rigenza medica

speciale

QUARTA  
CONFERENZA  
NAZIONALE

DONNE  
ANAAO  
ASSOMED

# Vogliamo lavorare con

# Aagio

Il mensile dell'Anaa Assomed



**Vogliamo una Società  
della Cura da abitare con Aagio**



## Pat Carra per l'Anaa Assomed



IL MENSILE DELL'ANAAO ASSOMED

**d!rigenza  
medica**

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

[dirigenza.medica@anaao.it](mailto:dirigenza.medica@anaao.it)  
[www.anaao.it](http://www.anaao.it)

**Direttore**  
Carlo Palermo

**Direttore responsabile**  
Silvia Procaccini

**Comitato di redazione:**

Claudio Aurigemma  
Giorgio Cavallero  
Pierino Di Silverio  
Fabio Florianello  
Filippo Gianfelice  
Domenico Iscaro  
Elisabetta Lombardo  
Cosimo Nocera  
Anita Parmeggiani  
Alberto Spanò  
Anna Tomezzoli  
Costantino Troise  
Bruno Zuccarelli

**Coordinamento redazionale**

Ester Maragò

**Progetto grafico  
e impaginazione**

Giancarlo D'Orsi



**Edizioni Health Communication**  
Edizioni e servizi di interesse sanitario

**Editore**

Edizioni Health Communication  
Via Vittore Carpaccio 18  
00147 Roma  
Tel. 320.7411937  
0331.074259

**Stampa**

STRpress, Pomezia (Rm)

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

Poste Italiane S.p.A.  
Spedizione in Abbonamento  
Postale - 70% - DCB Roma

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 giugno 2022

# e!

speciale

QUARTA  
CONFERENZA  
NAZIONALE

DONNE  
ANAAO  
ASSOMED

editoriale

## Qualcosa è cambiato

Celebriamo 3 anni vissuti pericolosamente. Dalla profezia (le donne in sanità si sarebbero trovate tra poco ad ereditare il mondo della cura, ma non erano ancora pronte) alla novità storica (le donne come massa che può cambiare il corso della storia anche nelle forme di governo), la IV Conferenza ha festeggiato un percorso non facile nello scenario sindacale: l'Area Formazione Femminile.

Un "esperimento in vivo" collettivo, che ha coinvolto attivamente iscritte provenienti da tutte le regioni col proposito di fornire strumenti di lettura "al femminile" della organizzazione e gestione del lavoro di cura.

**Area:** uno spazio per sé in cui lavorare sullo specifico ruolo delle donne che iniziavano a essere tante, a interrogarsi su diversi modi di essere mediche e sindacaliste, a incontrarsi fuori dal contesto aziendale e associativo cui erano abituate.

**Formazione:** parola difficile da declinare anche nelle sedi accademiche, figuriamoci nella "prima linea" disorientata e frustrata degli avamposti di PS disumani, degli ambulatori pieni, delle Sale Operatorie sguarnite, delle degenze eternamente povere di letti e di personale, in quel che rimane dei grandi ospedali cittadini o dei piccoli ospedali sparsi su tutto il territorio montuoso o costiero.

**Femminile:** noi pensavamo, non potevamo non pensare, all'insieme vita-lavoro, relazione-esperienza, dignità-indegnità, spazi angusti-spazi di vita. Come immaginare di organizzare la sanità (ma qualunque altro settore) senza lo sguardo delle donne? Come traslare queste esigenze nel mondo della cura per come lo avevamo e abbiamo ancora di fronte? E quali erano gli strumenti a disposizione, nel sindacato?

Un armamentario vecchio, rigido, reso ancor più povero dalle restrizioni di decenni, alle prese con la crisi del contratto, lo strumento "unico", e forse ultimo, di garanzia, che sta lentamente perdendo identità e forza tra le maglie strette del monocratismo aziendale e della perdita di valore del lavoro. In cui gli stessi sindacati hanno finito col pagare un alto tributo alla materia del lavoro, in particolare alla sua organizzazione. Il lavoro ridotto in condizioni via via irricognoscibili, stravolte, e un

numero di suicidi tra gli operatori in aumento vertiginoso. Col massimo accanimento sulla pelle delle donne, su una delle quali, la giovane ginecologa Sara Pedri, si consuma in sanità il primo "delitto sul lavoro" del nostro tempo.

La sanità che le donne stanno ereditando è questa, è la realizzazione del neoliberismo, col trionfo dell'individualismo che permea tutta la società. E che attecchisce, trasformandolo, anche nel lavoro di cura. Ma il lavoro di cura è "inestimabile" (Pascale Molinier), richiede il tempo che ci vuole, non valutabile da algoritmi o protocolli. Forse potrà essere parzialmente aiutato dai robot, ma per ora è lontano. In questo mondo che si stanno preparando a guidare, le donne chiedono, ma non sono le sole a farlo, se l'attuale organizzazione va nella direzione del superamento delle disuguaglianze e iniquità. Se questa organizzazione potrà reggere l'impatto di una società sempre più impoverita e impaurita, prima dal Covid e poi dalla guerra.

Da donne che curano, abituate nei millenni a resistere a tutte le calamità e le guerre del pianeta, chiediamo perché la Sanità non è al primo posto, non solo nell'agenda di governi incapaci e distratti, ma anche nei programmi e negli approfondimenti di chi ha alte capacità e visioni in tema di giustizia e sostenibilità. Crediamo che mettere la Sanità al centro della politica è la soluzione dei problemi di benessere e di crescita del paese. Che la sanità abbia bisogno di politiche nuove, e diversa organizzazione, e che chi abbia in mente di invertire la rotta dovrebbe conoscere quanto una comunità in buona salute possa assicurare crescita al paese.

**Un primo parziale bilancio.** Per tre anni le donne nell'AFF, mai così lontane, mai così vicine, pure se nello spazio costretto del web in pandemia, hanno iniziato a raccontare miserie e splendori di un SSN mai così deprivato eppure mai povero.

L'AFF, una "Community of practice" costruita nonostante la lontananza, la precarietà, la sofferenza, ha puntualizzato da una prospettiva femminile, il disastro di un sistema organizzativo al tracollo iniziando a portare esperienze e proposte. Una Community che lungo



SANDRA MORANO

Coordinatrice Area  
Formazione Femminile  
Anaa Assomed

segue a pagina 16

# CONTRIBUTI

QUARTA  
CONFERENZA  
NAZIONALE  
DONNE  
ANAAO  
ASSOMED



Mariapia  
Garavaglia

Mariapia Garavaglia, già Ministro della Salute

## Donne e SSN (tradimento?)

**Un dato acquisito**, in generale, riguarda la composizione del personale che lavora nel sistema che tutela la salute dei cittadini. A partire dalla formazione accademica la quota femminile aumenta in continuo. Come nella società e nell'elettorato, in sanità le donne sono più numerose degli uomini. Questa fotografia che immagine ci offre?

Una presenza paritaria di donne e uomini in ruoli dirigenziali, una parità retributiva? Sono domande retoriche. Sandra Morano attivando le Conferenze delle donne AnaaO ha mobilitato un dibattito lungo tutto il Paese perché affrontare status e ruolo delle donne significa fornire un altro punto di vista di fondo per un servizio alla collettività. Ormai la logica della personalizzazione delle cure si è trasformata in slogan, invece deve diventare la misura anche di chi

cura. Il medico ha il dovere di curare ma anche il diritto e per questo deve essere messo in condizione di esercitarlo. Il tempo e l'organizzazione della giornata della donna non possono - non dovrebbero - essere sottoposte ad una organizzazione del lavoro che, coi vincoli, ne limiti l'attività e ne condiziona la carriera. Oggi la carenza di medici può suggerire qualche giustificazione, comunque inaccettabile, per una certa organizzazione del lavoro; e dall'altra parte un'altra emergenza affligge il Paese, la denatalità. Diventare madri non può essere un danno; lo sarebbe per il destino che la donna si sceglie e anche per la società. Si impone un radicale cambio di prospettiva. Le donne dell'AnaaO Assomed stanno suggerendo al maggior sindacato medico una vertenza non contrattuale ma culturale; riprendere il ruolo di soggetto che lotta per

“

**È talmente evidente che un mondo adatto alle donne sarebbe più facile anche per gli uomini!**

cambiare la società per cambiare il sistema sanitario, a favore dei cittadini. Il SSN non ha bisogno di norme per essere rivitalizzato ma di nuova 'governance' che sappia valorizzare la capacità manageriale là dove si trova, senza discriminazioni di sesso, con una organizzazione del lavoro che lo consenta. Il Pnrr destina molti fondi alla sanità: non siano dedicati alle strutture materiali - il mattone - ma alle infrastrutture per la formazione, la digitalizzazione, ecc. servizi e strumenti che eliminano le distorsioni alla parità. Una famiglia serena delle donne medico favorisce migliore produttività e senso di appartenenza. Si analizzino i motivi per cui oramai troppi medici lasciano il lavoro nel pubblico per rifugiarsi nel privato. È una analisi indispensabile da parte di un sindacato che deve pretendere anche norme contrattuali che garantiscono parità, meritocrazia validata con una metrica chiara e trasparente, luoghi di lavoro conformi alla dignità dei professionisti e delle persone prese in cura. La prossimità non è quella delle barelle in un pronto soccorso, girone infernale anche per i medici non solo per i ricoverati. L'esempio del pronto soccorso induce ad affrontare le modalità di lavoro che non possono essere affidate al singolo professionista, in solitudine. Il team - non l'equipe - rendono efficaci gli interventi, fanno crescere la conoscenza, distribuiscono responsabilità. Si partecipa per competenze e non per gerarchia, quindi senza discriminazioni di sesso. Il top manager dal team dei professionisti ricava indicazioni per la distribuzione di spazi e di funzioni ed anche in questo caso non solo non sarebbero discriminate le donne ma emergerebbe un loro 'occhio femminile' nel migliorare gli spazi e la funzionalità.

Serve a tutti porgere attentamente l'orecchio alle conferenze delle donne avviate da Sandra Morano. È talmente evidente che un mondo adatto alle donne sarebbe più facile anche per gli uomini!

Giovanna Vicarelli, Sociologa, Università Politecnica delle Marche

## Le donne medico tra identità professionale e identità di genere

### Un invitato di pietra

A poco più di due anni dall'inizio della pandemia da Covid-19 e di fronte al Piano di Rilancio e Resilienza (PNRR) approvato dal Governo Draghi, il mondo medico si è interrogato sul futuro della professione e più in generale del Servizio Sanitario Naziona-

le (SSN). Il 21 aprile, a Roma, "la questione medica" è stata portata dinanzi alle autorità istituzionali ed è stata discussa da tutte le componenti professionali. In questo grande consesso, però, era presente un invitato di pietra: le donne medico. Esse costituiscono pressoché la metà degli iscritti agli Ordini Provinciali (45% del totale nel

2022) e dei medici del SSN (48% del totale nel 2019), sono più della metà dei laureati in medicina (56% nel 2020) e dei nuovi assunti nel sistema sanitario pubblico (59,9% nel 2019), ma sono poco rappresentate nella governance professionale (10% dei presidenti degli Ordini professionali nel 2022) e nella dirigenza delle Aziende Sanitarie (17,2% dei dirigenti di struttura complessa nel 2019). Non meraviglia, quindi, che al Teatro Argentina di fronte al Ministro della Salute esse non abbiano di fatto avuto voce. Eppure, le donne medico vivono oggi (come gruppo e come singole professioniste) una fase trasformativa della loro storia che si intreccia con una fase trasformativa delle nostre società, delle nostre economie, dei nostri sistemi politici che

Giovanna  
Vicarelli

dovrebbero porle nella condizione di prendere la parola per contribuire a realizzare un cambiamento delle strutture istituzionali, organizzative e di prassi del SSN alla luce della loro specifica identità professionale e di genere.

### Da marginali a protagoniste

La storia delle donne medico in Italia conta 145 anni se si prende come punto di avvio la data della prima laureata in medicina: Ernestina Paper a Firenze nel 1877. In questo arco di tempo le dottoresse sono passate attraverso grandi trasformazioni<sup>1</sup>. Inizialmente si sono poste come pioniere per gli anni che vanno da fine Ottocento ai primi venti anni del Novecento quando arrivavano al massimo al 2% dei laureati (nel 1922-23); quindi come **dottoresse ambivalenti** nel periodo fascista quando il loro numero oscillava tra il 3 e il 5%; come **vestali** della professione negli anni del dopoguerra quando sono salite gradualmente al 10% (a.a. 1960-61) restando però ancorate a posizioni marginali (di assistenti o di aiuto) e chiuse dentro alcune specialità (soprattutto pediatria), negandosi spesso una propria vita coniugale e familiare; come **emancipate** quando nel corso degli anni Settanta hanno raddoppiato il loro numero (20% nel 1975-76) aprendosi ad altre specialità, seppure connotate al femminile; infine come **professioniste** dall'istituzione del SSN fino al 2004/5 in cui si è raggiunto 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 in tutte le specialità, senza però sfondare il cosiddetto tetto di cristallo. 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.

### Un SSN creato e trasformato

Da cosa è caratterizzato il contesto entro cui avviene questo processo di cambiamento numerico e funzionale delle donne medico in Italia? Quale intreccio di relazioni ed interdipendenze si presenta negli ultimi 40 anni dentro e fuori il SSN? In un mondo politico governato da logiche neoliberiste, entro una economia caratterizzata dalla globalizzazione e dalla finanziarizzazione, in una società che inneggia all'individualismo egoistico ed edonistico, il SSN è stato crea-



### Per essere dirigenti e donne in un SSN rinnovato

Alla luce dei processi convergenti che sono stati qui richiamati, le donne medico dell'ANAAO-Assomed si sono più volte riunite a congresso ed hanno dato vita, negli ultimi anni, ad un processo di riflessività che mira ad identificare gli strumenti e i contenuti di un inedito protagonismo femminile tanto nel sindacato quanto nel sistema sanitario tutto. Si tratta, in altri termini, di una lenta ma profonda costruzione di identità che le donne medico si trovano per la prima volta a pensare e forgiare. La sfida, infatti, è quella di assumere il peso di due cambiamenti concomitanti entro una cornice di genere.

Il primo cambiamento riguarda il pensarsi e l'agire come "dirigenti" sanitarie accettando di lasciare un ruolo esclusivamente rivolto alla clinica medica per confrontarsi con logiche gestionali e manageriali divenute ormai imprescindibili. In questa prospettiva la letteratura individua l'emergere di un "nuovo professionalismo organizzante" che si distingue tanto dal "professionalismo puro" di carattere libero-professionale che da "un professionalismo burocratico" proprio di sistemi gerarchici ed amministrativi rigidi<sup>3</sup>. Tale nuovo professionalismo enfatizza l'Evidence Based Medicine, l'empatia verso i pazienti, il lavoro in equipe e con le altre figure professionali, il miglioramento continuo e la valutazione inter e intraprofessionale.

Il secondo cambiamento riguarda il pensarsi e l'agire entro un sistema sanitario pubblico (ma anche privato) che necessita di grandi cambiamenti tanto rispetto alle dinamiche riduttive degli ultimi decenni (con le sue distorsioni) quanto rispetto ai nuovi scenari di salute e di cura dopo l'impatto della Covid-19. Porsi entro questi cambiamenti in una ottica attiva richiede un cambio di passo delle donne medico che le porti ad interrogarsi anche sulla loro specificità di genere. Cambiare, infatti, nelle due direzioni sopra richiamate entro una cornice di differenza è la sfida ulteriore che le donne medico oggi si trovano ad assumere. Una sfida non semplice, sia perché inedita per la professione, sia perché i tempi chiedono di immaginare una logica della differenza assai più articolata e complessa che in passato. Se e quanto le mediche italiane saranno in grado di assumere questo ruolo è compito anche di un sindacato rivolto al futuro come l'ANAAO-Assomed con i suoi organi di formazione al femminile sta dimostrando di essere.

to e trasformato contemporaneamente secondo due linee di tendenza (cioè l'aziendalizzazione a base puramente economicistica e la riduzione delle risorse finanziari e lavorative) e quattro distorsioni rispetto ai principi fondatori della legge 833<sup>2</sup>. Si tratta, in primo luogo, di una distorsione di **natura distributiva** perché a più di quaranta anni dalla legge 833, non si è ancora giunti a garantire modalità di uguale trattamento sanitario dei cittadini, nonché livelli di salute simili per tutta la popolazione. La seconda distorsione **ha natura strutturale** e si identifica con il regionalismo differenziato di cui la mobilità sanitaria rappresenta probabilmente l'indicatore più evidente e che drena risorse dalle regioni più povere e meno performanti verso regioni più ricche e maggiormente performanti. La terza distorsione **ha natura culturale** ed è relativa all'orientamento alla malattia. Un orientamento che trova espressione tanto nella scarsa rilevanza che la prevenzione assume nel complesso dei servizi sanitari, quanto nella prevalenza di un tradizionale modello organizzativo fondato sulla cosiddetta "medicina d'attesa". La quarta distorsione è di **carattere funzionale** e si può riassumere nel concetto di ospedalocentrismo, ovvero nella ancora persistente centralità dell'ospedale quale perno e asse portante del sistema sanitario, anziché dei servizi territoriali come richiederebbero gli alti tassi di cronicità e di invecchiamento della popolazione.

QUARTA  
CONFERENZA  
NAZIONALE  
DONNE  
ANAAO  
ASSOMED  
**CONTRIBUTI**

<sup>1</sup> Vedi 2008 G. Vicarelli, *Donne di medicina. Il percorso professionale delle donne medico in Italia*. Bologna, Il Mulino

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

<sup>3</sup> Vedi 2021 Spina E. e G. Vicarelli, *Verso un nuovo professionalismo medico*, in Pipan T. e G. Vicarelli (a cura di), *La sociologia e la sfida della formazione manageriale in sanità*, in *Salute e Società* n. 1, pp. 55-71

Lucia Di Furia, Dirigente Medica AV2 ASUR Ancona

# Anatomia della crisi di un sistema.

## Is there no alternative?



**Affrontare il tema** della sanità e della sua organizzazione senza ripartire da una analisi del contesto attuale, che in larga misura è costituito dal post-pandemia, sarebbe sterile. La Pandemia da Covid-19 ha costituito una esperienza traumatica per l'intero sistema sanitario. Le maggiori criticità che sono emerse sono state la totale impreparazione ad una pandemia di tali proporzioni. Di fatto ci si è trovati ad affrontarla senza:

- conoscenza concreta del fenomeno;
- riferimenti normativi internazionali e nazionali;
- competenze specifiche organizzative ed assistenziali;

cui si è affiancata l'obsolescenza dei Piani nazionali e regionali Pandemici.

Con le necessità emergenti della pandemia, i turni si sono susseguiti in maniera massacrante e chi organizzava risposte ha dovuto lavorare in equipe per garantire le risposte più efficaci senza risparmiarsi in tempo e impegno da dedicare agli obiettivi di salute. "Soffrire è stato anche un dovere" purtroppo.

Durante la pandemia il modello di riferimento della risposta sanitaria aveva testimoniato tutti i suoi limiti. Per citarne solo alcuni:

- suddivisione del sistema organizzativo a compartimenti stagni;
- numeri dei posti letto ospedalieri insufficienti;
- numero posti letto territoriali riabilitativi insufficienti;
- presa in carico del territorio carente;
- sistema della prevenzione carente (negli anni la compagine spesso più colpita dai tagli del personale);
- carenza di personale dopo anni di blocco del turn-over per rientrare nei parametri di norma (-1,4% del 2014);
- personale demotivato e stanco;
- personale assente nella programmazione aziendale;
- burocratizzazione della risposta sanitaria a scapito di efficienza ed efficacia della stessa;
- incapacità di sviluppare gare con caratteristiche rapide e non iperburocratizzate;
- differenze tra regioni in termini di potere di acquisto di DPI;
- difficile cooperazione tra gli attori del sistema (nazionali, regionali, aziendali);
- totale assenza di elasticità organizzativa

“**La composizione dell'universo lavorativo sanitario si è completamente spostato negli ultimi decenni a favore di una enorme compagine femminile ma i modelli sono restati quelli costruiti su misura per l'universo maschile**”

QUARTA  
CONFERENZA  
NAZIONALE  
DONNE  
ANAAO  
ASSOMED

**CONTRIBUTI**

nel sistema sanitario e socio-sanitario. È un dato di fatto che con la Pandemia tutto il sistema socio-sanitario è stato messo a dura prova e tutti gli operatori sono stati chiamati a sforzi operativi enormi per garantire la salute dei cittadini.

Nella mia esperienza si è privilegiato il lavoro di gruppo consentendo un miglioramento sul versante cognitivo (quali sono le informazioni che si conoscono sull'argomento in discussione?), sul versante metacognitivo (che tipologia di riflessioni ognuno mette in campo?) ed infine sul versante emozionale/relazionale (come ci si rapporta con gli altri partecipanti?) consentendo di ridurre le tensioni e lo stress lavorativo. Durante la pandemia è emersa come caratteristica forte la necessità di *cooperazione* tra tutti i professionisti, a tutti i livelli delle aree della prevenzione, ospedale e territorio, tradizionalmente separate in logica di silos. Non si poteva lavorare in modalità separata ma tutti potevano e dovevano contribuire indipendentemente dall'appartenenza ad un settore piuttosto che ad un altro. In tutti i sistemi lavorativi esiste la differenza di genere che si riflette sui modelli lavorativi. Nella sanità tale differenza viene il più spesso negata e più si sale nel livello organizzativo/gerarchico, più viene a perdersi fino a giungere ad una leadership che il più delle volte è indistinguibile tra i due sessi. A livello professionale è indubbio che nel corso della Pandemia la risposta maggiore l'hanno data le donne che oramai costituiscono la maggioranza della forza lavoro e che forse si sono mostrate più flessibili, più abili a trovare soluzioni per rispondere al meglio ai bisogni emergenti di salute anche in termini organizzativi. Una delle abilità principali dell'universo femminile è quella di saper lavorare in gruppo in maniera trasversale ed interdisciplinare. Ci sono studi che parlano di stereotipi quando si affronta la differenza tra leadership maschile e femminile e sostengono, a mio avviso non a torto, che di fatto un leader può assumere uno stereotipo più di tipo femminile o più di tipo maschile indipendentemente dal sesso di appartenenza. Tuttavia ci sono molti studi sul tema che tendono comunque a differenziare il modo di essere leader da parte dei due sessi.

1 Vinnicombe (1987) ha dimostrato ado-

perando il Myers Briggs Type Indicator (MBTI) e differenziando tra tradizionalisti, catalizzatori e leaders visionari come le donne managers appaiono differenti dai loro colleghi uomini. I risultati mostrano una preponderanza di tradizionalisti tra gli uomini (60% uomini, 29% donne), mentre le donne si distribuiscono di più lungo un approccio visionario e catalizzatore. I visionari sono i leader più strategici, mentre i catalizzatori si distinguono per le loro capacità nelle relazioni pubbliche al lavoro.

2 Alimo Metcalé (1995) esplicita come le donne in posizioni di leadership siano motivate più dal raggiungere gli obiettivi dell'azienda piuttosto che dalle promesse di promozione, e come siano più interessate a posizioni che comportano uno sviluppo personale. Questa tendenza indicherebbe che molte donne sono interessate al cambiamento e alla trasformazione come sviluppo di carriera.

Nel luogo di lavoro il più delle volte si tende a negare la propria femminilità anche attraverso un linguaggio corporeo il meno femminile possibile e si usano gesti e mimica utilizzati dall'universo predominante che è ai livelli più elevati, apicalità aziendale è significativamente occupata dall'universo maschile. Si lavora più facilmente in relazioni individuali e meno in relazioni interdisciplinari e trasversali.

Il luogo di lavoro risente delle differenze di genere necessariamente ma tutti ci omologhiamo al modello maschile e aziendalistico, e tutti viviamo l'ambiente di lavoro esclusivamente in modo individuale e estremamente competitivo. Non si cercano alleanze nel mondo del lavoro e paradossalmente le donne le cercano anche meno degli uomini.

Nel corso della Pandemia il mondo della sanità è rimbalzato in tutte le case e si è scoperto quanta poca attenzione viene data a questo mondo anche in termini economici. Si è cambiato il paradigma della sanità vista come unicamente come dispendio di risorse e per una volta se ne è parlato come il luogo di cura incaricato di rispondere ad un evento emergenziale di portata colossale. Nel contempo si è aperto il dibattito sulle lacune del sistema a cui, nonostante due anni passati, ancora non vengono date le dovute risposte. L'occasione d'oro delle risorse del PNRR, dovrà essere adeguatamente accompagnata da una revisione a fondo del modello organizzativo che consentirà, dopo la fase di acquisti (strutture, digitalizzazione, sostituzione delle apparecchiature diagnostiche obsolescenti), di dare una reale svolta al modello di assistenza ponendo al centro del sistema il cittadino attore delle cure, attore della sua salute, coinvolgendolo e coinvolgendo i professionisti per creare nuovi modelli e nuovi saperi.

Sarà necessario ripensare i luoghi e le modalità di lavoro ripensando il ruolo delle professioni ed il loro apporto nella sanità, allo scopo di sviluppare competenze diverse anche relative alle differenze di genere nella cura. Tuttavia cambiare i modelli di riferimento dovrebbe consentire stesse aspettative a uomini e donne.

Il sistema dell'aziendalizzazione va ripensato in toto. Anche la separazione degli enti del territorio dalle aziende ospedaliere ha creato un divario insanabile.

L'organizzazione che ha configurato la sani-

**Enza Caruso, Ricercatrice Finanza Sanitaria**  
Dipartimento Scienze Politiche Università di Perugia

## I limiti della capacità produttiva in sanità

tà attuale è stata pensata per chi ci lavorava negli anni 80 non per chi ci lavora attualmente ed in ogni caso mai pensata per le differenze di genere di chi ci lavora e di chi riceve le cure e men che meno per dare risposte ai cittadini, ma centrata su sé stessa.

La composizione dell'universo lavorativo sanitario si è completamente spostato negli ultimi decenni a favore di una enorme compagine femminile ma i modelli sono restati quelli costruiti su misura per l'universo maschile e a ben vedere deleteri anche per loro. L'individualismo e la competizione come valori da perseguire tra professionisti, tra unità operative tra aziende al posto della cooperazione, della collaborazione della compartecipazione a scelte di salute. Tutte le difficoltà e la necessità di integrare l'ospedale con il territorio ne sono un esempio lampante.

Forse vanno ripensati i modelli formativi a partire dall'accesso all'università di medicina. Nel corso degli Studi medici, durante la formazione di base e specialistica, devono essere considerate le differenze dei cittadini (differenze di genere, differenze dovute alla disabilità, alla fragilità, alla cronicità, etc) anche solo nei termini della loro abilità a chiedere interventi sanitari e socio-sanitari. La sanità deve essere medicina di iniziativa proattiva e non attendista, molti cittadini restano esclusi dalle cure perché non sanno e non possono esprimere i loro bisogni di salute.

E ancora, è sufficiente a formare i direttori generali l'attuale modello formativo? I master in management sanitario sono adeguati?? Realmente utili o costituiscono un atto dovuto? Chi ha sviluppato competenze sufficienti per divenire direttore sanitario o direttore generale ha sviluppato abilità di ascolto con i pazienti?? Per comprenderne realmente i loro bisogni? E ancora è corretto che in sanità a dirigere medici, infermieri, tutti gli operatori sanitari ci siano economisti, avvocati, ingegneri come se realmente si trattasse di essere il CEO di una qualunque azienda?

L'emergenza non è solo pandemia, l'emergenza è sisma, allagamenti, emergenze nucleari, black-out informatici, etc; emergenza è quello che non ti aspetti. Impariamo ad immaginare che in queste situazioni la sanità deve essere garantita e che è necessario essere flessibili e capaci di adattamento.

E infine siamo certi che continuare ad affrontare con i DM relativi la sanità (DM 70, DM 71, etc) in modo frantumato sia il miglior modo di ripensare la sanità, la salute??

Le scelte fatte in pandemia per garantire la risposta all'emergenza, tutte scelte dolorosamente prese, saranno pagate dai cittadini nei prossimi anni in termini di ritardi diagnostici e peggioramento dello stato di salute e relativa qualità di vita; sarà pagato dalla società tutta in termini di minor aspettativa e qualità di vita dei cittadini e di costi assistenziali più elevati.

### Esiste una alternativa?

Rispondere non è facile ma provarci è doveroso rivedendo l'intera filiera assistenziale e le logiche che la governano ricordando la lezione imparata: sviluppare resilienza vuol dire sviluppare flessibilità che unita alla collaborazione, superando definitivamente il sistema competitivo, forse può essere alla base di una minor sofferenza nell'ambiente di lavoro e tradursi in salute per i cittadini.

### I limiti della capacità produttiva in sanità (1)



**SSN 2010-2019, gli anni dell'austerità:**  
persi 46.000 posti di lavoro; tagliati 36.000 posti letto; lo spazio occupato dal mercato è aumentato e non ha favorito investimenti sostenibili in sanità preventiva e territoriale (nelle RSA i grandi gruppi finanziari investono liquidità in forma redditizia, rafforzati gli incentivi fiscali per le assicurazioni private).

**SSN 2020-2021, gli anni dell'emergenza sanitaria:**  
potenziamento personale divenuto merce scarsa; incremento contratti specializzanti; aumento posti letto terapia intensiva e semintensiva; rafforzamento territoriale; 7,2 mld spesi nella campagna di vaccinazione

### I limiti della capacità produttiva in sanità (2)

Le regioni hanno reagito con differenti modalità alla crisi confrontandosi con i limiti organizzativi e strutturali dei SSR (in mancanza dei servizi territoriali non hanno né saputo né potuto spendere le risorse e la flessibilità introdotta con il decreto sostegni bis è servita a coprire i disavanzi prodotti).

Il PNRR destina 7 mld al territorio e 8,6 per ospedale, ricerca e digitalizzazione. È in corso la definizione degli standard territoriali (DM71/22) per ridisegnare la rete dei servizi sanitari.

Risultati e previsioni di finanza sanitaria (mld di euro)						
	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Spesa sanitaria SEC risultati	115.661	122.721	127.834			
Spesa programmatica LB 2022(*)			131.299	128.052	127.305	129.293
Tendenziale DEF (**)				131.710	130.734	128.872
% Pil	6.4%	7.4%	7.2%	7.0%	6.6%	6.3%

(\*) La spesa programmatica 2021 include l'incremento del fondo farmaci-vaccini inserito nel decreto fiscale  
(\*\*) le nuove previsioni includono i DL approvati nel 2022 e le economie di spese portate a nuovo

### Oltre il mattone nella sanità restano i problemi aperti (3)

Le previsioni di spesa del DEF 2022 non includono le necessità di personale a supporto della spesa per investimenti del PNRR. Argomenti di allocazione delle risorse ancora troppo evasi negli spazi di discussione e contrattazione politica:

- Espandere la spesa corrente con assunzioni di personale, superando i vincoli vigenti;
- Riformare la medicina di base e le scuole di specializzazione;
- Ridefinire i sistemi di remunerazione delle prestazioni (dalle singole prestazioni al pacchetto della presa in carico nei percorsi di continuità assistenziale);
- Integrare ospedale-territorio ponendo un freno all'autonomia di regioni e AO.

La prevenzione è necessaria ma resta sottofinanziata: la concezione One Health, ripetutamente indicata nel PNRR, richiederebbe che la prevenzione da ruolo residuale divenisse centrale. La bozza di decreto PNRR istituisce il Sistema nazionale prevenzione salute dai rischi ambientali e climatici con 50 mln ...

QUARTA  
CONFERENZA  
NAZIONALE  
DONNE  
ANAAO  
ASSOMED  
  
**CONTRIBUTI**

Rosetta Papa, Già Direttrice UOC Salute Donna ASL Napoli 1

Da volume di prossima uscita – Ed. Guida Napoli

# Disuguaglianze e salute

## La Scoperta delle Disuguaglianze

Durante questo lungo tempo in cui la pandemia ci sta costringendo a vivere un quotidiano modificato, anzi di più, stravolto, tutti noi avvertiamo sempre più pressanti il desiderio e la speranza che tutto finisca al più presto per ritornare alla vita di 'prima'. Il vocabolario Treccani attribuisce alla parola 'prima' il significato di avverbio con va-



Rosetta  
Papa

lore temporale e indica anteriorità nel tempo rispetto a un fatto o a un momento determinato, chiaramente o implicitamente espresso. L'evento che ha determinato la imprevedibile interruzione di quell'*unicum* che è lo scorrere del tempo, cioè definendo un 'prima' e un agognato 'dopo', è rappresentato dalla pandemia da Covid-19.

Il desiderio, in questo caso, presuppone il rimpianto, la nostalgia, la voglia di tornare ad una dimensione nella quale si stava meglio. Ma la speranza non è solo nel tornare a viaggiare, incontrare gli amici, abbracciarsi e baciarsi senza questa, sia pur provvidenziale protezione, che ha però omologato i nostri volti confinandoli in una asettica amimia; l'aspettativa, forse, è ancora più ambiziosa, sta piuttosto nel tornare, sì, alla vita di prima, ma possibilmente dimenticando quanto accaduto, come un neonato che non ricorda nulla della sua vita fetale pur avendo interagito visceralmente con lo stato d'animo della mamma, con la musica che lei ha ascoltato e con il rassicurante ritmo del suo cuore. Ma, pur non ricordando nulla della vita intrauterina, ciascuno di noi porta con sé tutti i messaggi ricevuti durante quel periodo, così come l'epigenetica ha dimostrato. Questa pandemia, anche per quanti non hanno avuto occhi per guardare e cuore per vedere, rimarrà dentro ciascuno con il suo carico di sgomento, di dolore, di paura.

Come un terremoto che improvvisamente annulla la percezione di stabilità della nostra casa, delle pareti che ci proteggono, del pavimento che ci sostiene, degli spazi a cui di notte affidiamo totalmente il nostro corpo, quindi la nostra vita, così la pandemia da Sars-Cov2 ha svelato in maniera fulmi-



na e brutale la precarietà del nostro vivere, polverizzando le certezze di un quotidiano che davamo per scontato, come appunto la solidità della nostra casa, riconsegnando noi stessi e la nostra vita a quella 'precarietà' che tutti preferiamo negare. Se volessimo racchiudere in una sola parola quale è stato l'aspetto più drammatico della realtà che la pandemia ci ha imposto di guardare, senza alcun filtro, quella parola sarebbe: provvisorietà, con tutti i suoi sinonimi: fragilità, incertezza, insicurezza, transitorietà, precarietà...

Angel Luis Lara, in un suo articolo pubblicato nell'Aprile 2020 su *El Diario* scriveva: "Da tempo la ragione neoliberista ha convertito ai nostri occhi il capitalismo in uno stato di natura. L'azione di un essere microscopico, tuttavia, non solo sta riuscendo ad arrivare anche alla nostra anima, ma ha spalancato una finestra grazie alla quale respiriamo l'evidenza di quel che non volevamo vedere."

Ma purtroppo o per fortuna abbiamo visto. Complice l'informazione che ha, intempestivamente, denunciato la inadeguatezza di tutti i sistemi sanitari, da quello italiano a quelli europei fino all'OMS, impedendo così a tutti noi di rifugiarsi, di fronte alla paura, in quella dimensione salvifica rappresentata dalla delega, abbiamo toccato con mano, durante la fase iniziale della pandemia, la colpevole impreparazione di un sistema di fronte ad un evento certamente raro, ma sottovalutato in quanto previsto. Il virus ha fatto esplodere la contraddizione: la malattia da Covid-19 ha riguardato e riguarda tutti, come tutte le pandemie della storia, indistintamente e contemporaneamente. Ci siamo sentiti tutti bersagli in-

nocenti, ma ad un tempo drammaticamente consapevoli di fronte ad un nemico contro cui inizialmente le armi a disposizione erano ancora inesistenti. La parola *arma* evoca l'esistenza di una guerra, termine molto adoperato durante la pandemia, ma a nulla sarebbero servite 'quelle' armi come bombe, missili e carri-armati e neanche quei patetici e terrificanti muri eretti tra Stati avrebbero potuto impedire la circolazione del virus.

Durante il primo lock-down, l'Italia è stata invasa da cartelli, striscioni, tute di sanitari e disegni di bambini, proposti come un mantra, raffiguranti tutti un ottimistico arcobaleno, preludio del bel tempo dopo la tempesta, con un propiziatorio 'andrà tutto bene'. Purtroppo così non è stato.

Anche quella coesione sociale suggerita dalla frase 'ne usciremo migliori' si è dileguata come le note delle canzoni che venivano intonate dai balconi per esorcizzare la paura e per il desiderio autentico, allora, di sentirsi "comunità". Ora sappiamo che 'Non va Tutto Bene' e soprattutto non andava tutto bene già prima, ma, immersi in un quotidiano sempre più concentrati su noi stessi, non eravamo consapevoli di quanto accadeva fuori. È chiaro a tutti che la pandemia, a cui ormai si vuole attribuire qualsiasi danno, ha una responsabilità limitata. Di fatto il virus ha sollevato il tappeto sotto cui le politiche neoliberiste hanno nascosto ben bene quel virus più grave ed aggressivo, che miete molte più vittime ogni giorno e che contrariamente al Sars-CoV 2 non può essere identificato in alcun laboratorio al mondo.

Solo il nome è chiaro: disuguaglianza.

QUARTA  
CONFERENZA  
NAZIONALE  
DONNE  
ANAAO  
ASSOMED  
**CONTRIBUTI**

# TESTIMONIANZE

QUARTA  
CONFERENZA  
NAZIONALE  
DONNE  
ANAAO  
ASSOMED

## Simona Bonaccorso

Direzione Nazionale  
Anaa Assomed

**Sono un'anestesista** rianimatrice e da cinque anni lavoro presso l'ospedale Cannizzaro di Catania; nei dieci anni precedenti ho lavorato presso l'ASP di CT, prima presso l'Ospedale di Bronte, che ha visto il mio ingresso nel mondo del lavoro, poi presso l'Ospedale di Acireale. Faccio parte, fin dal suo inizio, del programma di crescita dell'Area Formazione Femminile, un punto di incontro che per me ha costituito occasione di stimolo e di confronto in un particolare momento storico pieno di difficoltà, di insoddisfazione e di solitudine professionale. *“La sanità che vogliamo, le cure orientate dalle donne”*, alla cui stesura nell'anno 2020-2021 ho partecipato insieme alle colleghe del gruppo, è un libro/documento che rappresenta una vera testimonianza, il racconto di vite vissute che si esprime attraverso le emozioni, la passione, il desiderio di essere protagoniste.

*Perché uno sguardo al femminile?* Perché l'Italia è il primo Paese in Europa ad avere più medici donne, con una percentuale superiore al 65%, che rappresenta il futuro della nostra Sanità in quanto coinvolge le fasce d'età tra i 42-51 anni e tra i 32-41 anni. Il SSN oggi si regge pertanto per due terzi sulla presenza e sul lavoro delle donne, saremo noi a dover governare la sanità dei prossimi anni con uno sguardo attento alle aspettative e ai legittimi bisogni troppo spesso disattesi.

L'insoddisfazione tra i professionisti della salute è oggi estremamente profonda, da nord a sud, lo dicono i risultati della Survey Anaa Assomed 2022, diretta proprio alle donne mediche e dirigenti sanitarie, presentata alla IV Conferenza Nazionale Donne Anaa: che cosa emerge da ognuno di noi? Emerge il desiderio di umanizzazione degli ambienti e dei rapporti di lavoro, quindi umanizzazione delle cure e dell'organizzazione, meritocrazia ed equità, programmi di crescita e formazione, comunicazione e condivisione, elementi condizionanti il benessere.

L'insoddisfazione è oggi tale da non essere solo una realtà denunciata, ma un disagio che determina un vero e proprio esodo verso il sistema privato o forme alternative di lavoro, un *“si salvi chi può”*, fenomeno ormai noto come la *“Great Resignation”*, con l'unico scopo per colleghi e colleghe di ritrovare tempo per la propria vita e valore per la propria professione.

Dentro questo scenario noi dirigenti mediche e sanitarie pensiamo che non si possa più combattere l'insoddisfazione e il malessere crescenti proponendo solo aumenti dei salari o mezzi di conciliazione vita privata/lavoro, perché pur contrattualmente già previsti non sono applicabili a un siste-



Simona  
Bonaccorso



**Emerge il desiderio di umanizzazione degli ambienti e dei rapporti di lavoro, quindi umanizzazione delle cure e organizzazione, meritocrazia ed equità, programmi di crescita e formazione, comunicazione e condivisione, elementi condizionanti il benessere**



Santina  
Castellino

ma sofferente! Abbiamo compreso che occorre andare oltre le solite dibattute tematiche della conciliazione, asili nido, part time, indennità economica del disagio e altri sussidi peraltro non sempre utilizzabili realmente. Denunciamo viceversa la mancanza di strategie politiche adatte al superamento di questa crisi, credendo che non si tratti solo di un problema di carichi di lavoro.

Partendo dal significato di *“care”*, ovvero del prendersi cura, abbiamo compreso che non si può superare alcun problema se non si riparte dal valore e dal significato della cura, che è un *“lavoro inestimabile”* che sfugge alla misura degli strumenti di valutazione manageriale così asetticamente concentrati sulla minore spesa possibile”, (Pascal Molinier, *“Care: prendersi cura”* Morretti&Vitali, Bergamo 2019.)

Disapprovando l'attuale management sanitario e le finalità dell'azienda, troppo lontana, per sua stessa natura, dalla salute come bene comune, *“La sanità che vogliamo”* ha creato di fatto un laboratorio di idee. Racogliendo, soprattutto durante la pandemia, il disagio e la quotidiana stanchezza percepita tra le corsie, si è strutturata in un vero programma: la Sanità orientata dalle donne, un auspicio vero e proprio cambiamento, che propone il superamento di modelli organizzativi che a nostro avviso hanno fallito, sia nella capacità di allargare cure adeguate alla collettività sia in quella di tutelare salute e benessere nell'ambito del sistema sanitario.

## Santina Castellino

Dirigente Medica  
Nefrologa Ospedale  
di Taormina

**Combattere è una parola** che attraversa tutti i miei ricordi, da studentessa di Medicina iscritta al Movimento Studentesco e poi da medica al lavoro in Ospedale e nel Sindacato

La parola non ha per me una connotazione negativa: combattere per un'idea di lotta di classe e per i diritti delle donne, e poi ancora per i diritti contrattuali di noi medici e per i diritti dei pazienti ad avere un sistema sanitario pubblico e ben organizzato, è stato in qualche modo il filo conduttore della mia vita lavorativa. Alla fine degli anni 80 come giovane segretaria aziendale Anaa mi battevo insieme ai colleghi, prevalentemente maschi, in animate e affollate assemblee sindacali per un giusto riconoscimento contrattuale e dei diritti per i medici, e per una sanità più equa e più moderna per i cittadini; i cittadini a loro volta ci stavano accanto, dividevano anche forme estreme di protesta come gli scioperi ad oltranza, capivano le nostre ragioni. Portavo

gli striscioni in corteo con i colleghi maschi: la questione medica femminile era di là da venire, accettavamo in qualche modo le iniquità sul lavoro e il sindacato al pari di altre organizzazioni era composto prevalentemente da uomini: un *“old boys network”* che occupava regolarmente le cariche sindacali. Vi era una certa sofferenza, si avvertiva già la mancanza di equità di genere, il potere era tutto nelle loro mani.

Secondo un articolo recentemente pubblicato a marzo 22 su NEJM *“Medicine is not Gender neutral - She is male”* i cambiamenti demografici della workforce medica hanno rivelato una scomoda verità: e cioè che la professione medica è concepita come maschile per il semplice fatto che storicamente è stata prevalentemente maschile. Le precedenti generazioni, in quel contesto, ha imposto la sanità, in tutti suoi aspetti, in una modalità escludente per le donne che vi lavorano. Però la professione sta cambiando, e anche se la presenza di tante donne in Medicina non ha ancora del tutto cambiato le cose, l'evidenza è chiara: gli approcci tradizionali non hanno funzionato. Può esistere una medicina che lavora diversamente? Ho cominciato il percorso con il gruppo Area Formazione Femminile Anaa nel 2019 e l'innamoramento è stato immediato. Il nostro percorso è nato dai numerosi incontri, anche nei tempi della pandemia e in tutti i luoghi in cui abbiamo potuto vederci e parlare: di filosofia, dei nuovi spazi e architetture della sanità, della maternità vissuta e assistita, della necessità di Innovare e Rinnovare, con lo sguardo e le idee delle mediche, organizzazioni, competenze, scenari, human stories. La consapevolezza che tutto è già cambiato e che il futuro dovrà cambiare è arrivata così: improvvisa, come una sorta di insight, intuizione che ha collegato tutti gli elementi in una visione innovativa e piena di significato. Dall'esperienza del Gruppo Formazione Femminile io ho imparato questo, e credo che questo valga anche per le altre: possiamo certamente pensare di coinvolgere in questa campagna (o imperativo etico) gli uomini, ma il percorso di cambiamento culturale, la consapevolezza e presa di coscienza che la realtà è cambiata devono partire da noi.

Certamente le organizzazioni, e gli uomini, dichiarano che uomini e donne sono trattati con equità anche se loro si attribuiscono più carisma e autorevolezza; e soprattutto che la crescita della professionalità nelle posizioni apicali non è una priorità e anzi, non serve impegnarsi perché avverrà in modo naturale e se serviranno altri venti anni poco importa; in realtà quando c'è da passare all'azione i pregiudizi inconsci entrano in gioco, cresciamo tutte/i in una cultura maschile, e quando gli uomini dichiarano che la parità si raggiungerà fra 10 anni vuol dire semplicemente che per loro non è in agenda.

Quando penso al nostro cambiamento culturale mi viene in mente una piccola figura

umana, vista su un manifesto Anaao, che rompe i muri che la imprigionano con un grande piccone, oppure le parole di una canzone del 1979 dei Pink Floyd, *The wall: mi dice che non abbiamo bisogno di controllo né di maestri. Non abbiamo bisogno di quella educazione né di sarcasmo oscuro* (e sofferenza nei luoghi di lavoro). Sono solo altri mattoni sulla parete.

E allora da dove ricominciamo? Il cambiamento culturale è già dentro di noi. C'è una parola che descrive il grande ribollimento interiore che spesso proviamo e che spesso viene descritto da tutte noi. È *Thimos*, il senso per cui capiamo che il cambiamento sta avvenendo e che lo stiamo con forza sostenendo.

La nostra parola deve essere "Coraggio". Abbiamo bisogno di parlare sempre e comunque, di avere accanto le persone che curiamo e la fiducia dei cittadini.

E avere il coraggio di farlo tutte insieme.

## Nunzia D'Abbiere

Direttrice del Dipartimento Diagnostico e della struttura complessa Radioterapia dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

**Negli ultimi 30 anni** il mondo delle organizzazioni sanitarie è stato investito da una serie di riforme che ne hanno modificato profondamente la struttura e l'impianto normativo. L'approccio aziendalistico voluto dalla Dlg 502/92, ribadito dal Dlg 517/93 e confermata dal Dlg 229/00 sicuramente ha avuto il merito di immettere in sanità la cultura del pareggio di bilancio ovvero la capacità di dare risposte a bisogni infiniti con risorse finite, ma in sanità – e questo lo abbiamo visto benissimo nella pandemia - il pareggio di bilancio non è tutto. Non è possibile, in questo contesto, ripercorrere la storia di tutte le "riforme", ma è opportuno evidenziare come molti di essi sebbene vengano definiti "organizzativi" nella realtà sono norme istituzionali e/o regolatorie proposti attraverso strumenti meramente legislativi. L'esito è che si è dato per scontata, assodata, l'organizzazione, come se, data la norma uguale per tutti, ciascuna Azienda Sanitaria potesse adottare al suo interno il modello organizzativo che meglio ritenesse opportuno per raggiungere i propri fini ovviamente sempre all'interno dei vincoli dettati dalle norme vigenti. Ma le Aziende Sanitarie si caratterizzano per essere organizzazioni "brain intensive" e che quindi parte preponderante della sua "capacità produttiva" è dovuta e determinata dalle persone, dal cosiddetto "fattore umano". Ma di questo fattore imprescindibile non c'è menzione all'interno della legislazione vigente se non come definizione di ruoli e quindi dentro una logica meramente burocratica.

L'altro fattore che ha generato la situazione attuale è che l'aspetto "organizzativo" vero e proprio non è stato sufficientemente valorizzato cercando di studiare e proporre



Nunzia D'Abbiere

modelli e metodi adatti al contesto sanitario, ma anzi, a parità di disegno istituzionale si sono generate situazioni reali molto diverse fra loro quanto a condizioni e contenuti dell'esperienza di lavoro. Cioè all'interno di modelli istituzionali identici si sono prodotte realtà organizzative molto differenziate e, in alcuni casi, assolutamente differenti. E comunque i modelli organizzati sono stati sviluppati e applicati a livello macro e molto raramente a livello micro, cioè a livello delle Unità Operative Complesse che possono comportarsi come entità organizzativamente autonome all'interno degli Ospedali e delle ASL. È ben noto, infatti, che i Direttori di SC nella loro job description hanno compiti gestionali (attività, budget, liste d'attesa, etc) e hanno anche qualche item sulla valorizzazione dei medici della UO nel senso di favorire percorsi di crescita, ma di fatto dispongono dei più ampi gradi di libertà nella scelta del modello organizzativo (quando ce l'hanno) e dello stile di leadership. Eppure medici e personale del comparto operano e "vivono" all'interno delle UOC alle quali vengono assegnati ed è in questi luoghi dove colleghi e direttori possono fare la differenza.

Per cominciare a lavorare per migliorare la qualità e le condizioni di lavoro all'interno dell'UOC non si può essere da soli. Nei nostri ospedali tramutati in aziende occorre qualcosa di più, occorre un passo in più della buona tecnica, come spiegava una serie di articoli apparsi sul *British Medical Journal* nel 2001 sotto il titolo "Why are doctors so unhappy?". Occorre, come dice Christophe Dejours in "Si può scegliere: soffrire al lavoro non è una fatalità" "capacità di cooperare, di empatizzare e creare legami" per vedere oltre l'immediatamente visibile, per non soccombere e per pensare e realizzare un modo di lavorare veramente umano.

In questi anni, da Direttrice di SC prima e di Dipartimento dopo, ho provato a imma-

ginare e realizzare un'organizzazione del lavoro all'interno della UOC da me diretta che fosse rispettosa delle persone, medici, tecnici, infermieri, etc, e dei pazienti, nella consapevolezza che non si curano bene i pazienti se non ci si prende cura di chi cura. Ma quanta solitudine, quanta incomprensione ho sperimentato anche da parte dei miei colleghi, spesso uomini. Mi mancava un luogo dove condividere e apprendere, dove confrontarmi e scoprire punti di vista diversi.

Da poco più di un anno ho cominciato, quasi per caso, a frequentare l'Area Formazione Femminile di Anaao ed è stata una scoperta sorprendente: donne serissime, appassionate, combattive, colte e impegnate nella professione medica a tutto tondo con l'ambizione che insieme si può contribuire a cambiare il sistema. Agli inizi di maggio ho partecipato alla Conferenza dell'AFF e non trovo frase migliore per descrivere esperienze e sentimenti di quei giorni se non con questo brano di Italo Calvino tratto da *Le città invisibili*: "L'inferno dei viventi non è qualcosa che sarà; se c'è n'è uno, è quello che è già qui, l'inferno che abitiamo tutti i giorni, che formiamo stando insieme. Due modi ci sono per non soffrirne. Il primo riesce facile a molti: accettare l'inferno e diventarne parte fino al punto di non vederlo più. Il secondo è rischioso ed esige attenzione e apprendimento continui: cercare e saper riconoscere chi e cosa, in mezzo all'inferno, non è inferno, e farlo durare, e dargli spazio."

Ecco, il mio impegno sarà questo: cercare in mezzo all'inferno delle nostre organizzazioni quello che inferno non è, "e farlo durare, e dargli spazio" insieme a AFF, insieme a tutte voi.

## Gruppo Donne Anaa Campania

Rosa Ambrosino,  
Mariateresa Carbone,  
Maddalena Cianfrani,  
Maria Gabriella Coppola,  
Tiziana Di Matola,  
Rosa Dumella De Rosa,  
Marlene Giugliano,  
Lidia Grappone,  
Cinzia Lombardi,  
Fortuna Marcuccio,  
Annamaria Mazzella,  
Vera Mininni,  
Arianna Mottola,  
Anna Naclerio,  
Luciana Petruccio,  
Marina Tarsitano

**Ricordo il mio primo giorno** nel gruppo Donne in Anaa... Fondamentalmente avevo sempre e solo lavorato duramente in un ambiente in cui ero l'unica donna, con un Responsabile che sapeva apprezzare la mia concretezza e il mio pragmatismo ma che, comunque, vedeva le donne come subalterne che non potevano competere per innata "sensibilità" e "fragilità" ad un ruolo apicale, da lui identificato con caratteristiche di aggressività maschile. Mi ritrovai con donne di varia età ed esperienze, alcune più determinate di me, che muovevamo i primi passi in questo nuovo assetto, talvolta accompagnate dallo scetticismo degli stessi sindacalisti maschi. Fondamentalmente nasceva questo movimento, così come quello dei giovani, per una svolta e una modernizzazione del Sindacato. Negli anni successivi il gruppo Donne Campania si distingueva per tenacia, innovazione e idee e ci vedeva sempre più unite, portando alla realizzazione di 4 convegni:

- **2016 Precarietà lavorativa:** ipotesi di guida per la tutela dei diritti negati della donna lavoratrice;
- **2017 Disagio lavorativo:** analisi e prospettive;
- **2019 Aggressioni in sanità:** la salute degli operatori;
- **2022 Sars-Cov2, il virus del III Millennio:** donne protagoniste.

Tali iniziative venivano proposte prima a livello regionale e man mano, con la guida della coordinatrice regionale Marlene Giugliano e di quella nazionale Sandra Morano, a incontri e manifestazioni sempre più di ampio respiro.

Dall'incontro nazionale di Genova in cui si proclamava il definitivo riconoscimento sul campo del movimento, è cresciuta sempre più la consapevolezza e il "Know how" di ciascuna di noi, fino al confronto al femminile con le altre realtà regionali e di seguito fino ai giorni bui della pandemia, dove le donne si sono distinte per abnegazione, coraggio e capacità organizzativa e dove, al di là della talvolta asettica capacità assistenziale e tecnologica, è venuta fuori anche la capacità di accoglienza e di "care" insita nelle donne e così necessaria per il processo di guarigione in Sanità. Chi di noi in passato



osasse aspirare a rompere il cosiddetto "cielo di cristallo" finiva per assumere lo stesso atteggiamento maschile, modificando la propria natura fino a violentarla e spesso dovendo sacrificare se non rinunciare completamente alla propria vita.

La recente pandemia, quindi, riportava a una logica di squadra e di lotta comune anche in assenza di strumenti, e non più quindi solo a scalate ai vertici di carriera e alle logiche perverse della Aziendalizzazione, facendo emergere finalmente una propensione alla centralità del paziente e alla cura, completamente diverse dal passato, proprio alla luce del fallimento del SSN che l'emergenza pandemica aveva messo così drammaticamente in risalto.

La IV Conferenza nazionale ha rappresentato indiscutibilmente una "pietra miliare" di ulteriore avanzamento delle donne in Sanità sia in termini di numero (68%) che di consapevolezza e protagonismo, dove autorevoli figure femminili appartenenti ad ambiti pubblici e culturali diversi, di età e competenze diverse, si sono confrontate guardando la Sanità al "microscopio", nei suoi molteplici aspetti e criticità, cominciando a pretendere di essere "attrici" in prima linea nel cambiamento epocale, che il nostro SSN dovrà necessariamente attuare, se non vogliamo che la possibilità di cura diventi un privilegio di pochi e perda il suo carattere di universalità.

Abbiamo quindi assistito, in questa occasione, a testimonianze, emozioni e proposte declinate all'insegna dell'arte, della poesia, della politica, della espressione della società civile, dando a chi ha partecipato ulteriore linfa e forza per continuare il cammino ancora lungo che ci attende. Solo se si prenderanno in considerazione a livello di politica sanitaria le energie e le idee delle donne in questo processo di riforma in cui ogni dirigente medico e sanitario possa avere un ruolo professionalmente gratificante e una sinergia tra le varie articolazioni del sistema e dove prevarrà il concetto "l'unione fa la forza", si costituirà una nuova "visione" della Sanità. Pertanto: avanti, Donne.



Gabriella Marini

## Gabriella Marini

### Vice Segretaria Anaa Assomed Abruzzo

**Ogni cammino** è un susseguirsi di passi e a volte il punto di arrivo non è quello che si immaginava partendo e, a volte, anche i passaggi intermedi ci stupiscono perché inattesi. All'inizio della mia avventura in Anaa non avrei mai immaginato il percorso fatto non solo per la condivisione delle idee e delle aspettative con altri colleghi ma, in particolare, per l'opportunità che mi è stata data di cogliere e sostenere le istanze di un mondo di sanità al femminile che, ora più che mai sta emergendo e si sta affermando.

Veniamo da 2 anni oscuri, bui, a tratti disperati nei quali è stato impossibile programmare e sviluppare una vera attività sindacale travolti da emergenze subentranti con difficoltà anche a trovare i termini di un dialogo con la dirigenza anch'essa troppo coinvolta in quella che è stata, ed è tutt'ora, una battaglia epocale per salvare prima i malati di Covid ed ora cercare di recuperare tutte le carenze derivate.

Ma l'attività sindacale non è solo un tavolo di concertazione o una trattativa anche su temi importanti, l'attività sindacale è anche cultura, diffusione di valori, costruzione di sensibilità ed in questi anni hanno avuto anche un loro splendore.

Il tema del benessere delle donne medico e la promozione del capitale umano, sociale e decisionale (citando alla lettera la descrizione delle attività dell'Area di Formazione Femminile dell'Anaa) è diventato tema imprescindibile dell'attività sindacale. In questi l'impegno per realizzare diverse iniziative con la CPO di Teramo a sostegno del centro anti violenza, che si è concretizzato fino al convegno sulla sanità al femminile che, insieme ad uno sguardo, per noi inedito, sulle necessità delle donne che lavorano in sanità, ha suggerito riflessioni che possono innescare una trasformazione ideale fino a modificare l'architettura di un ospedale o addirittura un definitivo cambio di paradigma.

Oggi le donne sono la maggioranza degli operatori in sanità eppure, ancora, ci si stu-

QUARTA  
CONFERENZA  
NAZIONALE  
DONNE  
ANAAO  
ASSOMED  
TESTIMONIANZE

pisce se occupano ruoli apicali e si trascura di pensare un mondo del lavoro dove possano essere riconosciute le qualità e le caratteristiche specifiche ed anche la necessità di coniugare carriera, crescita umana e professionale con le doti dell'essere femminile.

Innegabilmente, nei decenni la sanità si è strutturata su una modellizzazione maschile, praticamente falocratica ma, ora, i numeri, impietosi, ci indicano una sanità donna. Questa non è una semplice riflessione numerica o un'esigenza democratica (siamo di più contiamo di più) che, pure sarebbe un atto di onestà, ma è un necessario cambio di rotta, di interpretazione di processi di attività, di sistema.

Ma le idee enunciate non cambiano la storia che vive di fatti ed azioni per questo, per tenere i riflettori puntati su questa nuova storia sta per nascere una consulta che avrà lo scopo inderogabile di sostenere il cambiamento dell'intero organismo sanità.

Non si interpreti questo come una guerra di genere o come un ultimo atto di revanscismo femminista. Questa è solo una presa di coscienza di una realtà oggettiva che deve trasformarsi in organizzazione del lavoro, definizione di spazi fisici e culturali, di ridefinizione degli ambienti di lavoro.

Lo stesso sindacato, nella nostra regione, solo negli ultimissimi anni ha conosciuto una reale crescita di presenza e visibilità delle donne che fino a ieri erano relegate a ruoli di contorno e, non rado oggetto persino di becero umorismo dai tratti sessisti.

I tempi si compiono anche contro le intenzioni più retrive, una vera parità si realizza non per pari stipendi e neanche per uguali possibilità di carriera ma per una dignità professionale identica che esalti e faccia arricchimento delle diversità e non dell'omologazione di una meritocrazia che non sia solo performance ma, anche, sensibilità, cultura, attenzione, accoglienza e servizio.



Chiara Rivetti

QUARTA  
CONFERENZA  
NAZIONALE  
DONNE  
ANAAO  
ASSOMED

TESTIMONIANZE

## Chiara Rivetti

### Segretaria Anaa Assomed Piemonte

**Vanessa Nakate** è un'attivista ugandese contro il cambiamento climatico, di 25 anni. Nelle sue dichiarazioni ai media di tutto il mondo sostiene che la militanza l'ha portata a uscire da "una stanza tutta per me", per parlare pubblicamente di problemi che interessano tutti gli individui e che si possono vincere solo uniti.

Le donne hanno prima dovuto conquistare una "stanza tutta per sé", frase presa in prestito da Virginia Woolf e slogan del femminismo di qualche anno fa, per poi adesso trovare il coraggio per uscirne, superare ogni indecisione ed esporsi pubblicamente.

In particolare, che una giovane donna africana sia stata in grado di realizzare e poi superare questo motto, è il segno di una battaglia che non si ossifica, ma vive e si trasforma.

E probabilmente, la sua battaglia contro il cambiamento climatico è così appassionata e intensa, che Vanessa Nakate neanche si accorge che sta facendo contemporaneamente anche una battaglia di emancipazione per tutte le donne. Soprattutto quelle africane. Ecco, le donne della sanità ricordano questa giovane attivista. Hanno gestito le difficoltà del Covid, le carenze dei DEA, hanno fatto figli, carriera, si sono opposte a Direttori, hanno contestato normative, proposto riorganizzazioni. E non lo hanno fatto per difendere la parità di genere. Hanno realizzato la parità di genere.

L'attività sanitaria e l'attività sindacale hanno in questo senso un denominatore comune: lavorare insieme per un bene comune, per il bene proprio e di altri. Che è, in entrambi i casi, il diritto alla cura. E se alle donne da sempre è riservato il lavoro di cura, ora il concetto di cura esce anch'esso da "una stanza tutta per sé" e si amplifica, si estende e si concretizza nella cura dei diritti del lavoro.

Avere la possibilità di tutelare i medici ospedalieri, in questo momento storico di grande difficoltà, è un privilegio. I medici sono sempre apparsi una categoria di lavoratori protetti, ma negli ultimi anni sia le numerose dimissioni volontarie che l'elevato livello di burn out (o moral injury) hanno dimostrato che qualcosa alla fine ci lega ai lavoratori, per esempio, di Amazon, dove per la prima volta nella storia oltre 8.000 dipendenti di un grande centro di smistamento di New York hanno votato a maggioranza per aderire ad un sindacato. E questo nonostante Amazon si sia sempre opposta alla sindacalizzazione dei suoi stabilimenti, spendendo solo l'anno scorso, 4,3 milioni di dollari in consulenti antisindacali. Anche per la sanità, il sindacato può fare la differenza, e in questi anni l'ha dimostrato. Abbiamo siglato accordi, organizzato incontri, stretto alleanze, protestato. Se non è stato sufficiente per cambiare tutto, abbiamo certamente cambiato qualcosa, e continueremo con sempre più energia.

Per questo non possiamo che applaudire alle parole di Joe Biden, che si è autodefinito il Presidente più filosindacale di sempre: "i sindacati mettono il potere nelle mani dei

lavoratori. Rafforzano la loro voce, proteggono dalle discriminazioni razziali e dalle molestie sessuali. Migliorano le condizioni dei lavoratori, sindacalizzati e non, e soprattutto di quelli neri".  
E aggiungiamo noi, delle donne.

## Alessandra Spedicato

### Capo Delegazione Anaa Assomed in Fems

**Come una pianta** riesce a fiorire in un terreno fertile, così un'idea può crescere e nutrirsi se trova voce e corpo attorno a sé. Questo è stata per me l'esperienza di questi anni nell'Area Formazione Femminile. Un gruppo di colleghe, alcune amiche, con cui pensare, discutere e confrontarsi.

Un gruppo dove esporsi senza la paura di presentare o avere idee sbagliate o inadeguate. Perché se anche non tutte le riflessioni sono sempre vincenti, nel contesto giusto, la parola di una persona può arricchirsi della saggezza di chi gli è al fianco e girare circolarmente fino a divenire pensiero concreto, proposta, obiettivo. Il gruppo di donne Anaa con cui ho lavorato in questi



Alessandra Spedicato

anni è una aggregazione sana, l'esempio di un cerchio di professioniste capaci di assecondare le inclinazioni dei singoli e riconoscere l'autorevolezza di chi sa e vuole guidare.

È in un gruppo così che le potenzialità si possono esprimere e realizzare, è parlando e confrontandosi tra "amiche" che si impara a nutrire e a credere nelle proprie idee.

Forse è proprio questa la lezione più importante che ho imparato in questi anni di Anaa ma soprattutto di Area Formazione Femminile: a credere nelle mie idee, a promuoverle anche quando le orecchie che le ascoltano non le apprezzano, perché il segreto non è sempre cambiare idea o voce, a volte basta semplicemente cambiare orecchie. Alle colleghe Anaa di oggi e di domani: siate voce, siate coro, siate orecchie perché la medicina e la cura, oggi, è soprattutto donna!"



*Sei donne che hanno cambiato il mondo*

**Il monologo di Gabriella Greison per l'Anaa Assomed**

# DICONO DI NOI

QUARTA  
CONFERENZA  
NAZIONALE  
DONNE  
ANAAO  
ASSOMED

## Francesca Barzini

### Giornalista

“**Fatti curare** da una donna...!” Marta, la mia amica mi ha guardato come si guarda una persona che non capisce le cose più basilari, cui tocca spiegare tutto, e fa anche perdere la pazienza, perché è una che non sa vivere. Aveva ragione, cambiato il dottore con una dottoressa o dottoressa, che, oltre ad applicare desueti protocolli escogitava soluzioni inedite, il fastidio che mi perseguitava da mesi è stato risolto.

Poi, dopo pochi mesi da questa “banale rivelazione” ho ricevuto una chiamata da Gabriella Marini. Mi aveva beccato su Facebook, mi aveva agganciato perché aveva conosciuto un signore, ormai solo e anziano, che aveva lavorato per la mia famiglia.

Poi mi aveva chiesto se sarei stata disponibile a coordinare e partecipare a un convegno a Teramo dal titolo “*Soffrire sul lavoro non è un destino*”. Lì conosciuto Sandra Morano che è il motore di tutto. Lì mi si è aperto un mondo, tutte donne medico, brave, preparate, attente. Vogliono dare una svolta alla loro vita professionale. Ma non era il solito, ma giustificato lamento sul tetto di cristallo difficile da rompere. Era tutto diverso. Benvenuti nel multidisciplinare: a partecipare e a dare il contributo anche architette, la filosofa Anna Rosa Buttarelli... Si è parlato di grandi sistemi. Perché dai grandi sistemi poi si scende nel dettaglio e si riuscirà a fare la differenza. Al gruppo dell’*Area Formazione Femminile* interessa difendere il Sistema Sanitario, migliorarlo per tutti: per chi ci lavora e per chi ne usufruisce. Il nostro sistema ha subito gravi colpi durante la pandemia e a parte molta retorica non si sono viste risorse che sarebbero indispensabili per farlo funzionare meglio. Perché se chi ci lavora avesse gli spazi giusti e potesse contribuire alle decisioni in merito alla macchina del funzionamento tutti ne gioveremmo.

È il mondo delle idee che vengono messe in comune che può e ... aggiungo... e deve prendere in mano la situazione.

Come giornalista mi sono occupata di sanità, mi ero piazzata nella redazione cronaca da quando i miei 3 figli adolescenti tendevano a fare il loro lavoro di rivoltosi e ormonali ragazzi. Dovevo seguirli, addio alle lunghe trasferte all'estero. Non mi interessavano particolarmente i delitti e mi sono dedicata alla “cronaca bianca”... Sostanzialmente scuola e sanità che i colleghi consideravano temi minori, non da grandi titoli, non da apertura di Tg. Argomenti che, invece, toccano tutti. E lì mi resi conto del-



Francesca Barzini

le enormi storture, delle differenze tra regioni, tra Nord e Sud, con punte di estrema efficienza presenti ovunque anche nella deprecata Calabria e luoghi di desolazione anche nel grande e rigoglioso Nord. Mi sono appassionata e, per quanto possibile, ho cercato di mettere in evidenza quel che non funzionava e avrebbe potuto funzionare. L’invasione della politica è stata deleteria. Ma sono uscita dagli incontri con il gruppo dell’*Area Formazione Femminile* con una certa dose di ottimismo perché quando conosco tanta gente che ha la forza e la volontà di cambiare se non “le cose” qualcosa, ti senti meglio. Grazie.



Cristiana Cenci

## Cristiana Cenci

### Cimo-Fesmed

È con grande piacere che ho portato i saluti di tutta la CIMO alla IV Conferenza Nazionale Anaa Donna e con altrettanto piacere trascrivo, brevemente, su richiesta di Sandra, quello che è stato il mio contributo alla discussione, a Roma, il 3 maggio scorso.

Leggendo il programma dei lavori, la mia mente ha fatto un salto indietro di sei anni, al Convegno sulla Professione Medica ed Odontoiatrica organizzato a Rimini dalla FNOMCeO il 20 maggio del 2016.

Maria Erminia Bottiglieri, Sandra Morano e Mariantonietta Monteduro erano in quella sede in qualità di componenti dell’Osservatorio della Professione Medica ed Odontoiatrica al Femminile. Io per la prima volta parlavo in pubblico, come rappresentante CIMO, di Medicina al Femminile.

Mi sono emozionata nel condividere con loro esperienze comuni a tutti i medici, ma vissute dalle donne con una sensibilità propria e spesso diversa da quella maschile.

La stragrande maggioranza di noi donne medico, infatti, a differenza dei colleghi uomini, non ha paura di mostrare i propri sentimenti. E questo a mio modo di vedere è una marcia in più non solo nel rapporto con i pazienti e per la relazione di cura, ma anche nei rapporti con i colleghi e con le altre figure professionali non mediche del mondo sanitario.

Noi donne abbiamo una naturale inclinazione per prendersi cura del prossimo e sopportare il peso della famiglia sulle nostre spalle. Per questo anche nel mondo del lavoro non ci tiriamo mai indietro, e lo abbiamo dimostrato ancora di più che in passato in questi due anni di emergenza pandemica in Italia: siamo state infatti la prima linea di difesa dei nostri ospedali nella

lotta al Covid-19, considerando che oramai è donna la maggioranza dei medici dipendenti che lavorano nei reparti.

Nel libro di testimonianze raccolte dal coordinamento CIMO LAB “Giuro di non dimenticare - Storie di medici ai tempi del Covid”, 16 su 28 storie sono raccontate da donne medico che non si sono tirate indietro, anche lasciando la propria famiglia e andando a vivere per i primi tempi lontano da essa per ridurre al minimo il rischio infettivo, mettendo in campo tutta la propria competenza e la propria resilienza, unitamente alla capacità di lavorare in gruppo e fare squadra, per raggiungere un obiettivo comune. Donne che si sono ammalate, donne che hanno pianto per amici e pazienti che non ce l’hanno fatta, donne che con ironia hanno cercato di trovare ogni giorno la forza di essere medico. I colleghi uomini, d’altro canto, non sono stati da meno.

Tutta la classe medica ha dato prova di un rinnovato orgoglio e di una nuova consapevolezza: quella di essere indispensabili per garantire il diritto costituzionale alla Salute.

I medici tutti non vogliono più soffrire nello svolgere il proprio lavoro, come le donne medico Anaa Donna hanno giustamente indicato nel titolo della IV Conferenza Nazionale. Anzi, ascoltando i colleghi e le colleghe nelle corsie, i medici vogliono tornare ad avere il giusto tempo da dedicare al paziente, vogliono esercitare il diritto ad eseguire anamnesi, esame obiettivo, visita clinica, discussione collegiale, procedure diagnostiche e terapeutiche, senza avere il tempo scadenzato da tempi decisi da terzi. Ma vogliono anche il giusto tempo da dedicare a sé stessi, alle proprie famiglie e ai propri amici.

Per riprenderci il “giusto tempo” è necessario adeguare gli organici ai carichi di lavoro richiesti all’equipe; è necessario rendere obbligatoria la sostituzione di tutte le maternità; è necessario superare il tetto di spesa per l’assunzione di personale; è necessario rivedere il contratto nella parte in cui è stato derogato l’orario di lavoro rispetto a quanto prevede la normativa; è necessario introdurre un limite al numero di pazienti che un solo medico può gestire durante il turno di guardia; è necessario evitare la contemporaneità dei servizi resi all’utenza da un singolo medico; è necessario rivedere al ribasso il numero di guardie e di reperibilità che un medico deve garantire in un mese; è necessario riconoscere il lavoro usurante e il rischio infettivo. Tutto questo è necessario, ma non sufficiente.

Serve uno scatto d’orgoglio, ed è necessario farlo tutti insieme, rappresentanti dei lavoratori, Ordini e cittadini. È questa, a mio parere, la vera sfida che ci attende nel prossimo futuro.

“**La stragrande maggioranza di noi donne medico, a differenza dei colleghi uomini, non ha paura di mostrare i propri sentimenti. E questo a mio modo di vedere è una marcia in più non solo nel rapporto con i pazienti, ma anche nei rapporti con i colleghi e con le altre figure professionali non mediche**

## Fabiola Fini

### Vice Presidente Nazionale FVM Vicario

**Come Vice Presidente** Nazionale Vicario FVM, plaudo all'importante iniziativa promossa da Anaa che mette in evidenza la funzione fondamentale della donna in ambito lavorativo, le sue capacità in ambiti manageriali e di responsabilità, ampiamente riconosciute e sulla necessità che si realizzi concretamente una situazione di pari opportunità.

Purtroppo in tema di pari opportunità i numeri parlano diversamente.

Se consideriamo che in Italia le donne costituiscono il 56% delle iscrizioni alla facoltà di medicina, il contrasto è evidente con i numeri degli incarichi di vertice ricoperti dalle donne che sono solo, per esempio, il 14% del totale che ricopre incarichi di direttore di struttura complessa e solo il 9% incarichi di direttori generali. Discriminazione di genere insieme alla difficoltà nella conciliazione lavoro-famiglia porta le donne medico ad adottare un comportamento rinunciatorio nei confronti di eventuali attività aggiuntive che possono incrementare la retribuzione e/o aumentare il loro prestigio. Di conseguenza avviene che la donna medico riesce ad avere meno incarichi e indennità accessorie, fonti anche dei divari retributivi rispetto agli uomini e alle possibili ripercussioni pensionistiche: tutto questo deve sicuramente finire!

Ricordiamo, inoltre, tutti i casi di mancata sostituzione della maternità da parte delle Aziende Sanitarie in questi anni. Vi sono delle ASL che non cercano sostituzioni di maternità per risparmiare lo stipendio della donna in gravidanza visto che l'indennità di maternità è in capo all'INPS. Non si tiene conto che il lavoro medico è un'attività di squadra e l'assenza dal lavoro di una dipendente per motivi correlati alla maternità, deve comportare la sostituzione della lavoratrice come riconoscimento del diritto della donna e anche dei diritti dei lavoratori dell'equipe medica, se non si vuole gravare pesantemente sul lavoro dei colleghi che collaborano con la donna medico in quell'azienda. Per queste ragioni riteniamo che la sostituzione della maternità debba essere resa obbligatoria per le Aziende Sanitarie nel prossimo CCNL.

Rammentiamo, inoltre, le condizioni di scarso accesso al lavoro ridotto da parte della donna medico e una serie di problematiche legate proprio al suo essere donna che si fa carico del peso della famiglia e anche per questo viene discriminata rispetto ai colleghi uomini.

Questo quadro, qui descritto, deve far parte del passato e ritengo che la giornata promossa da Anaa Donne rappresenti un messaggio forte: lavorando tutte insieme noi donne medico, al di là delle appartenenze politiche e sindacali, con la grande forza, determinazione, concretezza che ci ha sempre contraddistinto anche nelle fasi cruciali della Pandemia Covid, potremo dar vita ad un sistema con cui realizzare concretamente le pari opportunità della donna medico. Diamo vita ad una Intersindacale Donne Medico, lavoriamo insieme per realizza-



Fabiola Fini



Pina Onotri

re una vera riorganizzazione del sistema, basta prendere "solo briciole", il futuro del SSN è prevalentemente donna, lo dicono i numeri e le capacità dimostrate.

Il sistema, l'organizzazione esistente del Servizio Sanitario Nazionale non ci piacciono e in forza dei numeri, come donne medico, possiamo e dobbiamo far sentire forte la nostra voce a chi sostiene l'attuale sistema: diciamo fatevi da parte; la sanità che noi donne costruiremo sarà a misura di tutti, lasciateci operare a salvaguardia del SSN.

## Pina Onotri

### Segretario Generale Sindacato Medici Italiani

**Se penso alle donne medico**, soprattutto in questo particolare momento storico, le immagino come "donne in equilibrio".

Equilibrio precario, faticoso, estenuante tra vita lavorativa, vita personale e vita familiare.

SONO "donne determinate" a farcela, che ce la fanno, in una società dove vige, nel mondo del lavoro in generale, una controindicazione di genere che non tiene conto delle potenzialità, dell'esperienza, della professionalità maturate in un cammino lunghissimo, in cui si sono investite ingenti risorse economiche ed umane.

Proprio per questo la maternità si vive come una battuta di arresto, un incidente di percorso nella carriera, una inevitabile prova del bivio al quale sono costrette le donne, SOLO le donne; la metà delle volte, alla maternità si rinuncia, una rinuncia obbligatoria, come è emerso da uno studio dell'ordine dei Medici di Roma di qualche anno fa.

Solo il 50% delle donne medico sceglie di avere figli e, di queste, il 70% ha un solo figlio, immagino per scelta forzata.

Non basta l'evidente e palese coraggio, la forza sovrumana che le donne dimostrano praticamente in ogni ambito professionale. Non basta. Il tallone d'Achille è sempre "il giro di boa che purtroppo prima degli anta fanno tutte"; come è stato recentemente detto da una nota imprenditrice

Ma io le ho viste. Ho visto le donne medico durante la pandemia. A combattere contro un virus pressoché sconosciuto, con la consapevolezza che si poteva morire o trasmettere una malattia potenzialmente mortale ai propri cari.

Eppure erano lì, anche in gravidanza avanzata, ed hanno continuato a lavorare, in corsia come negli studi medici; hanno continuato a lavorare pur con il timore di trasmettere la malattia ai propri figli e ai genitori anziani; hanno continuato a lavorare cercando di conciliare con il lavoro tutto ciò che è diventato inconciliabile e cioè occuparsi della ordinaria quotidianità.

Menziono un po' di cifre, perché per avere il quadro generale devi mettere in fila tutti i tasselli

Nel Report del 2019 "Donne e Sanità" è emerso che "nella professione vi è già stato un sorpasso di genere: le donne rappresen-

tano il 60% degli operatori sanitari, con punte di oltre il 75% nelle regioni del nord. Eppure l'Indice sull'uguaglianza di genere elaborato dall'Istituto europeo per l'uguaglianza di genere (EIGE), vede, attualmente, l'Italia al 14esimo posto nella classifica dei Paesi UE.

La centralità delle questioni relative al superamento delle disparità di genere viene ribadita anche nel Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) per rilanciare lo sviluppo nazionale in seguito alla pandemia e per recuperare di almeno 5 punti il divario tra noi e i primi classificati, nel tentativo di un rilancio economico del Paese nel post pandemia. Auspichiamo che l'intero Piano venga valutato in un'ottica di gender mainstreaming.

Ben ci fanno sperare gli investimenti, previsti dal piano, su un sistema di certificazione della parità di genere (circa 10 milioni di euro), per cui proponiamo, come Sindacato Medici Italiani, che, su iniziativa del Ministero della Salute sentito il Ministero delle Pari Opportunità, si istituiscano una o più sezioni tematiche per esaminare la condizione delle donne medico in medicina generale convenzionata e in medicina ospedaliera.

Argomenti centrali da trattare sono l'esame delle tutele in materia di gravidanza e maternità, fruizione dei permessi per malattia, opportunità di carriera, la parità salariale a parità di mansioni.

Riteniamo necessario che, nell'ambito del Sistema nazionale di certificazione della parità di genere, previsto dalla Missione 5 del PNRR, per incentivare le imprese ad adottare policy adeguate a ridurre il divario di genere in tutte le aree che presentano maggiori criticità delle differenze di genere, ci sia l'estensione di tale certificazione al comparto della medicina generale convenzionata e ospedaliera con la previsione della pubblicazione di un report annuale sul sito del Ministero della Salute.

Chiediamo che si faccia ricorso ai Fondi di riserva e speciali, già nella prossima nota di Aggiornamento del Documento di Economia e Finanze, per il riconoscimento dell'infortunio sul lavoro, per il diritto alle ferie, per il diritto alla maternità e ai permessi per malattia, per misure certe in materia di sostegno ad handicap e per le sostituzioni per poter fruire del riposo, nonché politiche continuative per le pari opportunità.

In questa pandemia sono le donne medico che hanno pagato il prezzo più alto e la politica è in colpevole ritardo

I diritti dei lavoratori vanno di pari passi al diritto dei cittadini all'assistenza e senza medici non potrà più esistere il SSN.

Un'ultima riflessione: i soldi degli Italiani vanno investiti in sanità e non in armi.

Non possiamo accettare la guerra quale strumento di morte e distruzione, come medici abbiamo dato la vita per salvare vite.

“  
**Solo il 50%  
delle donne  
medico sceglie  
di avere figli e,  
di queste, il 70%  
ha un solo figlio,  
immagino per  
scelta forzata**”

# SURVEY ANAAO

## Le mediche e le dirigenti sanitarie

# BOCCIANO

## l'organizzazione del lavoro



verso il lavoro sono peggiorate a seguito dei due anni di pandemia. Un dato interessante riguarda il fatto che le aspettative circa il proprio lavoro sono peggiorate in modo indipendente dall'età delle partecipanti o dal fatto che si vedano o meno ricoprire l'attuale posizione lavorativa nel prossimo futuro (Figura 1). Rispetto alla propria posizione lavorativa, la maggior parte delle partecipanti (65%) si vede ricoprire il proprio ruolo lavorativo attuale anche nel prossimo futuro, e nelle motivazioni emerge, in larga misura, l'amore per il proprio lavoro e il piacere, la passione e la soddisfazione nello svolgerlo. Chi dichiara, invece, di voler cambiare la propria posizione lavorativa nel prossimo futuro, evidenzia, in primis, l'insoddisfazione per le condizioni di lavoro, ma anche condizioni legate alla stanchezza, alla demotivazione e al burnout.

Le partecipanti riferiscono, inoltre, come la pandemia abbia avuto un impatto anche sul gruppo di lavoro: per il 46% le relazioni sono peggiorate o, alla meglio, secondo il 38% rimaste invariate, ma solo una bassissima percentuale riferisce un miglioramento dei rapporti relazionali sul luogo di lavoro. La situazione pandemica, inoltre, avrebbe richiesto, secondo la maggior parte delle partecipanti (91%), un confronto tra la direzione organizzativa ed i professionisti per analizzare le criticità, anche perché, lungo un continuum tra adeguatezza e inadeguatezza, la catena di comando della risposta alla pandemia è stata giudicata per lo più pessima ed inadeguata. Infine, la maggior parte delle operatrici (66%) ritiene che la proclamata fine dell'emergenza sanitaria non avrà nessuna influenza – né positiva né negativa – sul proprio lavoro, mentre in parte minore (23%) si ritiene che avrà un impatto, peggiorativo, sul proprio lavoro.

Per analizzare meglio le difficoltà lavorative che le operatrici sanitarie incontrano, è stato richiesto loro di indicare le principali criticità che evidenziano nel proprio lavoro. In Figura 2 è possibile osservare le 3 opzioni di risposta più selezionate (le partecipanti potevano indicare più di un'opzione di risposta), che sono state quelle relative alla distanza tra le scelte organizzative e le necessità del personale sanitario (selezionata dal 66% delle partecipanti), il carico di lavoro (57%) e la carenza di personale (52%), senza differenze relative all'età delle partecipanti, a testimonianza di un'omogeneità nelle criticità rilevate.

Tra le principali difficoltà inerenti il proprio lavoro sono state anche indicate l'impossi-

**L'emergenza pandemica** da COVID-19 ha avuto un forte impatto sul Sistema Sanitario Nazionale italiano e, di conseguenza, sul ruolo – attuale e futuro – delle professioniste che lavorano al suo interno. Da diversi anni, infatti, viene evidenziata la crescente presenza femminile nel mondo della sanità italiana (Ministero della Salute, 2021). Anche l'OMS ha evidenziato come il 70% della forza lavoro in sanità sia rappresentata dalle donne, ma, allo stesso tempo, sottolinea come non sia stata ancora raggiunta una parità di genere nella leadership, poiché solo il 25% delle donne occupa ruoli apicali, negli aspetti salariali, poiché le donne percepiscono salari spesso più bassi dei colleghi uomini anche del 29%, e, infine, negli ambiti scientifici, dove le quote rosa raggiungono solo il 12%.

In Italia la situazione sembra essere ancora peggiore: uno studio di Lenstore (2021), che ha analizzato 30 diversi paesi europei, ha evidenziato come la nostra nazione sia al ventitreesimo posto tra i paesi che promuovono la carriera delle donne nelle professioni sanitarie (mettendo a confronto fattori favorevoli la carriera quali, ad esempio, il salario e le ore di lavoro/riposo). Inoltre, uno studio condotto dell'European Federation of Salaried Doctors (FEMS, 2019) ha evidenziato come le operatrici sanitarie italiane siano, in confronto alle colleghe di altri 10 paesi Europei (Bulgaria, Cipro Nord, Croazia, Olanda, Portogallo, Romania, Repubblica Ceca, Slovenia, Spagna e Turchia), le più insoddisfatte del proprio lavoro.

### La survey e le partecipanti

Alla luce di questi dati, e delle difficoltà emerse durante la pandemia, è stata effettuata una rilevazione con lo scopo di indagare ciò che le donne Medico e dirigenti sanitarie riferiscono circa la soddisfazione e le criticità del proprio lavoro e del Sistema Sanitario Nazionale per il quale operano, gli aspetti di conciliazione vita-lavoro e quali possibili cambiamenti auspicano per migliorare lavoro e organizzazione.

Il sondaggio, avviato da Anaa Assomed attraverso le proprie iscritte ed implementato su piattaforma online nei mesi di marzo ed aprile del 2022, è stato compilato su base volontaria dalle partecipanti che hanno espresso il proprio consenso alla ricerca e alla compilazione del questionario. Il sondaggio presentava una serie di domande ad hoc (sia chiuse con opzioni di risposta, sia a risposta aperta) a cui hanno risposto 1668 partecipanti, di cui circa la metà ha completato l'intero questionario. L'età media delle partecipanti è di  $49,85 \pm 10,03$  anni, la maggior parte si colloca in una fascia di età maggiore di 40 anni (79%), con un'anzianità di servizio maggiore di 5 anni (81%), con figli a carico (57%) ed appartiene all'area medica come specializzazione (60%).

### Il lavoro: tra criticità e passione

Nel collocarsi lungo un continuum tra la soddisfazione e l'insoddisfazione per il proprio lavoro, le partecipanti si dichiarano, in media, più sul versante dell'insoddisfazione e della delusione: la maggior parte (65%) riferisce che le proprie aspettative



**CINZIA MODAFFERI**

PhD Psicologa,  
Psicoterapeuta  
Docente a contratto  
presso il  
Dipartimento di  
Scienze della  
Formazione  
dell'Università degli  
Studi di Genova



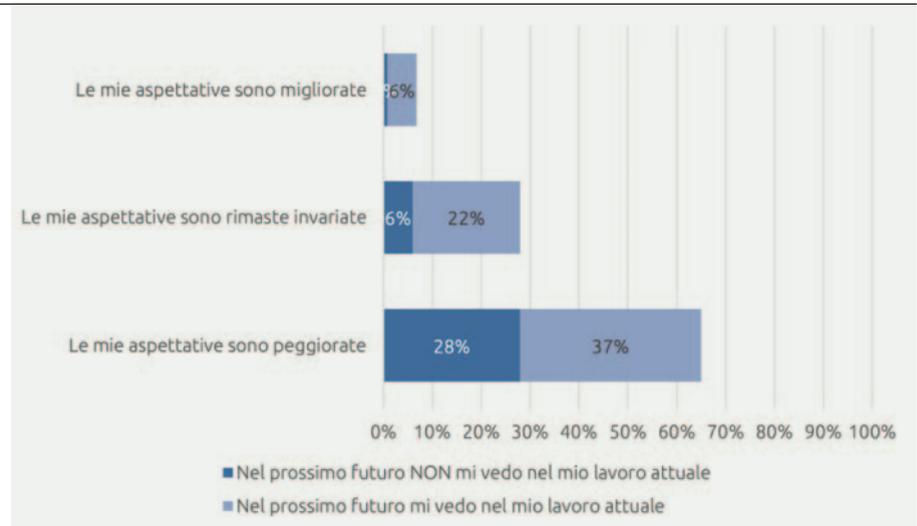
**MARIANTONIETTA  
MONTEDURO**

Consiglio regionale  
Anaa Assomed  
Puglia

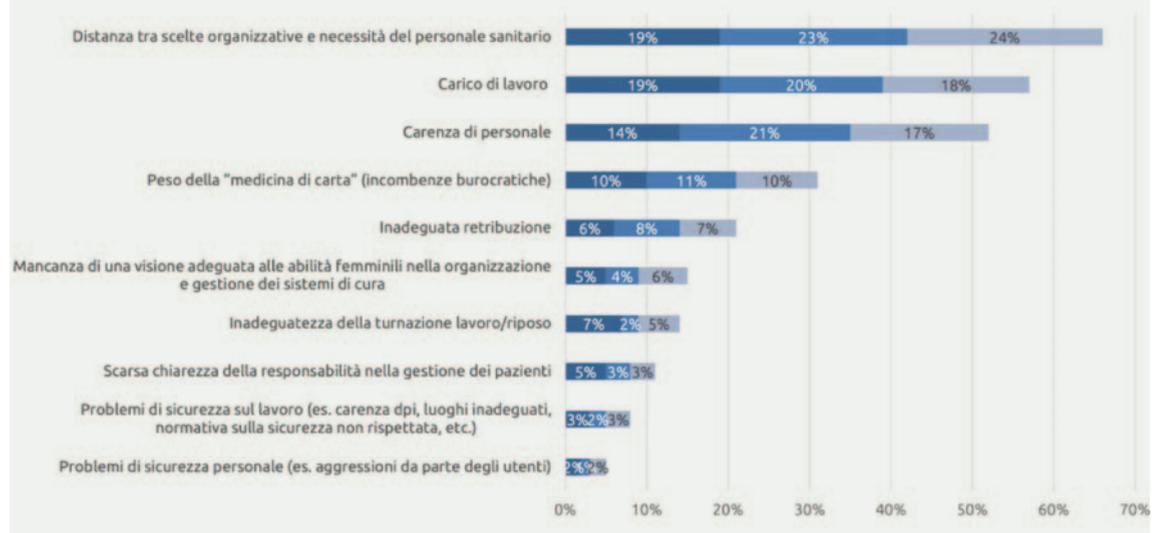
bilità di conciliare i tempi lavorativi con quelli della propria vita privata e la percezione di sentirsi esaurite emotivamente dal proprio lavoro. Qui emergono alcune differenze rispetto al range di età delle partecipanti: quelle con più anzianità di servizio (> 56 anni di età) evidenziano come maggiore criticità la scarsa partecipazione nelle scelte organizzative, mentre quelle più giovani (tra i 25 e i 40 anni) evidenziano, invece, come aspetto più critico la mancanza di una conciliazione tra la vita privata e quella lavorativa (Figura 3).

**Figura 3** - “Quali delle seguenti difficoltà vivi in quest’ultimo periodo nel tuo lavoro?” - percentuale di scelta per range di età. In particolare, sul tema della conciliazione vita privata e lavorativa, le partecipanti riferiscono, per la maggior parte, di essersi sentite poco criticate nell’ambito lavorativo per aver privilegiato la sfera personale rispetto al lavoro. Tuttavia, la maggior parte di esse (93%) ritiene che le attuali politiche di conciliazione casa-lavoro non siano sufficienti a rendere la propria vita più soddisfacente, perché soluzioni marginali o lontane da quelle che sono le reali necessità, oppure perché espressione di una società maschilista, in cui poche donne sono al comando e le dottoresse vengono ancora chiamate “signorine”. Viene percepita anche una mancanza di cura verso la maternità, vissuta dall’organizzazione come un problema lavorativo e non come un diritto dell’operatrice. Infine, viene denunciato come le tutele attuali esistano, ma solo sulla carta: nella realtà dei fatti non vengono attuate poiché non vi sono reali controlli e, ancor più grave, viene denunciato come chi ne fa richiesta sia spesso esposto ad emarginazioni e discriminazioni da parte dei superiori e – talvolta – anche dai colleghi stessi. Dopo aver esplorato le molteplici difficoltà e criticità lavorative, è stato richiesto alle partecipanti, in un’ottica propositiva, quali cambiamenti ritengano fondamentali per migliorare il proprio lavoro. In Figura 4 è possibile osservare quali siano stati i cambiamenti indicati come prioritari: le tre colonne rappresentano le parole che sono state più frequentemente utilizzate nelle risposte e che possiamo identificare come parole-chiave; nelle tre colonne sono identificate la priorità di cambiamento, nella prima a sinistra vengono riportate le frequenze delle risposte fornite come prima priorità di cambiamento, la centrale come seconda priorità e la colonna a destra come terza, e ultima, priorità. Interessante notare come le parole tendano a ripetersi nelle colonne, ad indicare come le partecipanti abbiano messo l’accento sulle stesse problematiche fornendo un diverso ordine di importanza. Tra gli aspetti peculiari si evidenziano l’aumento del personale, la necessità di ridurre il carico di lavoro, e la revisione degli orari e della turnazione (in particolare, si fa riferimento alla possibilità di avere orari più flessibili; turnistiche di reperibilità, notturne e festive ridotte, ma soprattutto emerge la necessità di poter effettivamente usufruire dei turni di riposo e delle ferie). Il lavoro dovrebbe essere riorganizzato e ripianificato, sarebbe necessario avere spazi più adeguati e dovrebbe essere valorizzato sia il lavoro, sia la figura professionale. Inoltre, viene sottolineato come sarebbe necessario che il

**Figura 1** “Dopo due anni di pandemia le mie aspettative nei confronti del lavoro sono:” e “Nel prossimo futuro ti vedi nel tuo lavoro attuale?”



**Figura 2** “Quali delle seguenti criticità riscontri attualmente nel tuo lavoro?” Percentuale di scelta per range di età



QUARTA  
CONFERENZA  
NAZIONALE  
DONNE  
ANAAO  
ASSOMED  
  
 SURVEY ANAAO

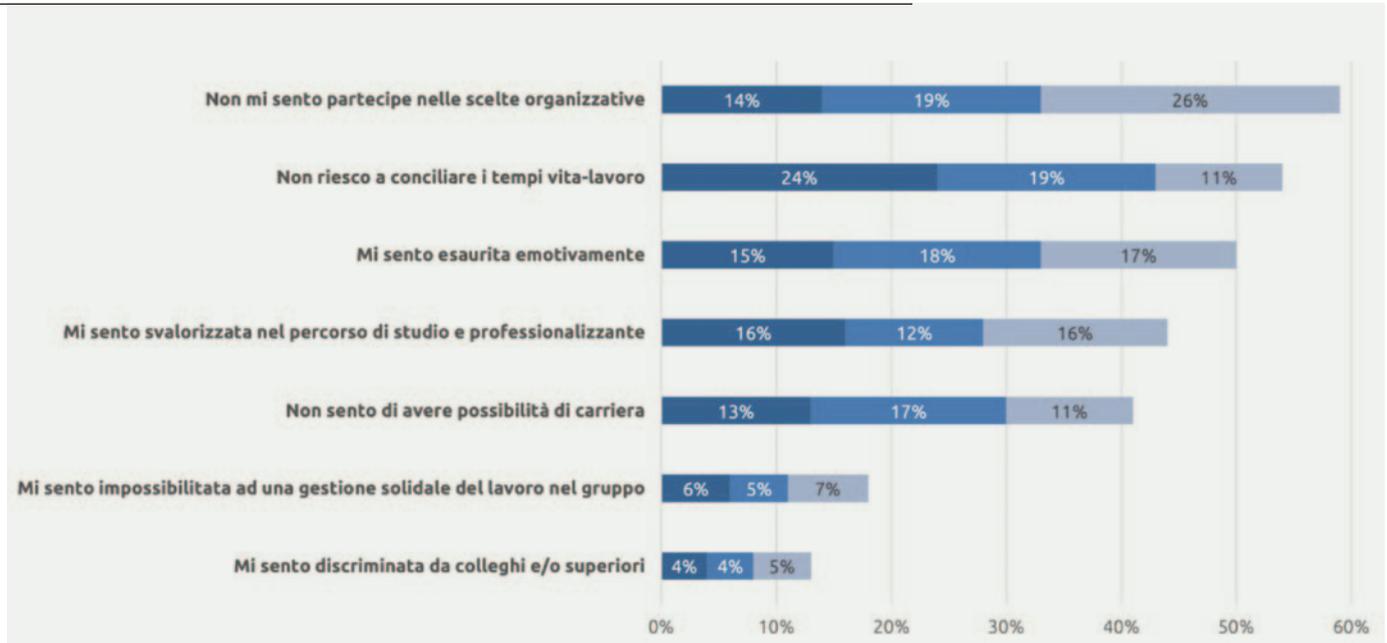
medico potesse godere di una maggior partecipazione nelle scelte organizzative. In seconda battuta vengono evidenziati come cambiamenti auspicabili la necessità di una riduzione del carico burocratico, un aumento della retribuzione e la possibilità di poter avere del tempo adeguato per potersi dedicare all’aggiornamento e alla propria formazione professionale. Il fatto che solo l’aspetto retributivo non sia prioritario risulta interessante poiché denota come vi siano una serie di cambiamenti che vengono ritenuti più fondamentali ed impattanti rispetto all’aumento del salario, manifestando come il solo aspetto economico non venga ritenuto sufficiente per migliorare le condizioni lavorative.

### Quale futuro per il Sistema Sanitario Nazionale?

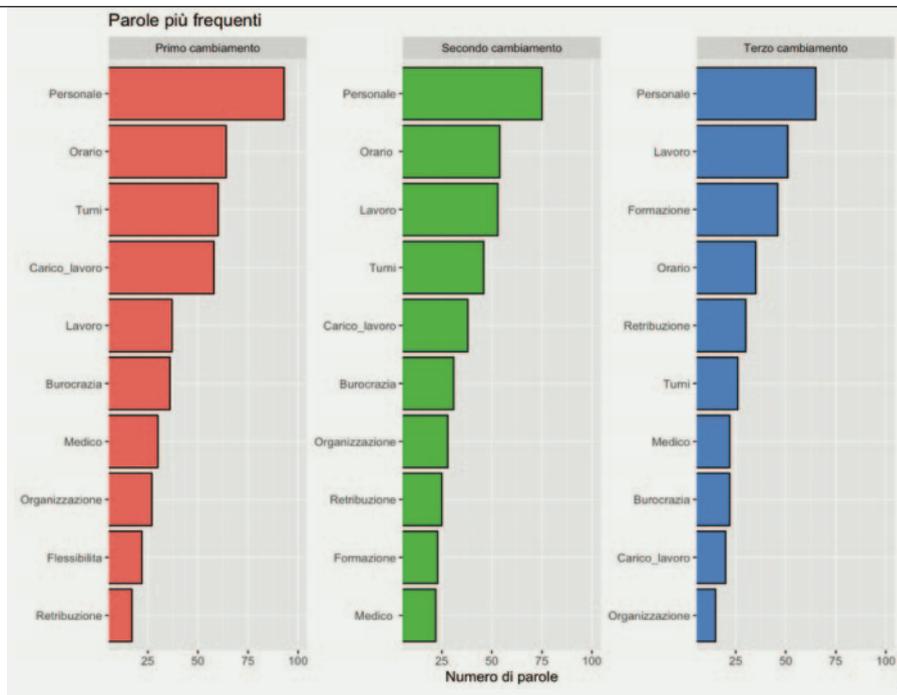
Sempre in ottica propositiva è stato chiesto alle partecipanti quali potrebbero essere i cambiamenti che il Sistema Sanitario Nazionale dovrebbe attuare per risultare più appetibile per i giovani professionisti. Sono stati selezionati come prioritari gli aspetti inerenti la retribuzione e la riduzione dei carichi di lavoro (in particolare, per entrambe le opzioni, viene evidenziato come impellente la necessità di un adeguamento della nostra nazione a quelli che sono gli standard europei) e un maggior coinvolgimento nei processi decisionali riguardanti

il proprio lavoro. Sempre rispetto al Sistema Sanitario Nazionale è stato richiesto di indicare, attraverso quelle che ritengono le tre principali priorità, come le partecipanti sognano una sanità del futuro governata dalle donne. In Figura 5 è possibile osservare quali siano state le priorità indicate per la sanità del futuro, come nel grafico precedente le tre colonne rappresentano le parole che sono state più frequentemente utilizzate nelle risposte (dalla prima scelta - colonna di sinistra - alla terza - colonna di destra). In tale ambito emergono principalmente temi legati alla riorganizzazione del lavoro, alla maggiore conciliazione del lavoro con la propria vita e con la propria famiglia (con una maggiore attenzione alla maternità, in un contesto lavorativo che faciliti la gestione familiare, ad esempio fornendo la possibilità di avere asili e scuole materne aziendali, oppure con un’attenzione agli orari scolastici), una maggiore equità e possibilità di carriera, una riduzione dei carichi del lavoro e degli orari lavorativi. Ma, soprattutto, viene evidenziato il bisogno di una maggiore empatia nella cura: la speranza è quella di una sanità non tanto governata dalle donne quanto da persone che abbiano a cuore i processi di cura dove il paziente torni ad essere al centro del processo stesso. È stato, infine, richiesto alle partecipanti qual è il loro rapporto con alcuni strumen-

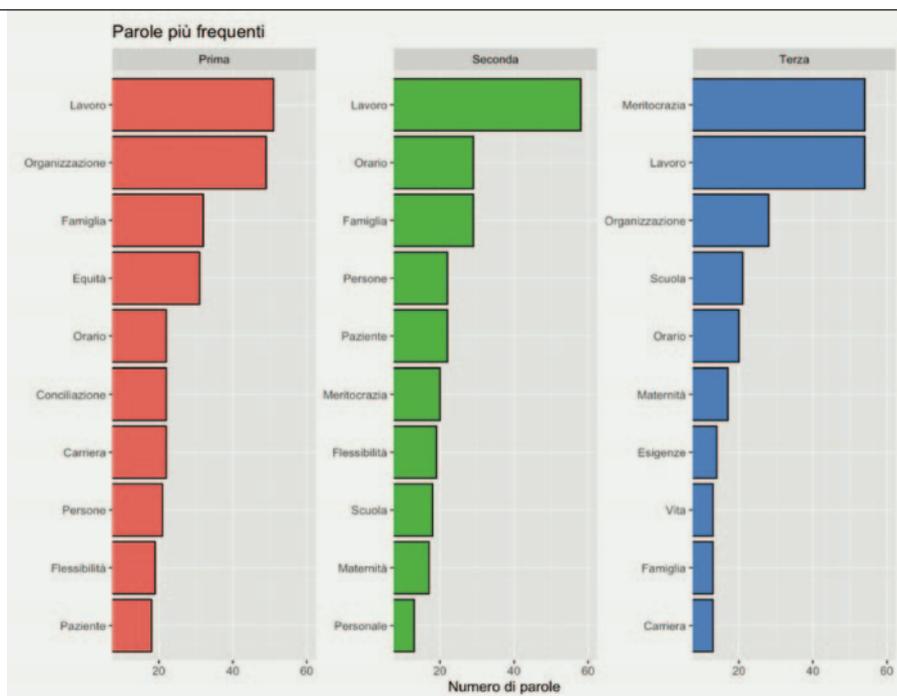
**Figura 3**  
“Quali delle seguenti difficoltà vivi in quest’ultimo periodo nel tuo lavoro?” - Percentuale di scelta per range di età



**Figura 4**  
“Se potessi cambiare domani l’organizzazione del tuo lavoro, che cosa cambieresti? (Indica tre priorità)”



**Figura 5**  
“Come sogni una sanità del futuro governata dalle donne? (Indica tre priorità)”



ti volti alla promozione del cambiamento: la maggior parte di esse (60%) non ha mai partecipato ad uno sciopero, mentre, per la maggior parte (80%), riferiscono di aver segnalato alla propria direzione, da sole o con colleghi, diversi tipi di problematiche.

**Una fotografia di ciò che le donne pensano del Sistema Sanitario Nazionale**

L’indagine fornisce uno spaccato degli umori delle professioniste che lavorano nel Sistema Sanitario Nazionale, e pur non presentando le caratteristiche statistiche di rappresentatività del campione delle donne che operano in sanità, poiché l’indagine non gode di un campionamento probabilistico, offre lo spunto per diverse riflessioni.

In primis, la bocciatura - anche da parte delle donne - dell’attuale organizzazione del Sistema Sanitario Nazionale e la ricerca di maggiore partecipazione alla vita dell’organizzazione sanitaria in cui sono inserite. Viene evidenziato il bisogno di una revisione globale dell’organizzazione del lavoro e viene puntualizzato come si tratti non di un’innovazione ma di un adeguamento a parametri già esistenti in altri paesi europei, sottolineando come l’Italia rappresenti un fanalino di coda.

Tuttavia, le donne, nel pensare al Sistema Sanitario come lo vorrebbero, evidenziano una serie di parole-chiave legate alla speranza di poter cambiare l’attuale sistema in un’organizzazione migliore: Umanizzazione, sia delle cure che dell’organizzazione, Meritocrazia ed Equità, Conciliazione vita/lavoro, Formazione e Condivisione. Da segnalare anche il fatto che - nonostante le molteplici criticità lavorative - circa il 65% di loro si vede nel prossimo futuro ancora nel lavoro che sta facendo attualmente, mentre solo una minoranza si dichiara pronta alla grande fuga; si tratta di percentuali inferiori a quelle rilevate per gli uomini in altre indagini che sono state condotte. Segno, forse, di una maggiore resilienza o di una maggiore identificazione delle donne nei valori del lavoro che hanno scelto e nella possibilità di guidare verso la salvezza l’organizzazione delle professioni di cura.

## La sanità che vogliamo

segue da pagina 1

la strada si è accresciuta e fortificata acquisendo la collaborazione e il sostegno di personalità di grande spessore politico come l'on. Maria Pia Garavaglia, di esperte come Linda Laura Sabbadini, Giovanna Vicarelli, Enza Caruso, di professioniste prestate alla organizzazione come Lucia di Furia.

**La IV Conferenza** è stata, attraverso foto e documenti, vetrina di ricostruzione del percorso, è stata emozione delle partecipanti, è stata riconoscimento. È stata festa. Per il bisogno soddisfatto e contagioso di conoscenza reciproca, per un percorso prima inimmaginabile, per una aggregazione inedita, aperta a contributi esterni al mondo sanitario e sindacale, che ha mostrato maturità e raccolto consensi generali. Dalle testimonianze arrivate a questo numero speciale di *Dirigenza Medica*, “la novità storica” delle donne al governo della sanità tradita è arrivata a reclamare con forza anche in politica l'imprescindibilità del binomio Donne e Salute.

**Il sindacato è a una svolta.** Dentro movimenti carsici facilitati dalla disintegrazione del post Covid si agitano insieme la precarietà del momento storico e tentativi in stile patriarcale di rimettere in sesto un contenitore usurato dal passare del tempo e dalle sue inevitabili delusioni. Storia e storie che hanno attraversato il passaggio al SSN, all'aziendalizzazione, alla regionalizzazione, sotto il segno del neoliberismo. Storia e storie di un lavoro che è stato profondamente modificato e mortificato dal nuovo schiavismo. E l'esito del PNRR con la falsa coscienza di salvare un SSN già nei fatti privatizzato sta a dimostrarlo.

L'Anaa Assomed di oggi, in affanno tra la vocazione alla difesa di una organizzazione che non è più riconoscibile (anche a iscritti e iscritte) e una improcrastinabile apertura al “nuovo”, rischia paradossalmente di esserci arrivata non preparata. Nel lessico, nella organizzazione interna, nella pervicace distanza dalla novità della presenza femminile. La cifra distintiva dei primi 60 anni di storia di questa associazione è stata, oltre che la difesa dei diritti, una visione alta, pubblica e universalistica di sanità. Oggi la importante svolta dell'imminente congresso non avrebbe senso se non coniugasse la storia della Associazione al-

la capacità di uno sguardo complesso e complessivo. Uno sguardo corretto dall'atavico strabismo, in grado di guardare fin da adesso ai cambiamenti in atto di una sanità a maggioranza femminile, che ha già portato, ad oggi, contenuti, studio, formazione, proposte. E ha già articolato parole nuove.

**Prospettive per il futuro.** Dal «*there is no alternative*» alla Sanità che vogliamo, al SSN che vogliamo: tra le tante opportunità post-pandemiche si è fatta avanti la ricerca delle donne di nuovi modelli organizzativi più vicini al benessere di tutte/i, pazienti e curanti. In gran numero mediche e dirigenti sanitarie sono entrate e continuano a identificarsi con questa associazione. Episodi di sopraffazione, vessazioni, insofferenza, le hanno portate a far parte, in difesa della salute e del diritto a curare, di una storia finora tutta maschile, e maschilista, in cui, pur non vestendo i propri panni, hanno cercato, o talvolta individuato, un comune sentire. Mancava però, per abitarla finalmente con agio, l'acquisizione e la piena cittadinanza di un altro sentire, cui nessuna Scuola Quadri era/è ancora attrezzata, *quell'arrivare a riconoscersi donne e fra donne*, e sostenersi: “*A me piace essere lo strumento di liberazione di un'altra e mi commuove saperlo mentre lei ancora non lo sa. Sentire questo passaggio che si compie in lei, poterne essere testimone e diligente esecutrice (la mia diligenza è a tutta prova) mi rende felice. A me piace questa fase, può essere una gioia stabile della mia vita*”(Carla Lonzi, *Taci, anzi parla*).

La storia delle donne ANAAO, la storia delle donne al governo della sanità tradita, è già iniziata. E partirà probabilmente da qui. Dove comincia ad apparire la biografia di più di una donna “*fedele a sé stessa e alla sua genealogia*”, e il cui cammino comincia a farsi VOICE.

**SANDRA MORANO**  
Coordinatrice Area  
Formazione Femminile  
Anaa Assomed

# speciale

QUARTA  
CONFERENZA  
NAZIONALE

**DONNE**  
ANAAO  
ASSOMED



QUARTA  
CONFERENZA  
NAZIONALE

**DONNE**  
ANAAO  
ASSOMED

# SOFFRIRE SUL LAVORO

# NON È UN DESTINO



Conoscenza Opera di Margherita Leo Rosenhag 2022

## LE DONNE AL GOVERNO DELLA SANITÀ TRADITA



### La IV Conferenza Nazionale Anaa Donne

è l'occasione per le donne, la maggioranza della forza lavoro in Sanità, per dialogare con Amministratrici e Amministratori, Decisori politici, Managers, esprimendo criticità e portando visioni e proposte alternative per un governo della salute a misura di tutti.

**ANAAO**  
ASSOCIAZIONE



**ASSOMED**  
MEDICI DIRIGENTI



[www.anaao.it](http://www.anaao.it)