

Numero 2/2024  
Supplemento a  
**Dirigenza Medica** 8/2024  
Il mensile dell'Anaa Assomed

# INIZIATIVA OSPEDALIERA

LA RIVISTA  
DELL'ANAAO  
ASSOMED



GLI ATTI  
DEL SEMINARIO

**AREA  
FORMAZIONE  
FEMMINILE**

ROMA - 14 GIUGNO 2024

# LEADERSHIP FEMMINILE

# QUALE, E PER QUALE SANITÀ?

ANAAO  ASSOMED

**UNA GIORNATA DA RICORDARE**

# INDICE NUMERO 2/2024

## INIZIATIVA OSPEDALIERA

### LA RIVISTA DELL'ANAAO ASSOMED

Supplemento a  
**Dirigenza Medica** 8/2024  
Il mensile dell'AnaaO Assomed

#### AnaaO Assomed

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

#### Direttore

Pierino Di Silverio

#### Direttore responsabile

Silvia Procaccini

#### Comitato di redazione

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

#### Coordinamento redazionale

Cesare Fassari

#### Progetto grafico e impaginazione

Giancarlo D'Orsi

#### Editore

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

#### Stampa

STR Press, Pomezia

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

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

Finito di stampare nel mese  
di settembre 2024

1	<b>INTRODUZIONE</b> Pierino Di Silverio
2	<b>UNA GIORNATA DA RICORDARE</b> Sandra Morano
<b>LE RELAZIONI</b>	
4	<b>LA RIVOLUZIONE COPERNICANA DELLE DONNE MEDICO</b> Giovanna Vicarelli
7	<b>L'AVANZATA DEL PRIVATO E IL FUTURO DELLE DONNE CHE LAVORANO NEL PUBBLICO</b> Chiara Rivetti
8	<b>QUALI PROSPETTIVE DI LEADERSHIP PER LE DONNE MEDICO IN EUROPA?</b> Alessandra Spedicato
9	<b>MEDICHE DIRIGENTI E MANAGER SOTTO PRESSIONE DEL NEOLIBERISMO TECIPANO</b> Luisa Pogliana
10	<b>SUL CONCETTO DI LEADERSHIP</b> Annarosa Buttarelli
<b>COME AFFRONTARE IL CAMBIAMENTO. IL LAVORO DEI GRUPPI</b>	
12	<b>TAVOLO DI LAVORO 1 IL PROTAGONISMO FEMMINILE</b>
13	<b>TAVOLO DI LAVORO 2 CURARE LA SANITÀ, CAMBIARE LA FORMAZIONE</b>
14	<b>TAVOLO DI LAVORO 3 LA SFIDA DELLE MEDICHE DI OGGI</b>
16	<b>TAVOLO DI LAVORO 4 RIFONDARE IL SSN</b>
17	<b>TAVOLO DI LAVORO 5 INVESTIRE NELLA FORMAZIONE DELLA LEADERSHIP FEMMINILE</b>
<b>COSA NE PENSANO LE RAPPRESENTANTI DELLE SOCIETÀ SCIENTIFICHE</b>	
19	<b>SILVANA AGATONE</b>
20	<b>VALERIA DUBINI</b>
21	<b>DONATELLA BIGNARDI</b>
22	<b>GIUSEPPINA SAROBBA</b>
23	<b>DANIELA REGA</b>
24	<b>CLAUDIA LUCCI</b>

# LEADERSHIP FEMMINILE. QUALE, E PER QUALE SANITÀ?



**PIERINO DI SILVERIO**  
SEGRETARIO  
NAZIONALE ANAAO  
ASSOMED

**La volontà di abbattere** il cosiddetto tetto di cristallo eliminando le differenze tra ciò che le donne in sanità creano, vivono e ciò che invece le consentono di gestire, ci accompagna da molti anni e ne sentiamo parlare come un mantra ormai spento. Perché nonostante gli sforzi che compiamo ogni giorno come professionisti, come appartenenti a una associazione sindacale ma anche semplicemente come persone, siamo costretti a confrontarci con un sistema sempre più elefantico rispetto alle modifiche, non tanto strutturali, ma culturali e quindi ancor più difficili da ottenere. Ma resto profondamente convinto che nella nostra società ed in particolare nella sanità dove la femminilizzazione ha raggiunto numeri importanti non debbano esistere preclusioni di alcun genere nel raggiungimento di ruoli apicali così come avviene più spesso in altri settori.

Per questo confido e confidiamo come Associazione nel lavoro e nell'opera dell'Area Formazione Femminile affinché tutta la produzione di pensieri e di analisi si traduca in un prodotto concreto.

Siamo consapevoli della difficoltà di questo lavoro per le tante resistenze anche all'interno della nostra categoria. Ma mi conforta vedere e ascoltare le tante colleghe anche delle nuove generazioni che si affacciano all'attività sindacale, desiderose di dedicare tempo ed energie a questa nuova esperienza. E l'attività dell'Area Formazione Femminile, la sua apertura anche alle Società Scientifiche come testimonia questa iniziativa, dimostra uno spirito inclusivo che deve sostenerci nella 'battaglia' contro la parcellizzazione.

Non possiamo negare come questa riguardi

varie componenti della nostra Associazione e quanto deleteri siano i suoi effetti perché contribuiscono allo sviluppo di un percorso di individualità che rischia di sostituire l'azione di gruppo, fondamentale per ottenere risultati. Noi dobbiamo andare in controtendenza, ci proviamo, ma non sempre ci riusciamo, a partire da una sana autocritica per riconoscere le nostre carenze. In un mondo che inclusivo non è, in un ambiente sanitario che inclusivo non è, in un ambiente politico che inclusivo non è, perché le crisi tendono a far chiudere l'essere umano, ben si inserisce la crisi epocale del nostro servizio di cure pubbliche che ha fatto sviluppare e crescere in ogni singolo professionista il senso di autopreservazione che rende più difficile abbattere la barriera tra noi e il mondo circostante. Lo constatiamo non solo nel rapporto medico-paziente, ma anche nei rapporti tra professionisti rischiando la fine della mission della nostra professione. Rischiamo di passare dall'essere medici al fare i medici, dall'essere dirigenti sanitari a fare i dirigenti sanitari e questo è il pericolo più grande che corriamo. Rispetto a questa crisi, che è identitaria, sociale e professionale il modo più giusto di reagire è quello di continuare a studiare, a produrre, a fare evidenza affinché i passi che facciamo quotidianamente all'interno dell'Associazione diventino passi più lunghi al suo esterno, trasformando questa camminata in una corsa, una corsa contro il tempo, perché tempo ce n'è sempre meno.

Quindi l'augurio che rivolgo a questo contesto, che è un contesto di studio, di crescita, di inclusione, è quello di aiutare l'Associazione a imparare a correre, a dare la spinta per trasformare i piccoli passi in una corsa, perché la nostra è una maratona, una maratona in cui non conta soltanto arrivare, ma conta arrivare il prima possibile.

Senza di voi ritengo che questo non sia realizzabile. Ma con uno spirito di coesione come quello che cerchiamo di dimostrare ogni giorno, ogni sfida diventa più a portata di mano soprattutto quella di eliminare definitivamente le differenze che precludono ancora oggi in maniera importante l'accesso della donna ai sistemi apicali non solo sindacali ma di governo del paese, della società e del welfare state.

# UNA GIORNATA DA RICORDARE



**SANDRA MORANO**

COORDINATRICE  
AREA FORMAZIONE  
FEMMINILE ANAAO  
ASSOMED

**Se dovessimo mettere in fila**, quasi in un pensiero ad alta voce, tutte le tematiche che le donne AnaaO hanno lanciato in oltre dieci anni di attività, ci troveremmo di fronte a una serie di proiezioni in avanti, oltre il quotidiano e le ingiustizie che chi fa sindacato, e non solo, conosce bene.

La prima delle quali partiva dalla potenza di una immagine (Manifestazione Nazionale AnaaO 2012): un moderno quarto stato della sanità, in cui l'avanzata di tantissime mediche era plasticamente già realtà.

In questo quadro, dove era già emersa la discrepanza tra aspettative individuali delle donne e realtà dei luoghi di lavoro (I Conferenza Nazionale AnaaO: Donne Sanità Sindacato, 2012), iniziammo a guardare ai problemi della rappresentanza e della differenza (Relazione, Passione, Autorità, 2014, XXIV Congresso AnaaO), e a rompere gli schemi, proponendo ad una larga base di iscritte il coinvolgimento diretto attraverso la comunicazione interattiva (II Conferenza AnaaO, Napoli, 2016).

Da allora i temi hanno iniziato ad incrociarsi con le tendenze del mainstream, ma il nostro obiettivo generale era diretto altrove, a un necessario salto di qualità della Associazione che preparasse le donne ad un governo autorevole della sanità, e non allo scopo di una mera sostituzione di generi.

Per questo obiettivo all'indomani del XXV Congresso Nazionale AnaaO (2018), nasce L'Area Formazione Femminile, che prevede per la prima volta in una associazione medica uno spazio originale di cultura e orientamento arricchito del valore della differenza.

Conseguentemente nella III Conferenza Nazionale (Genova 2019) è stato avviato un dibattito sui limiti del modello manageriale, chiamando, forse per la prima volta, amministratori, economiste/i, managers, sindacalisti, a confrontarsi con la mancanza di dialogo con le/i dirigenti medici sul campo, a

cui i corsi di economia non avevano nulla da insegnare riguardo alla professione di cura. Da quella conferenza in poi due grandi fattori hanno stravolto definitivamente uno scenario peraltro già critico: l'arrivo del Covid-19 e, in esso, il ruolo delle donne.

Il forzato isolamento, e il radicale cambiamento di prospettiva durante le fasi più buie della pandemia, hanno acuito la nostra consapevolezza: non più slogan, ma la realtà disvelata, non confutabile, di un SSN oramai abbandonato; e sullo sfondo l'urgenza di una svolta che premeva con nuovi bisogni e programmi.

La sanità che vogliamo è stata in questo senso una dichiarazione di intenti che partendo dal pesante lavoro in trincea, senza mezzi e senza riconoscimenti, evidenziava anche le esigenze di chi cura, le condizioni dei luoghi (ospedali, territori), le necessità dei pazienti.

La parentesi pandemica, ancora non studiata e approfondita con la serietà che meriterebbe, è stata vista come un dopoguerra da cui trarre impulso per lanciare, più che ricostruzioni, occasioni di business. Appena si è profilata una certa normalità, complici i fondi europei (il cui scopo avrebbe dovuto essere il miglioramento degli esiti di salute e delle condizioni dei lavoratori), sono comparsi, nel mainstream e nel mercato, i richiami alla presenza femminile nei ruoli apicali, indispensabile per interpretare e guidare i consumi nel settore della salute. Una campagna pervasiva che mira a oscurare l'accesso universalistico alla salute attraverso la ricetta del privato, auspicabilmente sotto il controllo vigile e competitivo della leadership femminile.

Ma la salute non è un oggetto di consumo, e la realtà nel lavoro di cura è ben altra cosa. Due seminari (Da Intruse a protagoniste, Le donne al governo della sanità tradita, 2022) nonché la IV Conferenza Nazionale Donne (2022) denunciano pubblicamente forte preoccupazione per la salute del SSN e per le

condizioni di un lavoro che oramai morde alle calcagna anche le professioniste con aggressioni, morti, fughe da una sofferenza che non è una fatalità.

Con occhi di donna (Ancona 2023), il primo evento residenziale di confronto “alla pari” tra protagonisti della sanità, amministratori, sindacati, politici, fa emergere le risposte sempre uguali di un management mirante all’autoconservazione più che ad accompagnare la leadership (femminile) ad entrare vittoriosamente negli alti ranghi del potere.

## PER QUALE SANITÀ?

Anche le **mediche** che si attrezzano a superare i famosi tetti di cristallo cominciano a sentire che questo progresso ha un prezzo, che passa per la fine del sistema sanitario nazionale. Questo passaggio, a replacement dei colleghi che stanno scomparendo per età e/o fuggendo all’estero o nel privato, prevede tante donne (e non potrebbe essere che così, se la matematica non è un’opinione) come novella architrave di un sistema sempre più dipendente da grandi holdings che investono in sanità, perché rende. Servirà per questo il bagaglio di competenze faticosamente maturate negli anni di studio e apprendistato, tra solitudine e passione, tra rischio e motivazione? Nella attuale narrazione della leadership femminile tutto questo non sembra in agenda, mentre una realtà trasversale oramai ha conquistato e trasformato la maggioranza del management sanitario, tra cooperative e ingegneri gestionali in attesa della grande rivoluzione della IA.

## WHAT WOMEN WANT: CRONACA DI UNA GIORNATA INDIMENTICABILE

**Il seminario di Roma** (Leadership femminile: quale e per quale sanità? - 14 giugno 2024) aveva l’obiettivo di costruire per la prima volta una rete tra associazioni sindacali e società scientifiche guidate da donne, senza condizionamenti di appartenenza, istituzionale o accademica. Con la convinzione che quello che è mancato in questi decenni è la solidarietà, che ha tolto forza al protagonismo femminile e autorevolezza al ruolo di mediche, ricercatrici, dirigenti sanitarie, specialiste, accademiche.

L’invito è stato accolto da tante amiche e colleghe di riconosciuta autorevolezza, in una atmosfera in cui è stato facile raccontare le proprie esperienze esponendo problemi presenti a tutte le latitudini, alla cui soluzione può condurre solo la forza e l’unità di tutte le componenti femminili. Nei lavori di gruppo le colleghe hanno lavorato su un tema i cui elaborati sono riportati in questo numero davvero speciale di Iniziativa Ospedaliera, che abbiamo voluto definire “Una giornata da ricordare”.

Al suo interno è visibile lo sforzo di tutte per raccogliere la sfida della solidarietà tra donne, dare conto dei lavori di gruppo anche attraverso storie personali, descrivere nuove realtà assistenziali o formative, trovare il tempo per portare pensieri e scrivere parole. Per non disperdere il valore di questo incontro e, più in generale, del piccolo grande patrimonio di formazione, unico e prezioso, accumulato in anni difficili per tutti e, sicuramente, non ancora così aperti alle donne.

Un proficuo rapporto con le società scientifiche fa bene anche al Sindacato, e di buon auspicio appare la volontà di una dichiarazione comune di intenti ed azioni in apertura della V Conferenza delle Donne Anaa che si terrà a Firenze nei giorni 8-9 Novembre 2024. Occorre adesso lavorare per allargare l’informazione e la circolazione delle idee e delle iniziative della AFF a tutti i livelli della Associazione.

# LA RIVOLUZIONE COPERNICANA DELLE DONNE MEDICO

## RAGIONARE SULLE RELAZIONI DI CURA COME OBIETTIVO PRIMO E ULTIMO DEL SISTEMA SANITARIO



**Giovanna Vicarelli**  
Direttrice Scientifica  
del Criss Univpm

### Premessa

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

Il tema che vorrei affrontare è quello della particolare “congiunzione” che si è creata all’interno del SSN tra politiche sanitarie e professioni della cura, subito prima e subito dopo la pandemia, cercando di immaginare il possibile ruolo delle donne in termini di “guida”. Uso questo termine, anziché leadership, perché è meno connotato e, a mio avviso, più utile in quanto scevro da false conoscenze o da letture troppo ideologiche. D’altro canto, il dizionario Treccani individua come prima spiegazione del termine proprio “la funzione e attività di guida”, dove “guidare”, sempre nello stesso dizionario, significa “accompagnare, condurre qualcuno in qualche luogo”. È abbastanza incontrovertibile che la pandemia sia stato un “evento” di notevole portata che ha scosso gli assetti sanitari, nonché socioeconomici e politico-culturali di tutto il mondo e, per quanto ci riguarda, dei paesi europei e dell’Italia. Nonostante le caratteristiche pressoché simili di tale evento (con le sue forme di contagio, di malattia/morte, di vaccinazioni ecc.), ogni paese ha avuto reazioni diverse a seconda delle proprie specificità nazionale e sub nazionale. Ciò significa che il “tempo” (cioè, quando la pandemia si è dimostrata) e soprattutto lo “spazio” (cioè, il contesto economico, politico, sociale e soprattutto sanitario) contano molto per comprendere cosa sia effettivamente avvenuto. D’altro canto, come insegna la sociologia dei disastri, un evento avverso ha un “prima” e un “dopo”, va quindi letto in un continuum che ci permette di capire come si era configurato quello spazio/tempo su cui si è abbattuta la pandemia e come si prospetterà a seguito delle forme e dei modi in cui è stata affrontata. Proverò, di conseguenza a leggere, in termini molto sintetici, la congiunzione tra politiche sanitarie e professioni in cui si trovava l’Italia prima dell’evento pandemico (par. 1), come è stato affrontato (par. 2) e come tale congiunzione si proponga oggi (par. 3),

per arrivare a discutere del ruolo delle donne medico (par. 4).

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

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

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

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

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

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

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

## 2. L'impatto pandemico

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

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

Nel periodo immediatamente successivo alla pandemia ci si è confrontati sul "da farsi", nella consapevolezza crescente che le fessurazioni erano state ampliate dalla crisi e alcuni pezzi si erano rotti: basti pensare alla fuga del personale dal SSN e alla crescita delle liste di attesa in alcune regioni italiane.

È in tale direzione che il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) è stato proposto come uno strumento economico e gestionale innovativo, voluto dall'Unione Europea e rivolto agli stati membri, in primis all'Italia per l'entità straordinaria del finanziamento.

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

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

Nel 2020, in piena fase pandemica, l'European Observatory on Health Systems and Policies dell'OMS ha pubblicato un Policy Brief (n.36) dal titolo "Rafforzare la resilienza dei sistemi sanitari. Concetti chiave e strategie". In esso si sostiene come, nonostante un crescente interesse per il concetto di resilienza e le sue applicazioni pratiche, tra gli analisti dei sistemi sanitari e tra i politici vi sia ancora molta confusione su cosa significhi resilienza e su come rafforzarla. Nel documento, dunque, si mira a colmare queste lacune e a sostenere una comprensione e un uso più coerenti del concetto. La resilienza – si legge – è la capacità di prepararsi ad affrontare uno shock (da offerta o da domanda di servizi sanitari), a saperlo gestire (mediante forme di assorbimento, adattamento e trasformazione) e di imparare da quanto è avvenuto. Di conseguenza vengono individuate tredici strategie per rendere i sistemi sanitari più resilienti<sup>5</sup>. Di queste almeno tre riguardano il personale. Accanto, cioè, a strategie di finanziamento, di governance e di cultura organizzativa, si pone la necessità di poter contare su un

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

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

livello e una distribuzione adeguata di risorse umane (strategia 10), su forza lavoro motivata e ben supportata (strategia 12), sulla capacità di esprimere una leadership efficace e partecipativa (strategia 1).

La teoria sull'antifragilità<sup>6</sup> sottolinea (ancor più di quella sulla resilienza) la necessità della trasformazione dopo un evento avverso, in contesti volatili, incerti, complessi e ambigui (VUCA). Ciò implica assumere quattro caratteristiche comportamentali<sup>7</sup>. In primo luogo, "l'adattamento proattivo" inteso come capacità di reagire di fronte a situazioni impreviste e in contesti nuovi e insoliti. L'"equilibrio dinamico" rappresenta, invece, la motivazione che spinge la persona verso situazioni nuove con grande disponibilità al cambiamento. L'"agilità emotiva" sarebbe la capacità di decidere se associarsi o dissociarsi dall'emozione dominante che si genera durante un evento, detta anche maturità emotiva. Quest'abilità consente di utilizzare le emozioni in due modi: o lasciandosi coinvolgere e trasformare il vissuto emotivo in energia o distaccandosene assumendo una "meta posizione" utile allo scopo. Infine, la "distruttività consapevole" sarebbe la capacità di andare oltre al condizionamento dato dalla conoscenza eliminando vincoli che impediscono di vedere nuove possibilità.

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

#### 4. Il ruolo delle donne medico

Stante questa situazione ci si può chiedere quale possa essere il ruolo delle donne medico e nello specifico di chi ha o avrà nel breve periodo una posizione direzionale. Per motivi demografici, infatti, legati alla crescita della femminilizzazione della medicina a partire dagli anni Novanta e connessi ai pensionamenti recenti del personale medico (tutto maschile), molte mediche si trovano dentro (o alle soglie) della direzione (Vicarelli 2008)<sup>8</sup>. Aldilà delle difficoltà, ancora esistenti, nell'assumere tale ruolo, sia per motivi strutturali/culturali che soggettivi, il tema è se le donne possano fare la "differenza". Il termine è scelto appositamente perché fare la differenza può essere interpretato in modi diversi, come sentiremo nelle relazioni seguenti. Per quanto mi riguarda, fare la differenza significa assumersi il compito di guidare il SSN (nelle sue diverse articolazioni istituzionali e di servizio) verso una posizione resiliente e antifragile che gli permetta di far fronte ad un ambiente altamente instabile, salvaguardandone i principi di fondo (i quattro pilastri

dell'universalismo) e ponendo effettivamente al centro la persona, sia esso il paziente/la paziente che il professionista/la professionista.

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

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

- 5 (1) Leadership efficace e partecipativa con a forte visione e comunicazione
  - (2) Coordinamento delle attività tra soggetti di governance e di produzione dei servizi
  - (3) Cultura organizzativa dell'apprendimento reattiva alle crisi
  - (4) Sistemi e flussi informativi efficaci
  - (5) Sorveglianza che consenta il rilevamento tempestivo degli shock e il loro impatto
  - (6) Garantire risorse monetarie sufficienti nel sistema e flessibilità per riallocare e iniettare fondi extra
  - (7) Garantire la stabilità del finanziamento del sistema sanitario attraverso il finanziamento sanitario anticiclico meccanismi e riserve
  - (8) Flessibilità di acquisto e riallocazione dei finanziamenti per soddisfare le mutevoli esigenze
  - (9) Copertura sanitaria completa
  - (10) Livello e distribuzione adeguati di risorse umane e risorse fisiche
  - (11) Capacità di aumentare la capacità di far fronte a un improvviso aumento della domanda
  - (12) Forza lavoro motivata e ben supportata
  - (13) Approcci alternativi e flessibili da realizzare nell'ambito della cura
- 6 Nassim Nicholas Taleb, *Antifragile. Prosperare nel disordine*, Il Saggiatore, 2013
  - 7 Vercelli G. e D'Albertas G. *Antifragili*, Feltrinelli 2021
  - 8 2008 G.Vicarelli *Donne di medicina. Il percorso professionale delle donne medico in Italia*, vi

## L'AVANZATA DEL PRIVATO E IL FUTURO DELLE DONNE CHE LAVORANO NEL PUBBLICO



**Chiara Rivetti**

Area Formazione  
Femminile Anaa  
Assomed e Segretaria  
Anaa Assomed Piemonte

**Quando si intaccano** i diritti e si colpisce il Welfare, i primi a farne le spese sono gli ultimi. E tra questi, le donne.

La sanità pubblica è progressivamente erosa dal defianziamento parallelo all'aumento dei bisogni e, con la sanità patiscono le donne che vi lavorano e le donne che vi accedono, come pazienti. E patiscono di più. L'analisi del sistema sanitario cui stiamo andando incontro, con sempre più privato, assicurazioni e rinuncia alle cure, deve necessariamente avere un'ottica di genere, non foss'altro che le donne dagli ultimi dati 2022 del Conto Annuale del Tesoro rappresentano il 52% dei dirigenti. Visto che il Regionalismo Differenziato è tema caldo, meglio precisare che sono 55% al nord e 45% al sud. Ma, tra i Direttori di SC le donne sono solo il 21%. E, a riprova che le difficoltà tra loro si amplificano, accanendosi su chi già arranca, va precisato che sono il 24% al nord ma il 15% al sud.

In questo contesto, colpire l'universalismo e l'equità delle cure, spingendo verso il privato e svalutando il lavoro dei medici e dirigenti del SSN, significa anche e soprattutto, colpirne le donne.

Dai dati ANAC 2023, la spesa per l'esternalizzazione dei servizi medici, ovvero i cosiddetti medici a gettone, è aumentata vertiginosamente negli ultimi anni, passando da 10 milioni del 2019 ai 37 milioni del 2022. Le Regioni maggiormente coinvolte nella spesa sono risultate essere la Lombardia, l'Abruzzo – dato piuttosto sorprendente, se si considerano le ridotte dimensioni demografiche della Regione – e il Piemonte. Ma se il privato di fatto è entrato negli ospedali pubblici, complice la ormai celebre carenza di specialisti, molti pazienti ne sono usciti, per cercare risposte più veloci nel privato

puro. Dall'indagine ISTAT 2022, alla domanda “qual è stata la modalità di pagamento dell'ultima visita specialistica” il 43% ha risposto che ha pagato interamente di tasca propria, il 4% che invece ha pagato tramite una polizza assicurativa.

Il consumismo sanitario, indotto anche da pacchetti di check-up inseriti nei piani di welfare aziendale oltreché da una buona dose di inappropriata prescrizione, con a cascata aumento esponenziale di ulteriori esami, ha contribuito ad aumentare la spesa a carico delle famiglie.

In generale, la spesa out of pocket non rimborsata dal SSN è cresciuta del 43% nel periodo 2016 - 2022, a fronte di un aumento della spesa sanitaria pubblica del 12%. A rilevarlo è il monitoraggio della spesa sanitaria 2023 pubblicato dalla Ragioneria dello Stato, che sottolinea come, dopo il rallentamento registrato nel 2020 dovuto al periodo pandemico, continua il trend crescente della spesa sanitaria privata su tutto il territorio nazionale.

La spesa out of pocket, che include anche le spese odontoiatriche e quelle per i farmaci, ammonta nel 2022 a 40 miliardi, pari a quasi un terzo della spesa sanitaria pubblica.

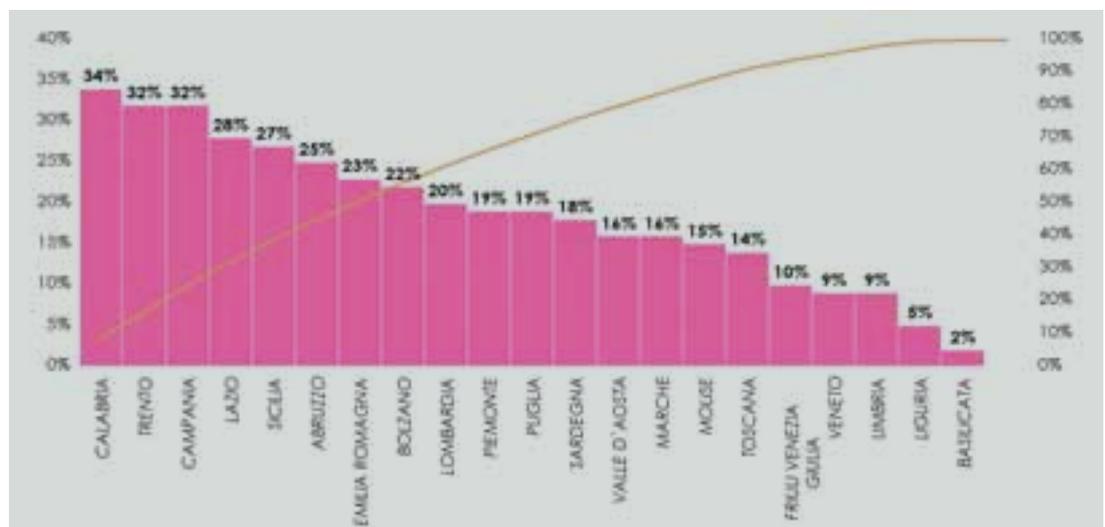
Ma non di solo privato puro si vive: anche l'accreditato ha una significativa quota parte di quello che purtroppo viene infelicemente chiamato “mercato sanitario”. Sempre dai dati dell'Annuario statistico del Ministero, nel 2022 in Italia il 21% dei posti letto per acuti è privato accreditato. E in questo ambito, ogni regione è un mondo a parte: in Calabria la quota aumenta a 34%, in Campania a 32%, in Lazio a 28% mentre in Liguria è solo il 5%.

I dati 2024, quando li potremo analizzare, ci descriveranno una situazione ancora peggiore. Perché ovunque nascono centri per eseguire visite last minute, esami di qualunque liquido biologico, screening e prevenzione senza alcuna dimostrazione scientifica di efficacia.

Dove c'era una banca, ora c'è un centro medico. Per questo la nostra attenzione è massima. Perché questa sarà, se non alziamo sempre più la voce, uniti, la sanità del futuro e la sanità delle donne e degli uomini che ora lavorano nel pubblico.

### Percentuale PL privato accreditato in degenza ordinaria sul totale del PL

Fonte: Ministero della Sanità, Annuario statistico



## QUALI PROSPETTIVE DI LEADERSHIP PER LE DONNE MEDICO IN EUROPA?



**Alessandra Spedicato**  
Capo Delegazione Anaao  
Assomed in Fems

È questo il dubbio che sorge nel leggere la composizione dei board delle maggiori associazioni mediche europee: la presenza femminile, o meglio la sua assenza, è una evidenza talmente schiacciante da chiedersi se, in fin dei conti, sia necessario anche lo sguardo femminile nelle politiche di organizzazione sindacali, scientifiche o sanitarie europee. Fortunatamente, una risposta ottimista arriva sia dalla più giovane associazione medica europea, la European Junior Doctors' Association, che dalla ETUC, la Confederazione Europea dei Sindacati. Nella prima il board è formato in modo equilibrato da colleghi di entrambi i sessi, ad indicare che la parità di genere ben si coniuga con le nuove generazioni, mentre la confederazione ETUC ha scelto una posizione netta e chiara a sostegno dell'equilibrio di genere.

Ha adottato una resolution in cui invita le aziende pubbliche e private dei paesi della UE ad una pari rappresentatività di genere nei diversi apparati decisionali. Questo perché numerose ricerche mostrano che quando *“le donne hanno meno potere decisionale nelle famiglie, nei consigli di amministrazione o nei governi, è meno probabile che i loro bisogni vengano compresi o soddisfatti”* (cit.)

Tuttavia il mero approccio volontario alla gestione di questo aspetto nei consigli di amministrazione non si è rivelato efficace. Risultati si sono ottenuti solo in quei paesi, Italia compresa, dove i Governi hanno preso decisioni legislative (Francia, Italia, Svezia, Belgio, Germania, Olanda e Finlandia) che assicurano una quota di presenza ad entrambi i generi. Quando si parla di mancata soddisfazione di bisogni, è importante ricordare anche il divario economico che colpisce le donne medico in Europa rispetto ai colleghi.

Nel 2022, OMS ha svolto una survey per indagare

l'esistenza del gender pay gap nelle professioni sanitarie - <https://www.who.int/publications/i/item/9789240052895>

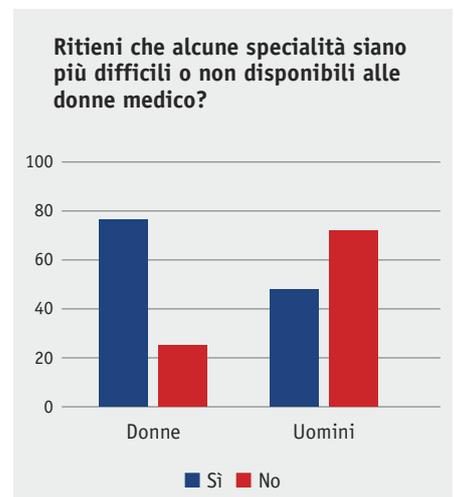
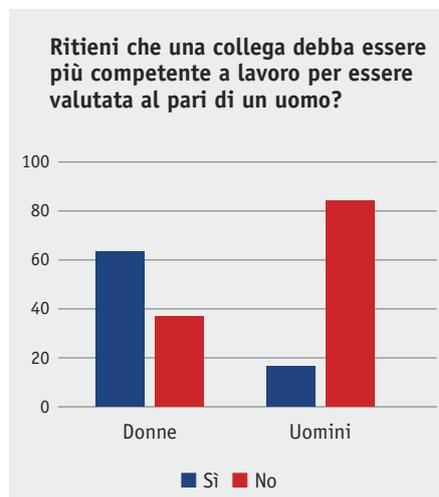
L'indagine ha evidenziato che, al crescere delle competenze e delle specializzazioni in sanità, il divario retributivo tra uomini e donne cresce fino ad arrivare ad un gap del 20% per le professioni più qualificate (i medici). Questo gap non si dimostra così alto in altri settori lavorativi e la stessa Organizzazione Mondiale della Sanità, al termine della sua analisi, se pur pregevole, non riesce ad identificare cause convincenti del fenomeno e soprattutto non offre soluzioni efficaci.

In questi grafici, si possono osservare le risposte, differenziate per genere alle domande evidenziate. Questi grafici sono stati estrapolati da una indagine di più ampio respiro che La FEMS (Federazione Europea dei Medici Salariati) ha condotto nel 2023 su circa 4.000 medici europei per analizzare la femminilizzazione della classe medica.

In una lettura critica delle risposte, si ha l'impressione che le donne medico soffrano di mancanza di self confidence e che abbiano una visione più critica delle proprie competenze rispetto ai colleghi uomini. Questa difficoltà a riconoscere la propria autorevolezza ha l'ambiguità di essere sia causa che effetto della carenza di figure femminili leader in sanità. Le donne faticano a proporsi per ruoli apicali perché non si “ritengono all'altezza” o comunque sufficientemente preparate e allo stesso tempo la loro assenza da posizioni di comando non permette quel fenomeno di ispirazione/imitazione da parte delle colleghe più giovani.

Proprio per studiare le donne medico che oggi sono in posizioni di leadership in Europa, insieme a Sandra Morano ed in collaborazione con l'Università delle Marche (Prof.ssa Giovanna Vicarelli e Prof.ssa Elena Spina - Dipartimento di Sociologia) abbiamo condotto una analisi **qualitativa** per:

- 1 Indagare** le caratteristiche psico attitudinali delle mediche che già ricoprono posizioni di leadership
- 2 Valutare** l'eventuale differenza condizionata da influenze culturali, storiche o sociali attraverso l'Europa



- 3 **Scoprire** buone pratiche già in atto  
 4 **Identificare** strumenti necessari per aiutare le nuove generazioni di mediche ad affermare la propria leadership.

I risultati della survey saranno presentati in una sessione dedicata durante la conferenza organizzata dalla Area Formazione Femminile il 7 e 8 novembre a Firenze ma è interessante anticipare l'analisi delle risposte delle colleghe francesi.

Le cugine d'oltralpe che attualmente ricoprono posizioni di comando tengono in estrema considerazione il valore del TEMPO, in tutte le sue declinazioni: tempo limitato per l'attività lavorativa, necessità di tempo per sé stesse, tempo per praticare una attività sportiva. Hanno almeno due figli, frutto delle politiche sociali della Francia, e ritengono sia fondamentale per il benessere organizzativo la condivisione della leadership e l'attitudine a fare rete con le altre colleghe.

Questa interpretazione di una leadership condivisa ricorda il lavoro di Konu – Viitanen riguardo la *Shared leadership in Finnish social and health care* come modello di gestione adatto alle caratteristiche femminili di guida.

Le colleghe francesi, nelle loro risposte, non forniscono soluzioni o buone pratiche particolari per il miglioramento della equità sul posto di lavoro ma offrono una interessante riflessione alla domanda quali caratteristiche una donna leader deve avere e quali caratteristiche riconoscono in loro stesse.

La parola più citata è CAPACITA', accompagnata da perseveranza, tenacia e determinazione. Poco valore danno a quelle caratteristiche più tipicamente femminili della cura come empatia ed ascolto, a sottolineare il fatto che, nel raggiungere il proprio obiettivo lavorativo, si sono affidate a qualità che richiedono preparazione e sacrificio. La scelta lessicale sottolinea la volontà e la ricerca di svolgere bene il proprio lavoro e l'inclinazione a candidarsi al ruolo solo quando sufficientemente confidenti in sé stesse.

La nuvola di parole che sintetizza le risposte delle donne medico francesi, è più compatta alla domanda: "a chi compete l'insegnamento della leadership?"

A tutte le latitudini, è compito dei sindacati, insieme alla facoltà di Medicina e le società scientifiche, insegnare e trasmettere il valore della guida alle generazioni di mediche, di oggi e di domani.



## MEDICHE DIRIGENTI E MANAGER SOTTO PRESSIONE DEL NEOLIBERISMO: MA SPAZI D'AZIONE CI SONO



Luisa Pogliana  
Donnesenzaguscio

**Negli ultimi anni** è avvenuto un grave cambiamento nel governo delle aziende. Ha preso il sopravvento il *modello economico-finanziario del neoliberismo*, che va conosciuto, almeno nei punti essenziali, se vogliamo contrastarlo.

Prima di tutto lo stesso scopo dell'azienda -produrre beni o servizi- passa in secondo piano, come la remunerazione dei lavoratori, da comprimere il più possibile, e gli investimenti per il futuro. L'azienda è distolta dal suo fine di *creare valore*, per passare a una *estrazione di valore*.

La speculazione finanziaria prevale sull'economia produttiva. Di conseguenza il ruolo dei manager è sempre più limitato da vincoli predefiniti dalla finanza, a prescindere dagli andamenti del business aziendale. Anche la gestione aziendale, guidata dai dati (*data driven*), usa algoritmi ignoti ai manager stessi, sminuendo le loro possibilità di decidere. I dati, inoltre, non sono neutri, ma riflettono i pregiudizi di chi li crea: esclude le donne ('non disponibili a lavorare *senza limiti di tempo*'), le etnie diverse, le età...L'Intelligenza Artificiale oggi è prodotta da un mondo dominato da uomini spesso migri, bianchi e di alto livello sociale.

Si è affermato un nuovo potere, esercitato da lontano e poco visibile: potenti investitori finanziari, istituti bancari globalizzati, grandi aziende digitali. I manager sono esposti al mercato finanziario, che guarda gli andamenti in borsa molto più dei risultati nel business di riferimento. È una tendenza che inizia negli anni 80 del 1900, ma si è sviluppata in modo graduale, e solo negli ultimi anni ne abbiamo visto chiaramente gli effetti. Guardiamo per esempio un indicatore nel mercato del lavoro degli USA. La forbice tra produttività e remunerazione si è allargata sempre più: la produttività è cresciuta del 64%, le remunerazioni sono cresciute del 17%. Il salto evidente del suo dominio è avvenuto con l'ondata del Covid, facendo leva soprattutto sulle nuove forme di organizzazione del lavoro, che hanno isolato ogni lavoratore e lavoratrice con il lavoro da casa totale e obbligatorio. Così si toglie il fondamento della solidarietà, la forza della contrattazione, e si rende chi lavora più controllabile, dominabile. Infatti è ben prima del Covid che le grandi società di consulenza aziendale (McKinsey, Accenture...), mettevano l'isolamento dei singoli lavoratori come obiettivo principale indispensabile per ottenere tutto il resto. Si era valutato che ci sarebbero voluti 30 anni per raggiungerlo. Le politiche per contenere il Covid lo hanno reso possibile in tre anni. Nel neoliberismo conta il profitto, totale e immediato. Perciò il capitale finanziario va dove va la rendita. Prendiamo un caso esemplare proprio dal settore sanitario. Prendiamo Agnelli e Rocca. Famiglie che non facevano (abbastanza) soldi con le automobili, si sono buttate dove la rendita c'era, la sanità privata. Monopolizzano l'offerta migliore,

per esempio i medici migliori. Quando il monopolio è assicurato il privato ci specula sopra: impongono i prezzi che vogliono, e la domanda si deve adattare all'offerta.

Ricordiamoci dunque che le strutture gerarchiche e le politiche ospedaliere derivano da questo, e che ristretta è la possibilità d'azione proprio di chi sta nei vari ruoli, mediche dirigenti e manager compresi. Il potere e lo status dei manager nei due ultimi decenni sono diventati via via molto limitati. Complessivamente c'è un maggiore distanziamento tra il vertice e gli altri manager, spesso costretti a rinunciare proprio a quelle azioni che danno senso all'essere manager (come occuparsi di chi lavora). La figura del manager è erosa. È una situazione frustrante, c'è un forte scontento. Ma si tende a non parlarne pubblicamente, per una sorta di pudore, per non sminuire la propria immagine.

Certo è difficile contrastare questa politica. Eppure qualcosa sta succedendo. Negli Stati Uniti, dove le politiche del personale si basano sull'isolamento di ogni lavoratore e lavoratrice, questi sono tornati ad una risposta collettiva, nonostante il timore di ritorsioni: forte aumento di adesione ai sindacati (+60%) e scioperi dappertutto nel paese, tanto che questa stagione è stata etichettata "l'estate calda". Molto coraggio viene anche da donne di alto livello. Melissa Gregg - docente e ora autonoma - ha condotto studi molto anticipatori sugli effetti del lavoro da casa mediante le nuove tecnologie: permet-

tono sì di lavorare dove e quando si vuole, ma il lavoro che esce dall'ufficio si trasferisce dentro ogni parte della vita, fino alle camere da letto (*Work's Intimacy* è il titolo del suo libro più noto). Altre studiose e manager, con una ricerca, hanno preso per prime una posizione critica sull'intelligenza artificiale. Soprattutto Emily Bender, americana, linguista, che ha mostrato l'enorme costo e i danni ambientali dell'AI. E come vengono amplificate con gli algoritmi opinioni di maggioranza. Tinmit Gebru, co-leader del comitato etico di Google, coautrice della ricerca, è stata invitata dalla direzione a togliere il suo nome da un articolo pubblicato su quei risultati, e a denunciare gli altri ricercatori. Si è rifiutata, è stata costretta a dimettersi. Così tutti hanno conosciuto la realtà di Google.

Dunque può esserci uno spazio politico anche per noi. Magari iniziative limitate, una microprogettazione, ma che incide su questa politica rapinosa. E abbiamo visto che alcune donne anche da noi sono riuscite a cambiare almeno parzialmente lo stato del loro ambito di lavoro. E se vogliamo un altro incoraggiamento, che viene proprio da queste donne, sappiamo che in ogni periodo del capitalismo, e così anche oggi, è sempre stata una donna per prima a cambiare la visione del potere e del management. Anche oggi possiamo fidarci nelle chiavi di lettura che queste donne ci offrono, aprendoci la possibilità di capire e di agire. E anche fidarci nelle nostre capacità.

## SUL CONCETTO DI LEADERSHIP



**Annarosa Buttarelli**  
Filosofa, Scuola di Alta formazione per donne di Governo (SAFDG)

**La parola leadership** o la vecchia concezione di management non sono più percorribili: lo dicono i manager stessi. Tra i tanti cito un libro, "Abracadabra" scritto da Vitullo e stampato dal Il Sole 24 ore. In questo libro è ben descritta la *débâcle* generale di tutte le formazioni manageriali fino ad oggi. Un altro libro che vi cito si intitola "Le grandi dimissioni" Einaudi editori: ma perché questa fuga dai luoghi di privilegio manageriale? Perché se non cambia il paradigma, che si chiama capitalismo neo liberista finanziario, la gente muore, o per guerre, o per fame o perché impazzisce, o perché cade vittima di grave depressione come sempre più succede nei contesti di lavoro: i più forti se ne vanno.

Perché questo fenomeno in crescendo? Da un lato perché manca la leadership femminile, ossia le donne si accontentano molto spesso di aver rotto il famoso tetto di cristallo, di aver raggiunto i posti più favoriti dal punto di vista economico, e non procedono nella rivoluzione necessaria che è quella di cambiare il sistema. Noi donne nel sistema attuale non siamo previste, né prima, né dopo, né durante; per cui va bene lottare giustamente per occupare posti manageriali, ma poi ci deve essere uno stile femminile nella gestione di quei ruoli, e non acconten-

tarsi solo del fatto di averli raggiunti, obiettivo che una volta sembrava impossibile. Non bisogna accontentarsi del privilegio, perché il privilegio prima o poi viene rovesciato, e questa è una lezione storica che bisogna imparare. La questione di accoccolarsi nel privilegio è bene perché finalmente le donne nel benessere è giusto che ci stiano e che lo aumentino, non è in discussione questo. È che il benessere delle donne sia economico, sia sociale, sia di cittadinanza, non deve essere smemorato di quello che succede intorno, altrimenti anche quello stesso privilegio non avrà un buon esito.

In questo momento non è in discussione la questione del capitalismo, ma il paradigma che definisce il capitalismo oggi, cioè il neoliberismo finanziario, il quale rende ingovernato il mondo, che va avanti per inerzia, seguendo le logiche che vediamo: competizione, risentimento, individualismo, disprezzo del pianeta e delle risorse, disprezzo dei bambini e delle bambine, disprezzo degli adolescenti, dei giovani e disprezzo dei vecchi.

**La questione** quindi riguarda cosa fare di quella parola che una volta era leadership, in relazione ad una nuova coscienza manageriale a segno femminile. Nella scuola psicodinamica del lavoro esiste una trasformazione della posizione manageriale in senso cooperativo. La punta più avanzata da parte maschile della riforma della posizione manageriale riguarda non l'orizzontalità che è un'altra illusione, ma la cooperazione.

Cosa significa adesso ridefinire la leadership: intanto sappiate che questa parola definisce il declino della politica istituzionale, in quanto leadership è la modalità del dominio, quando si parla di leadership ormai il velo si è tolto e si è capito che si tratta di possibilità di dominare, cioè di fare un passaggio ulteriore da gestione del potere a dominio, perché il potere ha bisogno anche della rappresentanza, come era definita dalle democrazie rappresentative.

Il dominio ha bisogno della leadership, cioè di quello che sanno fare benissimo i leader populistici, che non hanno bisogno delle mediazioni, poiché il significato di leadership è di leader a diretto contatto con il popolo, quindi fa molto conto sulla questione della fascinazione, del linguaggio che funziona nell'orecchio popolare, cioè della larga maggioranza che poi va a votare o non va a votare, perché un vantaggio della leadership è anche l'indifferenza, tanto il verbo è quello del leader.

Su cosa si può lavorare togliendo alla parola leadership il suo potere seduttivo? Ne sono un esempio le aziende familiari che seguono logiche diverse da quelle delle multinazionali, e che sono quelle più compatibili con una presenza femminile che deve fare il suo sottosopra, anche per mantenere un pensiero critico, che sembra ormai lo abbiamo solo noi donne, poiché tutti si stanno allineando alle logiche correnti, che sono senza direzione precisa, e quindi vuol dire corsa verso il disastro, perché le logiche contemporanee mangiano sé stesse.

Finisce il valore del lavoro, perché 83 milioni di posti di lavoro in Europa, inclusi quelli medici, entro il 2029 verranno sostituiti dalla IA.

Alla luce di tutto questo io continuo a dire alle donne: non puntate solo sui posti di potere economico e di valore dirigenziale adeguato alla vostra intelligenza e alle vostre capacità, e quindi lottare ancora per questo, ma non basta... finita la leadership, noi dobbiamo provare a governare, e per farlo ci vuole autorevolezza, sapienza, coscienza, pensiero critico, amore per il mondo.

## SUL CONCETTO DI RAPPRESENTANZA NELLA PROSPETTIVA DELLA PROSSIMITÀ

**Le mediche** hanno la possibilità di disegnare un futuro prossimo, immediato e necessario, in una maniera radicalmente differente. Sarebbe necessario anche nelle facoltà modificare i percorsi formativi sia per la professione medica ed infermieristica, ma anche per tutte quelle che fanno riferimento all'area della Sanità, immettendo in questa formazione la sapienza, le pratiche, la visione differente delle relazioni umane, il patrimonio del prendersi cura e del curare, che portiamo con noi dal tempo in cui, la presenza femminile nella realtà di tutti, è riuscita a rendere noto e ad elaborare veramente un patrimonio che non è ancora né conosciuto né messo al lavoro. Ne è un esempio la questione della rappresentanza: c'è una differente modalità del rappresentare nelle pratiche sia politiche sia relazionali delle donne; attualmente sia nel mondo politico, che in altri mon-

di in cui si usa questa parola e questa pratica politica, c'è una notevole crisi, cioè non c'è più una possibilità secondo le modalità consuete, di nutrire di contenuti reali questa parola.

**Chi fa parte di un sindacato** sa che ha una contiguità necessaria con la parola della rappresentanza. Ma questa, è stata svuotata del suo significato nel momento in cui la rappresentanza consueta della democrazia post moderna è diventata semplicemente una tecnica per rinnovare il posto di potere, piccolo o grande esso sia.

Mentre invece nella pratica politica delle donne, la questione rappresentanza è cruciale, perché riguarda non tanto la corsa elettorale, ma soprattutto la possibilità di esprimere e di portare con sé la voce di chi non ha voce, ovvero riconsiderare questa parola come una possibilità di scegliere tra di voi le persone che hanno meno interesse personale, meno interesse di gestione di piccoli o grandi poteri, ma la capacità di tradurre in parole le possibilità e le necessità che ci sono di trasformazione, non tanto di mantenimento di piccoli o grandi poteri.

La questione riguarda una concezione di rappresentanza che è quella della prossimità, che fa parte del processo di rinnovamento che dovrebbe essere portato anche nell'area sindacale.

Nella pratica politica delle donne, quella che potrebbe essere ascoltata e assunta come modalità di trasformazione di prossimità ha valore simile a quello che c'è nella famosa parabola del Vangelo del buon samaritano, dove c'è il prendersi cura mostrato in un modo rivoluzionario. C'è una interpretazione di questa parabola fatta da Françoise Dolto, pediatra e psicoanalista francese, allieva di Jaques Lacan, insieme al quale ha fondato la Scuola Freudiana di Parigi, che ha creato una rivoluzione ancora abbastanza inascoltata, nell'ambito della psicoanalisi infantile, addirittura neonatale.

**In questa parabola** c'è una concezione del prossimo che non è quella che normalmente è nella vulgata. Secondo Françoise Dolto la parabola ci vuole dire che il prossimo non è colui da aiutare, non è colui che è da curare, ma è colui che ci cura. E questa concezione del prossimo e della prossimità la dice lunga sul capovolgimento della prospettiva, perché chi si è preso cura di quel corpo e di quell'essere umano che era sul ciglio della strada sanguinante era una persona disinteressata alla riconoscenza, disinteressata a tutto quello che può essere attualmente considerato come l'accessorio di prestigio della professione, o della posizione sociale, immaginando che il buon samaritano potesse essere un medico. E fa quella cosa esattamente nel momento e nel modo in cui deve essere fatta per un motivo di necessità cosmologica e non per un motivo professionale. Françoise Dolto mostra che bisogna capovolgere il pensiero comune: come dire non c'è moralità e non c'è moralismo, ma un modo di rappresentare la necessità nel luogo e nel momento in cui si è chiamati a farlo, che ci fa diventare il prossimo prezioso per la salute, ma anche, si può dire, per un equilibrio cosmologico positivo.

TAVOLO  
DI LAVORO

1

**Marlene Giugliano**

Responsabile Settore Donne  
Segreteria Regionale Anaa  
Assomed Campania

**Giovanna La Salandra**

Segretaria Aziendale IZS  
Anaa Assomed Puglia e  
Basilicata

**Gabriella Marini**

Segretaria Aziendale Anaa  
Assomed Asl di Teramo

**Antonella Vezzani**

Presidentessa Associazione  
Italiana Donne Medico  
(AIDM)

**Linda Vignozzi**

Presidente Società Italiana  
di Andrologia (S.I.A.)

**Carmela Votino**

Ginecologa Ricercatrice  
Università degli Studi Magna  
Graecia di Catanzaro

**LA NOVITÀ STORICA:  
PROTAGONISMO FEMMINILE,  
RAPPRESENTATIVITÀ,  
UGUAGLIANZA E SOLIDARIETÀ**

**Il protagonismo femminile** in Sanità sta avanzando, a dispetto di una deleteria organizzazione del lavoro, che tiene sempre meno in conto l'etica della professione.

L'eredità che raccogliamo è quella di una Sanità pubblica e gratuita tradita, sempre meno nazionale e sempre più diseguale.

Nella nostra organizzazione sindacale c'è stata la necessità di trovare uno spazio per preparare e supportare le donne, a una diversa interpretazione del futuro governo al femminile, dando voce alla politica della differenza. L'Area di Formazione Femminile, - l'AFF - pertanto, ha lavorato negli anni con un intenso programma di corsi, incontri e riflessioni finalizzato non solo alle questioni di genere, ma anche alla cura di una sanità malata, che spesso si rivela matrigna soprattutto nei riguardi di coloro che lavorano nella Sanità. Con la nostra iniziativa viene chiesto alle donne, che oramai rappresentano il 75% del mondo delle cure, di essere parte attiva della soluzione, e da loro ci si aspetta il coraggio e la sapienza per modificare modelli organizzativi in cui

non si riconoscono, perché "soffrire sul lavoro non è un destino", come titolava la IV Conferenza Donne Anaa.

Dal nostro tavolo di lavoro, è emersa la necessità di vestire i propri panni, e il ruolo fondamentale che può avere la formazione, affinché essa stessa non sia più "a taglia unica", ma modellata sui reali bisogni, così da valorizzare le skill di ognuno e facilitare la trasmissione e l'integrazione dei saperi, fornendo gli strumenti, le condizioni e i luoghi per partecipare e condividere non una *Leadership tout court*, ma un ruolo di guida, che stimoli la partecipazione circolare. Come sottolineato da Linda Vignozzi, infatti, la condivisione delle decisioni valorizza sia la persona che le differenze di cui si è portatori. Ma per fare questo si rende necessario un nuovo modello organizzativo, per fornire soluzioni razionali e durature di parte dei problemi che affliggono il nostro SSN.

È inoltre stata evidenziata durante i lavori, l'importanza, del fare rete, di creare le migliori condizioni per una reale sinergia tra personale universitario e ospedaliero, nel rispetto dei propri campi d'azione. È stato altresì proposto che gli obiettivi di budget, auspicabilmente nel lungo periodo da abolire del tutto, siano inizialmente sostituiti da obiettivi qualitativi e non quantitativi, che hanno il limite di ridurre i professionisti a meri esecutori di prestazioni, e non a stimolarne la crescita professionale, attenti solo ai numeri e non alla reale salute che portiamo nella vita delle persone. Un esempio potrebbe essere rappresentato dalla capacità di un'azienda di favorire le sostituzioni di maternità, pianificare orari di lavoro che siano compatibili con l'organizzazione familiare.

Come suggerito da Antonella Vezzani, viceversa la formazione dovrebbe tendere a sensibilizzare contro le micro aggressioni, sempre più presenti sul posto di lavoro, a volte con epiloghi drammatici. Si rende necessario lavorare non solo sulla capacità di denuncia da parte della vittima, ma anche sulla motivazione dei testimoni, affinché possano essere di sostegno e determinanti nel tentativo di rovescia-



mento di gerarchie arcaiche e dannose. Gabriella Marini ha ricordato l'urgenza di ripensare ai luoghi della cura per un'ottimale integrazione tra chi lavora e chi vi viene accolto. Nella progettazione di nuovi ospedali l'architettura non può che integrarsi ed essere garante di benessere lavorativo e di percorsi di cura a dimensione umana, ripensati e modulati sui reali bisogni dei professionisti, del-

le persone e delle famiglie. Il cammino non è semplice, lo sappiamo, e il rapporto tra donne e rappresentanza rimane ancora un elemento chiave: in questo può aiutarci, come ha concluso Marlene Giugliano, una rinnovata solidarietà affinché si concretizzi un impegno comune verso una sanità a nostra misura, di cui tutte sentiamo grande responsabilità.

## TAVOLO DI LAVORO

# 2

### Nunzia D'Abbiere

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

### Rosa Dumella

Dirigente Medico UOC Pediatria Ospedale San Giovanni di Dio, Gruppo Donne Anaa Campania

### Arianna Mottola

Chirurgo del Trauma Center dell'AORN A. Cardarelli di Napoli dal 2017, Gruppo Donne Anaa Campania

### Anna Maria Musso

Centro per i Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) AOU Integrata Verona

### Carla Parisi

Pediatra, Consiglio Nazionale Anaa Assomed

### Raffaella Votino

Dirigente medico Ospedale S. Eugenio ASL Roma 1

## CURARE LA SANITÀ, CAMBIARE LA FORMAZIONE. QUALI SFIDE PER LE DONNE IN SINERGIA CON ESPERIENZE E DIFFERENZE?

### Cambiamento culturale e organizzativo

Il nostro SSN, dopo oltre 45 anni dalla sua istituzione, non è più un luogo per professionisti motivati e "felici": dimissioni, pensionamenti anticipati e il *quiet quitting*, solo per citare alcuni dei fenomeni più rilevanti che stanno interessando il cosiddetto "capitale umano" della sanità pubblica italiana. In Italia non mancano i medici, ma è l'Italia che manca ai medici nel senso che del destino di chi si occupa della salute e a volte della vita e della morte di tutti noi manca un vero interesse collettivo. E così, chi può, va all'estero in cerca di condizioni di lavoro migliori, non solo di migliori stipendi, ma della possibilità di far bene il proprio lavoro senza rinunciare alla propria vita.

Sembra semplice ma in Italia questo è diventato talmente complicato da essere quasi impossibile. Una delle motivazioni per le quali le condizioni di lavoro diventano sempre più insostenibili è l'impianto legislativo del nostro SSN che impatta e determina i modelli organizzativi. Per questo non è più rimandabile la sua riforma. Unitamente a questo è necessaria la piena realizzazione del nostro SSN.

Tina Anselmi la straordinaria donna che ha fortemente voluto e realizzato la riforma della Sanità, la famosa legge 833 del 1978, che ha istituito il nostro SSN, passando così dal sistema mutualistico al sistema universalistico, il 13 dicembre 1978 nella discussione in Senato sulla Istituzione del SSN disse: "Guai se non trovassimo la via di una progressiva omogeneità dei trattamenti per gli operatori dei vari comparti. Occorre poi aver presente che, se non recuperiamo la professionalità, la responsabilità, la qualificazione, la motivazione di chi opera nella struttura pubblica, vedremo che la politica sanitaria subirà un rapido processo di decadimento (...) Questa riforma non può essere attuata contro gli operatori".

A distanza di oltre 45 anni e dopo le riforme del 1992 e del 1993, mettere mano a una nuova riforma dovrebbe avere il senso di una piena realizzazione della 833/78, aggiornata al contesto demografico e socio-sanitario attuale.

### Alcune note sull'organizzazione sanitaria

Alla base del disagio delle mediche ci sono necessità che il lavoro vuole quasi sopprimere: come quelle familiari e personali. Quello che serve in questo momento sono delle vere **pari opportunità** che valorizzino i punti di forza delle mediche.

In Italia il contratto in sanità è uguale per donne e uomini, ma finisce per differire perché le donne fanno più ferie, più assenze e permessi perché sono sempre loro a occuparsi di un qualsiasi problema a casa: dalla malattia dei figli, alle visite dei genitori o alle necessità di vita. Va cambiata la visione della società ed è necessario che le organizzazioni sani-



## COME AFFRONTARE IL CAMBIAMENTO. IL LAVORO DEI GRUPPI

tarie favoriscano un **vero welfare** con orari non più rigidi ma **flessibili** perché tutte e tutti possano avere spazi di vita.

L'attuale legge sull'**astensione di maternità obbligatoria D. Lgs 151/01** non si concilia con le necessità dell'allattamento materno che, secondo l'OMS, dovrebbe proseguire fino a 6 mesi di vita del neonato. La flessibilità in ambito lavorativo, l'anzianità di servizio, l'età pensionabile dovrebbero corrispondere al numero di minori a carico e non applicarsi in maniera orizzontale. La necessità di offrire nidi ed asili quanto più vicini o prossimi dei grossi complessi ospedalieri con orari flessibili che possano consentire anche una turnazione tra mattine e pomeriggi.



### Il punto di vista delle donne

Le donne sono portate storicamente e mentalmente alla cura, nel senso migliore del termine: più coscientose, commettono meno errori, più attente ai reali bisogni dei pazienti, collaborative.

Per questo nell'ambito della formazione per una vera leadership femminile è necessario ribadire che accedere a ruoli di responsabilità per le donne non significa rinunciare al loro modo di intendere il lavoro. Che si può effettivamente attuare una leadership circolare e non verticale perché nei luoghi di lavoro governati dalle donne possa realizzarsi una, come genialmente espresso da una componente del tavolo, "felicità condivisa sul luogo di lavoro".

### Formazione universitaria

La formazione universitaria, in particolare quella specialistica, dovrebbe tendere ad essere quanto più possibile uniforme tra le varie università italiane, almeno da un punto di vista teorico con blocchi di lezioni ed esami anche online effettuati dai migliori specialisti italiani nel settore con modalità di verifica annuale su scala nazionale. Da un punto di vista pratico ai medici in formazione dovrebbe essere data la possibilità di vivere e formarsi nelle diverse realtà, universitaria, ospedaliera e consultoriale con la possibilità di effettuare il maggior numero di prestazioni anche in ambito chirurgico in regime extra-universitario.

## TAVOLO DI LAVORO

# 3

### Donatella Bignardi

Vice Presidente Allergologi  
Immunologi Italiani  
Territoriali e Ospedalieri  
(AAIITO)

### Simona Bonaccorso

Esecutivo Nazionale  
Anaa Assomed

### Valeria Dubini

Presidente Associazione  
Ginecologi Territoriali  
(AGITE)

### Cinzia Lombardi

Biologa, Dirigenza Sanitaria  
Anaa Assomed, Ospedale S.  
Pio Benevento

### Anna Naclerio

Segretaria Anaa Assomed  
AORN Santobono -  
Pausilipon

### Alessandra Spedicato

Area Formazione Femminile  
Anaa Assomed

## LA SFIDA DELLE MEDICHE DI OGGI: TRASMETTERE ALLE NUOVE GENERAZIONI L'ETICA DELLA CURA E VALORIZZARE LE COMPETENZE FEMMINILI

**I medici di domani**, donne o uomini che siano, stanno vivendo una formazione medica e sanitaria che, ad oggi, punta molto sulle capacità tecnico professionali ma non dedica alcuno spazio al valore etico della cura, alla comunicazione con chi soffre, alla particolare sensibilità nelle scelte che compiranno rispetto al bene salute. Certo riteniamo che il valore tecnico professionale sia indispensabile per avere la giusta perizia e opportuna padronanza, utili a conoscere la malattia e la relativa terapia, ma il valore della cura, di per sé inestimabile, va insegnato parallelamente, anche per preservare il valore professionale e sociale di chi la eroga.

Purtroppo l'attuale modello sanitario aziendalistico ha spostato l'obiettivo dall'attività di cura, intesa come presa in carico del paziente fragile, verso un sistema troppo burocratizzato e concentrato sulla economicità delle scelte e delle risorse. Tra gli effetti collaterali anche la formazione del giovane medico e sanitario che ne deve seguire la logica, dive-

nendo essi stessi vittime di un sistema costituito da numeri che devono produrre altri numeri.

La nuova generazione di mediche (in particolare, stante l'elevata percentuale di iscritte a medicina e al percorso di specializzazione) e medici, vive un'etica del lavoro che deve rispondere prima ai criteri organizzativi aziendali, all'ottimizzazione dei tempi di visita, alle ristrettezze di una carenza di risorse economiche e strutturali e solo in un secondo momento può concedersi la soddisfazione di relazionarsi e curare il paziente bisognoso.

È questa dunque l'ambiziosa sfida formativa che, **INSIEME**, le donne medico di oggi devono affrontare: trasmettere alle nuove generazioni, di donne e uomini, l'etica della CURA e valorizzare le competenze considerate più specificatamente femminili, necessarie alla relazione sia con i pazienti sia all'interno dei gruppi di lavoro, svincolandosi dagli incroci dei PDTA, delle reti assistenziali regionali, scavalcando la carenza di professionisti e la stanchezza di una routine che rischia di non essere più appetibile per nessuno

Perché le mediche lanciano questa sfida e perché insieme potrebbero vincerla?

Perché la capacità di cura e attenzione è sicuramente una caratteristica del genere femminile, perché una Sanità complessa richiede una leadership condivisa e sono numerosi gli studi che dimostrano una migliore attitudine delle donne al team building e alla cooperazione, perché le donne dimostrano di sa-

## COME AFFRONTARE IL CAMBIAMENTO. IL LAVORO DEI GRUPPI



per essere autorevoli anche senza necessariamente rompere i tetti di cristallo - così sfatando una concezione di leadership “one size” e a senso unico - e perché, in fin dei conti, la conduzione maschile che c'è stata fino a questo momento ha portato ai risultati attuali.

A questo si aggiunge che le donne dimostrano, in tutti i percorsi di studio, tassi di successo più alto.<sup>1</sup> La maternità, l'assistenza parentale e familiare rallentano una ascesa tanto brillante, ma diverse visioni organizzative, condotte da chi conosce personalmente i diversi ritmi che l'essere donna/figlia/genitore può richiedere, può facilitare la tanto quotata conciliazione casa-lavoro. Si può partire dalle semplici sostituzioni delle assenze per maternità fino a immaginare una adeguata dotazione organica che tenga conto del Full Time Equivalent<sup>2</sup> dei professionisti sanitari. Come anche la trasformazione dei luoghi di cura in luoghi accoglienti, sia per i pazienti che per i professionisti, creando una diversa architettura delle strutture ospedaliere che possa assicurare nuovi spazi di benessere per i dipendenti. E l'architettura dei nuovi ospedali deve

lasciare i confini nosocomiali per realizzare quella armonizzazione necessaria che è l'interazione ospedale territorio.

Le nuove generazioni di mediche e medici avvertono una distanza sempre più ampia con la conduzione verticistica nei posti di lavoro e, nel sentirsi vuoti esecutori di direttive imposte dall'alto (l'appellativo di dirigente, medica o sanitaria, è solo un epiteto su un contratto, svuotato di ogni vera autonomia) iniziano a immaginare un lavoro più libero, più soddisfacente e più retribuito al di fuori della sanità pubblica.

Per proteggere il nostro sistema nazionale e dargli nuova vita, le Donne in Sanità di oggi stanno progettando INSIEME, come dimostrato dall'incontro dell'Area Formazione Femminile: professioniste sanitarie di diversa provenienza istituzionale (sindacato, università, ricerca, ospedale) vogliono prendere la parola per proporre presenze e orientamenti autorevoli, non più come interlocutrici né come affidabili esecutrici.

Il termine “insieme”, infatti, fa la differenza: richiama solidarietà, ricchezza di pensiero ed esperienze e moltiplicazione di forze che possono rendere reale il cambiamento. La consapevolezza del proprio valore permette di sviluppare una visione critica, una visione ‘altra’ che può offrire soluzioni alternative a specifiche criticità organizzative.

Lo stile femminile è un valore aggiunto nella conduzione di un reparto, di un gruppo di lavoro o di una azienda perché le donne dimostrano che sono capaci di usare il potere come strumento di cambiamento e non come arma di azione.

E mai come oggi, la Sanità ha bisogno di cambiamenti.

1 Res High Educ. 2023; 64(3): 451-472. Published online 2022 Aug 16.

2 Quantità di lavoro svolto da un lavoratore a tempo pieno considerata come unità di misura per valutare le dotazioni organiche in caso di lavoratori con riduzioni orarie

TAVOLO  
DI LAVORO

4

**Silvana Agatone**

Presidente Libera  
Associazione Italiana  
Ginecologi per applicazione  
legge 194 (LAIGA)

**Maddalena Cianfrani**

Segreteria Regionale Anaao  
Assomed Campania

**Mariantonietta Monteduro**

Consiglio regionale Anaao  
Assomed Puglia

**Luciana Petruccio**

Anaao Assomed Campania

**Marina Tarsitano**

Responsabile Dirigenza  
Anaao Assomed Campania

**Anna Tomezzoli**

Esecutivo Nazionale Anaao  
Assomed

**RIFONDARE IL SSN  
SUL PRINCIPIO  
DI APPARTENENZA  
A UN'ORGANIZZAZIONE CHE  
ABBIA CURA DELLA SALUTE**

Universalità, equità e solidarietà sono i tre principi guida del nostro Servizio sanitario nazionale che prevedono l'unitarietà dei livelli di assistenza su tutto il territorio, l'equità d'accesso ai servizi per tutti i cittadini e la solidarietà fiscale quale forma fondamentale di finanziamento del sistema. Oggi tali principi sono disattesi e si assiste a una volontà, nemmeno troppo velata, di distruzione di un SSN che molti ci hanno invidiato. Pensiamo ai possibili effetti dell'Autonomia differenziata... Trovare una cura per la sanità? Oggi serve una **rivoluzione** che veda animatrici e protagoniste le donne, unite. Siamo la maggioranza e a breve, per necessità, dovremo assumere ruoli apicali che auspichiamo non frutto di mandati politici. La **libertà** in ogni tipo di decisione organizzativa/formativa non esiste se si è asserviti a decisori politici. Questa è la premessa indispensabile perché le donne possano realmente avere il potere del cambiamento, rinnovare quei principi etici e di moralità, i valori che contraddistinguono la nostra professione, un imprinting per le nuove generazioni di medici e dirigenti sanitari.

Il nostro gruppo di lavoro, costituito da donne del settore sanitario che operano con ruoli differenti, si è confrontato su varie tematiche partendo dal presupposto comune che per migliorare il SSN è necessario:

- Aumentare gli investimenti per ridurre i tempi di attesa per visite ed interventi chirurgici.
- Migliorare l'efficienza amministrativa per ridurre la burocrazia e ottimizzare le risorse.
- Potenziare la medicina preventiva e la promozione

ne della salute per ridurre le malattie croniche.

- Migliorare la formazione e le condizioni di lavoro per attrarre e trattenere personale medico e dirigenti sanitari, soprattutto per le nuove generazioni che oggi tendono a scegliere il privato o preferiscono, dopo la laurea, lasciare il nostro Paese.
- Più formazione sul campo per i giovani colleghi anche in ambito umanistico per una completa presa in carico del malato o potenzialmente tale.
- Potenziare l'uso delle tecnologie sanitarie innovative per migliorare la qualità dell'assistenza.
- Favorire la collaborazione tra ospedali, medici di base e servizi sociali per garantire un approccio olistico alla salute dei pazienti.
- Migliorare la comunicazione e la trasparenza nelle politiche sanitarie per coinvolgere attivamente i cittadini nelle decisioni che li riguardano.
- Implementare programmi di educazione sanitaria per promuovere stili di vita sani e prevenire le malattie.

**Come riuscire a raggiungere tali obiettivi?**

Il gruppo di lavoro, dopo una riflessione approfondita sulle varie problematiche, ha concordato sul fatto che le donne devono contribuire attraverso proposte concrete a migliorare le condizioni di lavoro e di conseguenza il benessere della Sanità. Considerando che in particolare per le donne vi è la grande difficoltà di articolare i tempi di lavoro in modo da renderli più adeguati alle esigenze familiari, una proposta del gruppo di lavoro è stata quella di cercare di ottenere una maggiore flessibilità nell'uso del congedo parentale che può consentire alle donne di scegliere se usufruirne nei primi anni di vita del bambino o in un arco del ciclo di vita più lungo, Partendo proprio da proposte concrete come quella sopra descritta, sarà dunque necessario rifondare il nostro SSN su un principio di appartenenza ad un'organizzazione piuttosto che su un principio di azien-



dalizzazione simile a una privatizzazione politica. Dunque un'organizzazione che "abbia cura della Salute", mantenendo alti i livelli di assistenza, e dove tutti gli operatori sanitari possano partecipare come protagonisti di decisioni che vengono prese non più dall'alto e poi calate verso il basso, ma al contrario dal basso verso l'alto. La rivoluzione sarà formare una nuova classe di dirigenti sanitari manager (donne e

uomini) che abbiano questa visione, predisposti all'ascolto e alla collaborazione nel comprendere, analizzare e proporre soluzioni compatibili con il benessere psicofisico di tutti gli operatori sanitari. Una sanità più equa e prospera non potrà fare a meno di promuovere politiche di uguaglianza di genere, supportare lo sviluppo professionale delle donne e creare ambienti di lavoro inclusivi.

**TAVOLO  
DI LAVORO**

**5**

**Eleonora Albanese**

Nefrologa, Area Formazione  
Femminile Anaa Assomed

**Santina Castellino**

Nefrologa, Area Formazione  
Femminile Anaa Assomed

**Filippina Ciaburri** Consigliere  
regionale ANAAO Assomed  
Campania

**Daniela Rega**

Chirurga Presidente Women  
in Surgery (WS)

**Giuseppina Sarobba**

Direttrice Oncologia  
Ospedale "San Francesco"  
Nuoro (CIPOMO)

**Serena Torre**

Dirigente Biologo  
Ospedale Cardarelli

**INVESTIRE NELLA  
FORMAZIONE DELLA  
LEADERSHIP FEMMINILE  
PER PROMUOVERE  
L'UGUAGLIANZA DI GENERE  
E MIGLIORARE LE  
PERFORMANCE AZIENDALI**

Interrogarsi sulla leadership al femminile è, come detto da Giovanna Vicarelli, un punto di partenza piuttosto che un punto di arrivo.

Gli anni 2000 hanno visto una crescente riduzione del finanziamento al SSN che attualmente si colloca al 6,4 % del PIL ed è nelle previsioni, suscettibile di ulteriori riduzioni.

È in questo contesto, già così complesso da un punto di vista sociale ed economico, che la professione medica femminile ha cercato una sua collocazione nel pubblico e nel privato, non potendo contare su un forte riconoscimento lavorativo e delle competenze, probabilmente derivante da un modello italiano di sviluppo più difficilmente osservabile in altri contesti europei.

"Con un processo di inclusione delle donne mediche che sembra assumere i caratteri di un adattamento silenzioso in un ambiente ostile che non valorizza le competenze delle donne e ne oscura le idee e la visione" (Giovanna Vicarelli)

Su un tema fondamentalmente duro e ostile alle donne come la leadership- un tetto di cristallo così tagliente che quando lo sfondi ti ferisce se vuoi uscire per vedere oltre gli stereotipi attuali e osservare il futuro con i tuoi occhi - dal confronto nel tavolo di lavoro, al netto delle nostre competenze usuali, è emersa la consapevolezza profonda che la leadership in Sanità è un modo olistico di interpretare la cura e la relazione di cura che nasce dal rapporto medico/a paziente in modo, vorremmo dire "rigoroso" e al pari anche scientificamente, degli altri parametri cosiddetti "vitali" e che migliorare "la relazione umana" può davvero fare la differenza per la prognosi di una malattia ma anche della nostra vita professionale .

Con queste dinamiche alle spalle "vorranno" le donne medico prendere la parola e uscire come dirigenti per cercare di offrire soluzioni tanto ai professionisti e alle professioniste in crisi che alle molteplici fragilità dello stato sociale? È questa la domanda che dobbiamo porci.

Il confronto al tavolo di lavoro del nostro seminario ha confermato a livello macro una visione e un'idea nuova della sanità guidata dalle donne, con alcuni spunti e proposte certamente attuabili, certamente consapevoli del contesto sociale ed economico attuale e che prevedono di ridare il giusto valore alla legge 833, per attuare una riforma che abbia come obiettivi non negoziabili.

**Livello Macro**

Curare mantenendo il grande valore della Sanità pubblica e universalistica in un contesto che non usa la professionalità nell'ambito di una cultura solo aziendalistica ma come risoluzione nel sociale, dei bisogni e dei problemi di salute di salute della popolazione.

- Guidare il SSN verso l'anti-fragilità assumendosi il compito di mantenere una maggiore resilienza accanto a strategie di finanziamento, di governance e di cultura organizzativa.
- Salvaguardare i pilastri dell'Universalismo ponendo al centro la persona (paziente e professionista) e la relazione di cura.
- Per rilanciare il SSN sono state condivise le proposte di un progressivo incremento del finanziamento pubblico per almeno 4 miliardi di Euro/anno. Whatever it takes.
- Revisione assoluta della governance Sanitaria e delle condizioni di lavoro.
- Dare alle Dirigenti Mediche e non Mediche risorse per garantire condizioni umane e professionali adeguate.
- Mantenere il "Diritto alla salute" unico ed indivisibile, contrastando la perdita di coesione sociale e l'accentuazione degli squilibri fra Regioni più ricche e più povere.

**Livello Micro**

Premesso che "fare network in sanità" è essenziale per migliorare la collaborazione tra professionisti e facilitare la condivisione delle conoscenze e ottimizzare la cura del paziente, proponiamo alcune strategie:

**1. Collaborazioni Interdisciplinari**

- Team Multidisciplinari: Lavorare in gruppi multidisciplinari per migliorare la gestione dei pazienti complessi e facilitare la condivisione delle conoscenze tra specialisti di diverse aree.
- Progetti di Ricerca Condivisi: Collaborare su progetti di ricerca interdisciplinari per affrontare questioni sanitarie complesse e ottenere finanziamenti

## COME AFFRONTARE IL CAMBIAMENTO. IL LAVORO DEI GRUPPI

più facilmente. Conferenze e Congressi. Eventi Scientifici: Partecipare a conferenze, congressi e workshop nazionali e internazionali per incontrare esperti, scambiare idee e discutere le ultime novità nel campo della sanità.

- Sessioni di Poster e Presentazioni: Presentare il proprio lavoro e partecipare a sessioni di poster per ottenere feedback e creare nuove collaborazioni.

### 2. Associazioni e Società Scientifiche

- Società Professionali: iscriversi a società scientifiche e associazioni professionali,
- Gruppi di Interesse Speciale: partecipare a gruppi di interesse speciale all'interno delle associazioni.

### La Formazione

Per quanto riguarda la formazione, intesa come formazione manageriale, ci piace far riferimento all'analisi di Henry Mintzberg secondo il quale la funzione manageriale è costituita da un mix di scienza, (razionalità), tecnica, (conoscenze affinate con l'esperienza) e arte, (intesa come creatività, intuito). Per ottenere maggiore sviluppo e benessere sociale non basta il progresso tecnico, inteso come il possesso di conoscenze e abilità che generano innovazione; ma per riuscire ad essere efficaci bisogna disporre anche di competenze relazionali.

La creatività, specificata in termini di velocità nel decidere anche in assenza di tutte le informazioni, di coraggio necessario per decidere, di empatia, di conoscenza accumulata con l'esperienza di successi e insuccessi, ovvero del cosiddetto sesto senso, è una qualità prevalentemente femminile, senza tralasciare tuttavia la caparbietà delle donne nell'acquisire nuove competenze, multiskills: altra prerogativa femminile è quella di gestire situazioni, problemi e in-

formazioni complesse, attraverso la comprensione delle dinamiche sociali, mettendo in atto un certo grado di adattabilità. L'espressione anglosassone, "Read the room", che si riferisce alla capacità di comprendere e percepire l'atmosfera e gli umori delle persone presenti in una determinata situazione per adeguare di conseguenza il proprio comportamento. È probabilmente un altro modo per definire l'intelligenza emotiva, che è ormai considerata da molti la più importante delle intelligenze, soprattutto se si ha l'onere di gestire un team. La formazione per una leadership femminile diventa un aspetto cruciale per valorizzare le competenze delle donne nei ruoli apicali.

Dal confronto sono emersi spunti per proposte in aree chiave e possibili strategie per lo sviluppo di programmi di formazione efficaci:

#### 1 Mentorship e Networking:

- *Mentorship*: creare programmi di mentorship dove leader affermate possano guidare le aspiranti leader, offrendo consigli, supporto.
- *Networking*: facilitare eventi e piattaforme dove le donne possano costruire relazioni professionali e scambiare esperienze.

#### 2 Sviluppo delle Competenze:

- *Competenze Tecniche*: offrire corsi di aggiornamento sulle competenze tecniche richieste nel settore specifico.
- *Soft Skills*: focus su comunicazione, negoziazione, gestione del tempo e risoluzione dei conflitti.
- *Leadership e Gestione*: Formazione su stili di leadership, gestione della squadra, e capacità decisionali.

#### 3 Bilanciamento Vita-Lavoro:

- *Gestione del Tempo*: strategie per bilanciare le responsabilità lavorative e

personali.

- *Work-Life Balance*: supporto per creare ambienti di lavoro flessibili che rispettino le esigenze familiari e personali.

#### 4 Cultura Aziendale Inclusiva:

- *Politiche Aziendali*: implementare politiche aziendali che promuovano la diversità e l'inclusione, valorizzando le differenze.

#### 5 Formazione Continua:

- *E-learning*: offrire piattaforme di apprendimento online per l'accesso continuo a corsi e risorse.
- *Workshop e Seminari*: organizzare eventi formativi periodici per aggiornare le competenze e condividere le migliori pratiche.

#### 6 Ruoli Modello:

- *Role Models*: promuovere storie di successo di donne leader per ispirare le nuove generazioni.

#### Esempi di Programmi di Formazione:

- *Lean In Circles*: incontri regolari dove le donne possono discutere esperienze e sviluppare competenze.
- *Women in Leadership Program*: programmi strutturati offerti da università o enti di formazione che includono coaching, project work e networking.
- *Corporate Leadership Development Programs*: programmi aziendali che identificano e sviluppano talenti femminili attraverso rotazioni lavorative e formazione intensiva.

*Investire nella formazione per una leadership femminile non solo promuove l'uguaglianza di genere, ma migliora anche le performance aziendali, grazie alla diversità di pensiero e all'inclusione di prospettive diverse nei processi decisionali.*

## CONCLUSIONI



**SILVANA  
AGATONE**

GINECOLOGA,  
PRESIDENTE  
LIBERA  
ASSOCIAZIONE  
ITALIANA GINECOLOGI  
APPLICAZIONE  
L.N.194 (L.A.I.G.A.)



**Leadership femminile:** quale e per quale sanità? Un incontro affascinante con relatrici estremamente stimolanti: Annarosa Buttarelli della Scuola di Alta Formazione per Donne di Governo, Sandra Morano, coordinatrice Area Formazione Femminile ANAAO, Luisa Pogliana, Presidente della Associazione Donne senza guscio, Chiara Rivetti segretaria Anaao Piemonte e Alessandra Spedicato capo Delegazione ANAAO in FEMS (European Federation of Salaried Doctors), Giovanna Vicarelli sociologa direttrice scientifica del Criss Univpm, insieme a tante specialiste mediche e dirigenti sanitarie provenienti da vari luoghi d'Italia. Emozionante incontrarsi per ipotizzare differenti visioni per il futuro della sanità pubblica, emozionante ascoltare donne che resistono in ambienti ostili pur di continuare a mantenere alto il livello del servizio offerto agli utenti, e

ancor più scoprire che ci ritroviamo qui tutte perché ancora vogliamo continuare a portare avanti l'eredità che Tina Anselmi ci ha consegnato: un sistema sanitario nazionale che permettesse a tutta la popolazione di mantenere e recuperare la salute fisica, superando i divari economici esistenti tra i cittadini.

Ora si assiste a una veloce inversione di rotta, cioè al deliberato disegno di distruggere ciò che i cittadini italiani hanno chiesto e ottenuto all'epoca. Ma è strano veder appassire un sistema pubblico, in cui vi sono state delle vere e proprie punte di diamante della scienza medica, e allo stesso tempo veder fiorire ospedali e università private, laiche e religiose, e strutture convenzionate...E come mai? Si può invertire la rotta? Nella riunione è scaturito un sì e tante idee da professioniste e rappresentanti di associazioni. Sì, perché la rete tra donne, tra associazioni può essere vincente, donne che si occupano e preoccupano del SSN e che cercano di interessare soluzioni. Infatti, per realizzare un sogno, innanzi tutto bisogna sognarlo...e lavorare in gruppo. E in questa riunione di oggi si è iniziato a farlo.

“Per realizzare un sogno, innanzi tutto bisogna sognarlo”. Questa è stata una frase che trovai nell'introduzione di un libro di cardiologia, scritto da Dubin.

Nel corso degli anni, essendomi specializzata in ginecologia e sperimentando poco la cardiologia ammetto che è la frase che più mi è rimasta in mente di quel libro! L'idea di specializzarmi in questa branca mi venne in mente molto giovane quando vidi il filmato dell'atterraggio del primo uomo sulla luna; intanto vedevo partorire le donne nel dolore. Che contrasto! Tanta scienza, tante menti impegnate a favorire evoluzioni e le donne lasciate a partorire come all'età della pietra. Sul libro di terapia medica leggevo che per la colica renale il primo punto era calmare il dolore, e che il dolore della colica renale era paragonato al dolore del parto ma per quan-

to riguardava quest'ultimo dolore...nulla! Nei libri di ostetricia trovavo piccoli paragrafi riguardanti l'analgesia in travaglio, scritti con caratteri più piccoli di quelli utilizzati per descrivere le varie fasi del parto e soprattutto estremamente sintetici. Insomma, era un argomento ritenuto di scarsissima importanza. Nel frattempo un incontro mi aprì un mondo. L'incontro con Simonetta Tosi, biologa e medica. Donna coltissima che grazie appunto a una piccola rete di donne (la rete è sempre vincente!) aprì un primo “consultorio” gratuito per divulgare la contraccezione. Tramite questa donna si andava nelle borgate dove vi erano ragazze 14enni, 16enni incinte senza essersi assolutamente rese subito conto della gravidanza, digiune della conoscenza di metodi contraccettivi. E conobbi donne che avevano partorito figli con gravissime disabilità e ritardi mentali: i compagni se ne andavano, “si dissolvevano”, senza il benché minimo senso di responsabilità e men che meno di colpa sulle spalle. E le donne rimanevano sole.

Mi si radicò la profonda convinzione che era la donna che doveva decidere cosa fare della sua vita, visto che gli uomini continuavano la loro senza battere ciglio. Divenni ginecologa non obiettrice, ovvero facevo parte di quegli specialisti che accolgono a tutto tondo, a 360 gradi, le donne.

E quello che mi indignava era il vedere i maltrattamenti psicologici e fisici nei confronti delle donne che chiedevano un aborto dopo i 90 giorni per gravi malformazioni del feto. Si trattava di coppie che avevano voluto fortemente quella gravidanza. Donne stravolte dalla notizia, cui si induceva un travaglio di parto che alcuni colleghi obiettori tentavano di bloccare, soprattutto di notte, solo per evitare ulteriore lavoro. E a cui c'erano anestesisti che non volevano alleviare il dolore fisico. E ostetriche che si rifiutavano di assistere l'aborto in atto. E, nelle poche emergenze capitate, dover rincorrere il personale che non voleva essere coinvolto in quanto obiettore.

Insomma, una vita in cui donchiscottescaamente si dovevano affrontare più problemi. Problemi che immaginavo fossero comuni a buona parte dei non obiettori. La cosa che fece saltare fuori la ranocchia dalla pentola fu leggere che la polizia aveva fatto irruzione in un ospedale dove si stava attuando un aborto per grave patologia fetale, mettendo sotto inchiesta il collega e anche la donna, benché tutto stesse avvenendo in ospedale pubblico (e non in una clinica privata a pagamento) e secondo i dettami della legge 194/78, che permette l'interruzione volontaria di gravidanza nei primi 90 giorni per volontà della donna e successivamente solo per grave pericolo di vita della donna o per grave patologia del feto.

A quel punto, l'indignazione e la rabbia divennero un carburante che alimentò l'idea di creare una rete fra il personale non obiettore e la rete si concretizzò. La rete voleva non far più sentire solo l'operatore che era circondato da obiettori/boicottatori, fornire solidarietà tra colleghi, aiuto alle donne. Così è stato: si realizzò la L.A.I.G. A., Libera Associa-

zione Italiana Ginecologi per l'Applicazione della legge 194 (www.laiga194.it) di cui, in questo momento, ho l'onore di essere presidente.

Grazie a una collega dell'ospedale San Camillo di Roma ci conoscevamo già un po' tra i colleghi del Lazio, ma gli altri colleghi nel resto dell'Italia chi erano? Dov'erano? Scoprimmo che non vi era una mappa degli ospedali dove si effettuavano interruzioni di gravidanza; poco più della metà degli ospedali italiani, ma quali? Cominciammo a telefonare per capire quali ospedali fossero, e cercare i colleghi per fare rete, una rete attualmente di 1500 persone circa. Abbiamo pubblicato sul nostro sito la mappa degli ospedali cui rivolgersi a disposizione delle donne e si collaborò a due ricorsi (vinti) contro il Governo italiano presso la Carta Sociale Europea per la non piena applicazione della legge 194/78 che riguarda appunto il diritto di interrompere la gravidanza.

**La realtà ha dimostrato che insieme, in rete si può incidere sulla realtà.**

## COSA NE PENSANO

### **VALERIA DUBINI**

GINECOLOGA,  
PRESIDENTE AGITE  
(ASSOCIAZIONE  
GINECOLOGI  
TERRITORIALI)



**La domanda** non è forse molto originale, in particolare per noi che abbiamo frequentato la facoltà di medicina ai tempi in cui il ruolo di medico era appannaggio prevalentemente maschile, maschile era la lettura dei nostri saperi e maschi i nostri maestri. Eppure adesso, dopo tanti anni e tanti accadimenti rimane questione aperta ed attuale: certo il mondo medico si è femminilizzato, anche se sappiamo che i ruoli apicali sono ancora prevalentemente in mano ai nostri colleghi maschi, così come i ruoli societari, ma il cambio di passo si manifesta evidente ed accelera la ricerca di risposte al quesito iniziale. Bene ha fatto quindi Sandra Morano a convocare per conto di ANAAO le donne che in qualche modo rappresentano le nostre società scientifiche, per avviare insieme

una riflessione sul senso dei nostri ruoli e delle possibili future declinazioni nell'ambito della nostra professione e del nostro Sistema Sanitario Nazionale.

La giornata ha certamente messo in evidenza le varie sfaccettature del tema: dalla difesa dei diritti alla difficoltà della conciliazione dei ruoli familiari e professionali, fino al senso della nostra presenza in un sistema Sanitario Nazionale che sembra sempre più prendere una deriva privatistica.

A me piace però, proprio come presidente nazionale di una società scientifica che rappresenta la Ginecologia Territoriale, e come Segretaria Nazionale della Federazione che rappresenta le tre anime della ginecologia, ospedaliera, universitaria e, appunto, territoriale, soffermarmi su alcuni aspetti che riguardano il nostro ruolo come donne sia all'interno delle nostre professioni che nelle rappresentanze delle Società scientifiche.

Innanzitutto la prima domanda è perché per tanto tempo abbiamo lasciato i ruoli societari apicali in mano ai nostri colleghi, anche quando, come nel lavoro della ginecologia, era evidente che si parlava di corpi femminili, ovvero dei nostri corpi.

Spesso è stato davvero perché i tempi del nostro lavoro mal si conciliano con i tanti altri impegni che ci vedono protagoniste, e aggiungere ulteriori compiti appare francamente troppo dispendioso.

Spesso anche perché questo comporta l'impegnarsi in battaglie che forse non abbiamo voglia di combattere... perché le riteniamo non così importanti? Perché abbiamo un rapporto con il potere di distacco un po' snobistico? O perché in fondo ci piace e ci riesce di più lavorare sul concreto piuttosto che tessere trame che portino al conseguimento di risultati nei ruoli direttivi.

Parlare di potere, un po' come parlare di soldi, sembra un po' inelegante per molte di noi: possiamo lasciare ad altri, tanto poi dietro le quinte si rende necessario un confronto con i nostri saperi.

Del resto sappiamo bene che un uomo con un po' di potere incute rispetto e una donna invece diffidenza. Io credo che ci si debba invece riappropriare del valore del raggiungimento di alcuni ruoli: e che può essere proprio attraverso una declinazione delle nostre diversità che questo dovrebbe accadere.

Certo, per anni il potere si è espresso al maschile: assertivo, ostentato, poco dubbioso, spesso aggressivo, valorizzato da toni di voce più alti, spesso autoreferenziale.

Purtroppo conosciamo tutti donne che si sono immedesimate in questa modalità e hanno scimmiettato i loro colleghi maschi annullando la loro "diversità" e spesso anzi danneggiando l'immagine di una leadership femminile, talvolta costruita con stereotipi che finiscono per rendere più aggressive o anche solo ridicole quelle donne che cercano di affermare la loro leadership ripetendo modelli di tipo maschile.

Credo invece che sia il momento di affermare le differenze, perché questo possa essere un arricchimento davvero per tutti: mi vengono in mente alcune cose... come l'ascolto, il rispetto, l'empatia, la capacità di accogliere dubbi, anche di mettersi in discussione.

Ma ancora la gentilezza, la possibilità di un dialogo non prevaricante, un'assertività fatta di consapevolezze e non di pregiudizi.

■ **Riuscire a gestire** le proprie controreazioni ragionando e non alzando la voce, la capacità di comprendere prima di giudicare, la disponibilità all'aiuto piuttosto che al rimprovero.

■ **Il sapere fare squadra** valorizzando i singoli e non schiacciando le competenze per paura che possano fare ombra, sentirsi parte di un sistema che funziona se si fanno partecipi tutti e non se si gioca ad essere i più bravi.

■ **Dedicarsi agli altri** quando si rende necessario e non pretendere contraccambi.

■ **Saper cogliere** e interpretare i segnali che provengono dal gruppo.

Infine, ma soprattutto, saper effettuare una presa

in carico dei bisogni dei pazienti, anche attraverso capacità comunicative affinate, come del resto molta letteratura riporta.

Sapere semplificare le cose e renderle più snelle e quindi anche più accessibili per tutti: anni fa il Direttore Generale che mi nominò coraggiosamente direttrice di SOC (dove v'erano altre due donne e poi tutti maschi) aveva portato in azienda il metodo Toyota, quello che aveva reso competitiva la marca di automobili con semplici cambiamenti organizzativi: facemmo corsi per acquisirne i concetti base e alla fine mi chiese cosa ne pensavo.

La mia risposta fu che era semplicemente quello che le donne facevano da anni ottimizzando i tempi in maniera da consentire una possibile conciliazione del lavoro con la spesa, il recupero del bambino a scuola e perfino il parrucchiere perché noi donne andiamo anche dal parrucchiere e guai se ci presentassimo sciatte e malvestite.

Alla fine tutte queste cose sono quelle che abbiamo imparato nei secoli e che, messe a sistema, possono rappresentare la possibilità di conquista di un "potere" non finalizzato alla valorizzazione di sé stessi ma alla volontà di fare delle cose, di cambiare dei sistemi fossilizzati, di proporre modelli alternativi che rispettino le esigenze del gruppo e non del singolo. E mi pare possano rappresentare anche elementi fondanti per la sostenibilità del nostro sistema universalistico che nasce proprio dalla declinazione di molti di questi valori.

Certo è anche alle altre donne che dobbiamo guardare per costruire una rete di solidarietà che faciliti e non ostacoli queste nuove consapevolezze: personalmente non ho mai avuto difficoltà con le colleghe, molte più con i colleghi maschi che spesso entravano in competizione mentre forse le colleghe mi delegavano un ruolo.

Vorrei dire allora che la leadership al femminile non è solo la conquista di potere ma la capacità di permeare la nostra professione di valori nostri e della nostra differenza: ma vorrei anche dire che il nostro rapporto con il potere può anche cambiare guardandolo non come qualcosa di necessariamente sporco e compromissorio ma come uno strumento di cambiamento.

Solo alcuni spunti: c'è ancora molto da lavorare e da riflettere insieme.

Questo primo incontro mi pare avere evidenziato una possibile strada percorribile: percorriamola insieme e soprattutto coinvolgiamo le nuove generazioni che si affacciano al nostro lavoro.

## COSA NE PENSANO

### DONATELLA BIGNARDI

VICE PRESIDENTE  
ALLERGOLOGI  
IMMUNOLOGI  
ITALIANI  
TERRITORIALI E  
OSPEDALIERI  
(AAIITO)



**Ho partecipato** al seminario in quanto vice presidente dell'Associazione Allergologi Immunologi Italiani Territoriali e Ospedalieri (AAIITO) con l'esperienza di 25 anni spesi nella professione medica nel SSN di cui gli ultimi cinque ricoprendo il ruolo di facente funzione di direttore di struttura complessa. In questo percorso la consapevolezza che essere donna facesse la "differenza" è stata per me una scoperta recente e progressiva: differenza nella relazione di cura, nella gestione delle relazioni all'interno del gruppo di lavoro, nelle scelte organizzative, nella capacità di trovare soluzioni sostenibili in condizioni critiche e di integrare le competenze, ma anche differenza nel riconoscimento di autorevolezza e ruoli, nel SSN come in altri ambiti della Società.

Per questo quando ho ricevuto l'invito a partecipare al seminario ho aderito con

grande interesse e con una sottile sensazione di gioia che nasceva dall'idea che qualcosa di ancora non chiaramente espresso avrebbe potuto trovare contenuti e voce. E così è stato.

La riflessione è partita dalla lettura della crisi del SSN e della professione medica non come un *de profundis* ma in un'ottica femminile di cura e ricerca di nuove soluzioni possibili. Prospettiva bellissima e rivoluzionaria che contraddistingue la visione delle donne che di fronte alla crisi accettano la sfida e lanciano il cuore oltre l'ostacolo proprio quando sarebbe più facile conformarsi ai ruoli prestabiliti e andare incontro a un fallimento considerato ineluttabile.

Tra i tanti spunti di riflessione vorrei sottolineare tre aspetti che ho trovato particolarmente preziosi sia per orientare l'attività quotidiana a livello personale sia per programmare azioni comuni:

**Il concetto di leadership femminile intesa non come ricerca di ruoli di potere ma come assunzione della responsabilità di guida.** Partendo dall'analisi critica della situazione attuale la leadership femminile è stata descritta dalla professoressa Vicarelli in termini di assunzione da parte delle donne del compito di guidare il SSN ponendo al centro la persona, pazienti e professionisti/e, attraverso la scoperta di nuovi modelli organizzativi efficaci all'interno dei limiti delle politiche sanitarie correnti. È in questa prospettiva che le donne possono fare la differenza, **mantenendo la relazione di cura come primo obiettivo a ogni livello di attività.**

L'invito a **provare a governare con "intelligenza, pensiero critico e amore per il mondo"** della professoressa Buttarelli che ci ha ricordato che le donne si sono sempre fatte valere attraverso la loro capacità di governo che è diversa dal potere e che richiede il coraggio di **prendere parola**, di motivare rifiuti e di proporre soluzioni alternative.

Il richiamo della professoressa Morano alla **solidarietà tra donne** che ne amplifica la forza e l'autorevolezza e che, nascendo dal confronto tra posi-

zioni differenti, permette di trovare le basi per un'azione comune.

In un momento storico così cruciale per la Sanità, specchio di tutta la Società, sono particolarmente grata per questa occasione di confronto e di crescita della consapevolezza che le **donne insieme** hanno la forza per immaginare e realizzare un cambiamento reale.

## COSA NE PENSANO

### GIUSEPPINA SAROBBA

DIRETTRICE DELLA UOC ONCOLOGIA ASL 3, NUORO E CONSIGLIERE NAZIONALE CIPOMO



**Mi chiamo** Giuseppina Sarobba, sono Direttrice della UOC Oncologia ASL 3, Nuoro e Consigliere nazionale CIPOMO, ruolo nel quale sono stata invitata al Seminario "Leadership Femminile: quale e per quale Sanità"? La presenza delle donne che curano è ormai rilevante in tutti i contesti, anche a livelli di presidenza nelle società scientifiche, ma non è altrettanto comune una convention in cui rappresentanti di società scientifiche, dell'accademia, dell'ospedale e del territorio aderiscono all'invito di colleghe che nell'ambito del sindacato ANAAO hanno costruito uno spazio di formazione specifico per coltivare la differenza, l'importanza della relazione, la radice delle iniquità e del disagio del mondo sanitario, la deriva della professione della cura, ma non limitandosi all'aspetto rivendicazionista.

Aver conosciuto questa realtà è stato un ritrovarsi a parlare un linguaggio comune, a intravedere prospettive ed azioni da condividere con altre comunità di colleghe che credano nella unione e solidarietà tra donne che curano come soluzione all'attuale crisi del SSN. In questo contesto mi sembra assolutamente appropriato esporre l'iniziativa messa in atto dalla società che rappresento, e non a caso fortemente voluta dalla attuale Presidente Luisa Fioretto.

**La Scuola "Humanities in Oncology" della CIPOMO.** Un atto di responsabilità e di speranza nel futuro della sanità.

Nel nostro Paese i medici e gli infermieri vengono formati poco o nulla all'umanizzazione delle cure. Eppure, numerosi studi hanno mostrato che cure più orientate alla persona possono fare la differenza nella vita di un paziente con il cancro. Dopo la diagnosi, la maggioranza dei pazienti sviluppa ansia e depressione. Basterebbe aumentare gli interventi psico-sociali nei reparti di oncologia per ridurre significativamente il "distress" (lo stress negativo) dei pazienti. In Italia la maggioranza degli operatori sanitari non ha ricevuto formazione specifica per incrementare queste competenze. Su una scala da 0 a 10, la formazione dei medici sulla comunicazione clinica e/o sulla relazione di aiuto arriva a un punteggio di 2.75, con ricadute negative maggiori su patologie complesse come il cancro (dati Agenas 2022). Con l'intento di colmare questa lacuna CIPOMO (Collegio Italiano dei Primari Onco-

logi Medici Ospedalieri) ha realizzato la **Scuola "Humanities in Oncology"**, prima in Italia e una delle prime in Europa rivolta ai medici oncologi con l'obiettivo di creare una connessione tra l'oncologia, le scienze umane applicate in medicina e l'addestramento alla comunicazione. Si tratta di un programma articolato che è partito con un corso residenziale a Piacenza il 1° marzo e proseguirà con altre iniziative distribuite sul territorio nazionale (corsi FAD, workshop tematici, corsi itineranti).

Come spiega Luisa Fioretto, prima Presidente Donna CIPOMO, Direttore del Dipartimento Oncologico dell'Azienda Sanitaria Toscana Centro e Socio fondatore della Scuola insieme a Alberto Scanni e Luigi Cavanna, «la nostra Scuola punta a favorire quell'insieme di competenze comunicative relazionali e umane necessarie nella professione dell'oncologo. Sono competenze che restano spesso al di fuori dei normali percorsi formativi universitari e post-universitari. In un'ottica di formazione continua la Scuola potrà rappresentare uno spazio di crescita per tutti gli oncologi interessati a percorsi specialistici post-universitari nell'ambito della comunicazione e delle *medical humanities*. Per umanizzazione delle cure s'intende quel processo in cui si deve porre il malato al centro della cura. Questo concetto segna il passaggio da una concezione del malato come mero portatore di una patologia ad una concezione del malato come persona, con i suoi sentimenti, le sue conoscenze, le sue credenze rispetto al proprio stato di salute. In questo contesto il processo di umanizzazione consiste nel ricondurre al centro l'uomo con la sua esperienza di malattia e i suoi vissuti. La capacità di umanizzazione delle cure non dipende dalla sensibilità del singolo medico, ma è un'abilità che, secondo CIPOMO, può e deve essere appresa. Gestire una relazione complessa come quella medico-paziente richiede numerose competenze che devono essere integrate, non basta un'istintiva capacità di accudire, né una generale empatia. Serve saper 'allenare' queste competenze»

Come cita Luigi Cavanna durante il secondo modulo della formazione, nonostante i notevoli progressi sia in campo di diagnosi che di terapia antitumorale, che permettono di guarire percentuali sempre più elevate di pazienti, è bene ricordare quello che Dan Longo (vicedirettore del New England Journal of Medicine e professore alla Harvard Medical School) ha sottolineato: "I pazienti vivono la diagnosi di cancro come uno degli eventi più traumatici e sconvolgenti che abbiano mai affrontato. A prescindere dalla prognosi, la diagnosi comporta un cambiamento dell'immagine di sé e del proprio ruolo sia nella famiglia, sia nel lavoro". Per questo è fondamentale trasmettere al malato che non sarà solo ad affrontare la malattia, ma avrà accanto medici e infermieri, non solo con competenze tecniche ma anche con umana comprensione, vicinanza e gentilezza. Numerosi studi hanno mostrato che gli effetti di una comunicazione medico-paziente sono maggiormente di appoggio all'efficacia maggiore delle terapie e a un miglioramento della qualità della vita del paziente.

Come nello sport anche in medicina bisogna cono-

scere quelli che Alberto Scanni definisce “i fondamentali”, ovvero gli elementi base di una attività, sia essa sportiva o professionale. E quali sono i fondamentali per una buona medicina quando il medico andrà a visitare, a prescrivere esami e cure, a fare diagnosi e collaborare con i colleghi? Al di là delle competenze scientifiche, certamente la disponibilità all’ascolto, la capacità di comprendere il punto di vista soggettivo del paziente e co-costruire un percorso che sia rispettoso dei suoi bisogni e della sua unicità, così come la capacità di co-costruire delle modalità condivise di lavoro con i propri colleghi.

Nasce così da parte di CIPOMO l’aspirazione e il bisogno di uno spazio di crescita per gli oncologi che permetta loro di allenarsi a questi fondamentali, comprendendone l’importanza e l’utilità pratica.

Nel 2021 AGENAS ha sottolineato come l’umanizzazione “intesa come impegno a rendere i luoghi di assistenza e i programmi diagnostici terapeutici orientati quanto più possibile alla persona, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica” sia un indicatore essenziale della qualità dell’assistenza. Il CIPOMO, nell’ambito del proprio contributo al documento “Ruolo dell’oncologia, profilo delle competenze e formazione specialistica” realizzato assieme ad AIOM e COMU, ha individuato un set specifico di competenze comunicativo-relazionali che svolgono una sorta di funzione “cerniera” tra tutte le altre skills necessarie all’oncologo (scientifiche, organizzative, etc.). La comunicazione è per noi essere umani il mare nel quale ci muoviamo e dal quale non possiamo prescindere, qualunque sia il nostro obiettivo. Senza una formazione ad hoc le altre competenze rischiano di non essere valorizzate o addirittura vanificate. In seno a CIPOMO si è costituito un gruppo di lavoro con l’obiettivo di delineare delle linee guida educative e organizzative per formare gli oncologi a medical humanities e alle competenze comunicativo-relazionali. A tal fine si sono individuate delle macroaree formative (relazione con utenza, relazione con colleghi, progettazione interventi di umanizzazione, etc.) e dei temi di interesse generale (il tempo, la parola, il dolore, la speranza). Si è altresì costituita una faculty contattando esperti di fama sui diversi temi di interesse. Al fine di testare il modello formativo è stato progettato un primo corso pilota costituito da tre moduli indirizzato a giovani oncologi.

### **Il metodo**

Nell’introduzione alla parte esperienziale della Scuola Simone Cheli, direttore scientifico di PSYsimple (provider dell’evento), ha sottolineato due caratteristiche specifiche che contraddistinguono le competenze comunicative e relazionali. La prima è che sono apprendibili. Vi sono come in ogni ambito persone più portate o meno, ma sono competenze che richiedono un percorso strutturato ed *evidence-based* di apprendimento. La seconda è che sono ancorate all’esperienza umana. E pertanto sono apprendibili solo esercitandosi personalmente e direttamente. Il percorso della Scuola si articola in tre moduli ognuno con temi specifici. In ogni modulo si alternano

sia parti simposiali (in cui introdurre gli obiettivi e il focus formativo) sia parti esperienziali in cui i partecipanti vengono guidati a sperimentarsi in prima persona attraverso esercitazioni, role-playing e formazione esperienziale.

### **Scuola Pratica di Scienze Umane in Oncologia**

L’ambizione del progetto è quello di avviare un percorso che possa condurre alla creazione di una vera e propria Scuola CIPOMO, di un’accademia che possa favorire l’apprendimento di quell’insieme di competenze umane, comunicative e relazionali necessarie nella professione dell’oncologo. Competenze che restano spesso al di fuori dei normali percorsi formativi universitari e post-universitari. In un’ottica di formazione continua la Scuola potrà rappresentare uno spazio di crescita per tutti gli oncologi interessati a percorsi specialistici universitari e/o post-universitari nell’ambito della comunicazione e delle *medical humanities*.

Attualmente, 20 giovani oncologi provenienti da tutta Italia stanno concludendo questo percorso formativo. L’auspicio di CIPOMO è che questi primi partecipanti possano svolgere, una volta tornati nelle loro strutture, il ruolo di agenti di cambiamento per una nuova cultura organizzativa e possano invitare altri colleghi a partecipare a quelle che saranno le prossime edizioni del corso.

## **COSA NE PENSANO**

### **DANIELA REGA**

CHIRURGA,  
PRESIDENTE  
WOMEN IN SURGERY  
(WS)



**L’evento** ‘Leadership femminile. Quale e per quale sanità?’ ha rappresentato una straordinaria occasione per riflettere sulle sfide e le opportunità che caratterizzano il nostro settore. Uno dei temi più importanti emersi è stato quello del work-life balance, una questione cruciale non solo per le donne, ma per tutti i professionisti della sanità. Come presidente di Women in Surgery Italia, sono profondamente convinta che trovare un equilibrio tra vita professionale e personale sia fondamentale per il benessere e la produttività di ogni professionista.

Durante l’evento, abbiamo discusso varie strategie per migliorare il work-life balance, inclusi orari di lavoro più flessibili, supporti per la famiglia e iniziative di benessere sul posto di lavoro. È essenziale che le istituzioni sanitarie riconoscano l’importanza di queste misure e le implementino per supportare tutti i dipendenti.

Inoltre, la valorizzazione della diversità di genere è stata un altro punto focale delle nostre discussioni. È stato incoraggiante vedere un impegno crescente verso la creazione di ambienti di lavoro inclusivi e rispettosi, dove la diversità sia considerata una risorsa preziosa. La presenza di più donne in ruoli di leadership e il riconoscimento delle loro competenze e contributi sono passi fondamentali verso una medicina più equa e di qualità superiore. Abbiamo esplorato anche il ruolo della *mentorship*

e dei programmi di sviluppo professionale specifici per le donne in chirurgia. Questi programmi non solo aiutano a superare le barriere esistenti, ma anche a creare una rete di supporto che può fare la differenza nelle carriere delle giovani chirurghe e delle giovani professioniste della sanità.

Desidero inoltre esprimere i miei più sinceri ringraziamenti a Sandra Morano per l'invito e l'ospitalità. La sua dedizione e il suo impegno nell'organizzazione di questo evento sono stati fondamentali per il suo successo. È stato un onore e un piacere partecipare e condividere queste esperienze con colleghe così stimolanti e appassionanti.

L'evento ha dimostrato che, lavorando insieme, possiamo promuovere un cambiamento positivo nella professione chirurgica e nella sanità in generale. La strada verso l'uguaglianza di genere e un miglior work-life balance è ancora lunga, ma con determinazione e collaborazione, possiamo costruire un futuro in cui ogni professionista della sanità possa eccellere e prosperare, indipendentemente dal genere.

decisioni ponderate in situazioni di incertezza.

Ciò che è emerso durante i vari interventi e dai gruppi di lavoro - e che rispecchia ovviamente anche il mio pensiero - è che la presenza di più donne leader in sanità può e deve contribuire a combattere la discriminazione di genere all'interno delle organizzazioni, a creare maggiori opportunità di crescita e sviluppo per le donne che lavorano nel settore e che possa rispondere alle esigenze sempre più complesse e diverse del sistema sanitario moderno. Parlando della mia esperienza personale, non posso che nominare l'immenso lavoro affrontato dalla squadra che ho l'onore di rappresentare: l'Associazione studentesca universitaria Sapienza Futura di Sapienza Università di Roma. Sia a livello di iniziative a tema sanitario, che di leadership femminile, sono tantissime le attività che organizziamo ogni anno: visite mediche gratuite sulla Breast Unit dell'Oncologia del Policlinico Umberto I nel mese di ottobre (dedicato appunto al tumore al seno), gruppi di Counselling psicologico, visite mediche e supporti insieme ai CAV romani il 25 Novembre in occasione della Giornata internazionale contro la violenza sulle donne e il nostro evento più grande, le visite mediche gratuite con più di 20 specialità diverse in occasione della festa della donna dell'8 Marzo. Inoltre, solo nel corso dell'ultimo anno abbiamo avuto l'onore di avere come ospiti personalità come la Dott.ssa Calcagni in un evento dedicato alla legge 194 e al diritto all'aborto, la Direttrice generale dell'A.O.U. Sant'Andrea la Dott.ssa Daniela Donetti, la Prof.ssa Antonella Polimeni, Rettrice di Sapienza e tanti altri. Parlo ovviamente di attività del settore medico-sanitario, ma in ambito universitario cerchiamo di trasmettere l'importanza della leadership femminile a 360°. Ho avuto la fortuna, in questi anni, insieme a Sapienza Futura, di conoscere tantissime persone e di ricoprire ruoli di responsabilità in Università ed è proprio grazie alle esperienze passate in Associazione e tra i banchi universitari, che riesco, in quanto medico, ma soprattutto in quanto donna, a lavorare in modo inclusivo e oggettivo con i miei pazienti e i miei colleghi. Non mi sento un passo indietro rispetto ai colleghi uomini che mi circondano e non voglio dovermi difendere se un paziente uomo mi accusa o mi chiama "Signorina" poiché non percepisce me, in quanto donna, alla pari di un medico uomo.

Sicuramente c'è ancora tanto lavoro da fare, a partire dalla formazione Universitaria, con studenti e studentesse che saranno non solo futuri medici, ma anche la classe dirigente del nostro futuro. È impossibile, per quanto mi riguarda, discutere sul cambiamento del nostro SSN e della nostra classe politica e sociale, se non facciamo capire ai giovani di oggi qual è l'importanza della ri-costruzione del concetto di continuità tra salute e malattia, cura e benessere, reti ospedaliere e territoriali. E ciò non potrà avvenire senza aprire gli occhi sulla necessità di avere nella classe dirigenziale sanitaria donne come quelle che ho avuto l'onore di conoscere lo scorso giugno e che, spero, di incontrare il prima possibile.

## COSA NE PENSANO

### **CLAUDIA LUCCI**

MEDICO IN  
FORMAZIONE  
SPECIALISTICA IN  
ONCOLOGIA MEDICA  
ALL'OSPEDALE  
SANT'ANDREA  
DI ROMA E  
RAPPRESENTANTE  
IN SENATO  
ACCADEMICO CON  
L'ASSOCIAZIONE  
SAPIENZA FUTURA  
IN SAPIENZA  
UNIVERSITÀ DI ROMA



**Sono Claudia Lucci** e attualmente sono un Medico in formazione specialistica in Oncologia Medica all'Ospedale Sant'Andrea di Roma, nonché Rappresentante in Senato Accademico con l'Associazione Sapienza Futura in Sapienza Università di Roma. Lo scorso 14 Giugno ho avuto l'onore di partecipare ad un evento unico, ma che non dovrebbe essere assolutamente raro, anzi, ripetersi in più occasioni durante l'anno: "Leadership femminile: quale e per quale sanità?" e ringrazio per questo Anaao, tutto lo staff dell'evento e in particolare la Dott.ssa Sandra Morano.

Permettetemi, innanzitutto di fare una piccola premessa. Credo fortemente che l'importanza della leadership femminile in ambito sanitario risiede nella capacità delle donne di portare una prospettiva diversa e più inclusiva all'interno di un settore tradizionalmente dominato dagli uomini. Le donne hanno dimostrato di essere in grado di guidare e saper amministrare con empatia, attenzione al benessere delle persone e una visione a lungo termine.

La presenza di più donne ai vertici delle organizzazioni sanitarie ha dimostrato di portare a risultati migliori in termini di soddisfazione dei pazienti, coinvolgimento del personale e performance globale. Questo dato ahimè non è riscontrabile ancora sufficientemente in Italia, ma come anche affrontato durante l'evento, lo si riscontra in Paesi come la Francia dove tutto ciò viene valorizzato all'ordine del giorno. Inoltre, le donne hanno dimostrato di essere particolarmente capaci di gestire situazioni di crisi, grazie alla loro capacità di lavorare in modo collaborativo, di essere resilienti e di prendere



**QUINTA  
CONFERENZA  
NAZIONALE**

**DONNE  
ANAAO  
ASSOMED**

**SAVE THE DATE > SAVE THE DATE > SAVE THE DATE > SAVE THE DATE**

**FIRENZE 8\_9  
NOVEMBRE  
2024**

**8 NOVEMBRE**

**Palazzo Medici Riccardi**  
Sala Luca Giordano, Via Cavour 9

**9 NOVEMBRE**

**AC Hotel**  
Via Luciano Bausi, 5

**ANAAO**  **ASSOMED**