

a cura di
CERGAS - Bocconi

Rapporto OASI 2019

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano



Università
Bocconi

CERGAS
Centro di ricerche sulla Gestione
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

SDA Bocconi
School of Management

 Egea

Collana CERGAS

Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale della SDA Bocconi School of Management

16 La femminilizzazione dei ruoli apicali in sanità: dimensioni del fenomeno, cause e prospettive

di Raffaella Saporito, Marco Sartirana e Valeria D. Tozzi¹

16.1 Introduzione

L'equilibrio di genere nei ruoli apicali in sanità è un tema che sta assumendo sempre maggiore attenzione a livello globale², fino diventare questione di health policy, come dimostra un recente studio pubblicato su *The Lancet* finalizzato ad identificare possibili azioni volte a ridurre il gender gap nei ruoli di leadership nel settore della salute (Mathad *et al.*, 2019).

La minore rappresentanza femminile nei ruoli apicali è comune anche ad altri settori: a livello globale è stato stimato che il 29% dei ruoli di senior management è assegnato a donne e che solo il 15% degli amministratori delegati è donna (Grant Thornton, 2019). In sanità, però, questo fenomeno assume alcune connotazioni specifiche. Secondo il World Economic Forum's 2018 Global Gender Gap Report, delle circa 43 milioni di persone che lavorano nel settore sanitario al mondo, oltre il 70% sono donne, ma queste ricoprono solo il 35% dei ruoli manageriali (WEF, 2018). Tale dato lascia supporre che il contributo delle donne nel settore sia cresciuto al punto da diventare dominante, tranne nei ruoli di leadership, che restano in prevalenza appannaggio degli uomini. Sulla scorta di queste riflessioni, il dibattito sta animando alcune iniziative su scala regionale: ad esempio, il WHO Europe ha lanciato a marzo 2018 l'ini-

¹ Benché il capitolo sia frutto di un lavoro di ricerca condiviso, il § 16.1 è da attribuirsi a tutti gli autori, i §§ 16.2, 16.3 e 16.4 a Marco Sartirana, il § 16.5 a Raffaella Saporito e il § 16.6 a Valeria D. Tozzi. La survey e il focus group sono stati realizzati grazie al contributo di Fiaso, che si ringrazia in particolare nelle persone di Mara Azzi (DG dell'ATS di Pavia) e di Nicola Pinelli (Direttore Fiaso). Si ringraziano inoltre tutte le DG e i direttori di unità operativa che hanno offerto il loro prezioso contributo alla ricerca.

² Si segnala a titolo di esempio l'iniziativa WHO "Women Leaders in Global Health", che ha preso l'avvio nel 2017, come sviluppo del più ampio tema della medicina di genere e le differenze di genere nell'accesso alle cure su scala globale. <https://www.who.int/life-course/news/events/women-leaders-in-global-health-2018/en/>

ziativa “Call for more women in public health leadership roles”³, finalizzata a illustrare l’impatto che le donne possono avere quando ricoprono ruoli di guida nel settore della salute.

Nonostante la rilevanza del tema, a livello italiano il vivace dibattito pubblico al riguardo è spesso alimentato più da narrazioni giornalistiche di casi individuali, o da considerazioni complessive di opinione, che non da analisi approfondite di tipo quantitativo e qualitativo. Fanno eccezione il contributo di De Pietro (2010) che riporta alcuni dati aggregati sulla femminilizzazione nel SSN e l’analisi sul *diversity management* condotta dall’ANAAO (2016). I dati disponibili ci dicono che gli stessi trend internazionali rispetto alla femminilizzazione del settore sanitario si riscontrano anche nel contesto italiano, dove tra i giovani medici le donne sono ben oltre il 60% (Conto Annuale, 2017). Questo dato suggerisce che il bacino di reclutamento degli apicali di domani è prevalentemente femminile. Se da un lato è ragionevole immaginare che nel tempo il numero delle donne aumenti fisiologicamente anche nei ruoli manageriali, d’altra parte non si possono ignorare gli ostacoli che potrebbero rallentare il fenomeno. A riguardo, il già citato studio ANAAO, ha messo a fuoco alcune delle difficoltà di carriera più frequenti per le donne medico intervistate: per il 56% l’aver figli ha reso necessario ridimensionare il proprio percorso di carriera, a fronte del 16% tra i medici uomini; per un terzo del campione la gestione dei figli nella coppia è stata interamente a proprio carico e per molte di loro la creazione di asili aziendali, orari di lavoro flessibili e altre strategie di conciliazione avrebbero fortemente facilitato il *work-life balance*; inoltre, l’80% dei medici donna ritiene di essere stata svantaggiata rispetto ai colleghi di sesso maschile nell’accesso ai ruoli apicali (ANAAO, 2016).

Alla luce di queste prime considerazioni si può affermare che il tema della differenza di genere nei ruoli apicali è destinato ad entrare sempre più nelle agende delle aziende sanitarie italiane, chiamate a porre più attenzione al fenomeno e ad esprimere politiche delle risorse umane più sensibili ai temi di genere, anche nella gestione dei percorsi di carriera.

Pertanto, scopo del presente capitolo è quello di presentare evidenze quantitative e qualitative sul tema e aiutare policymaker e manager a comprendere quali scelte di natura strategica, organizzativa e di gestione del personale possano favorire percorsi di carriera manageriali femminili soprattutto in ragione della femminilizzazione del personale medico. A tal fine, si è deciso di sviluppare l’analisi dei ruoli apicali sia a livello del middle management, focalizzando l’attenzione sulle donne direttori di unità operativa, sia a livello di top manage-

³ <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/gender/news/news/2018/3/call-for-more-women-in-public-health-leadership-roles>

ment, studiando le donne direttori generali (DG)⁴. Pertanto, gli obiettivi specifici a cui si cercherà di dare risposta sono:

1. Presentare le dimensioni del fenomeno della femminilizzazione dei ruoli di middle management nelle aziende del SSN mettendo in evidenza: le differenze tra area amministrativa e sanitaria, tra le diverse discipline medico-chirurgiche, tra diverse Regioni e tipologie di aziende.
2. Proporre alcune possibili determinanti e misure di mitigazione del gender gap nel middle management.
3. Approfondire le sfide specifiche delle donne direttori generali di aziende sanitarie pubbliche.

Di seguito verrà presentata una rassegna sintetica della letteratura internazionale e la metodologia della ricerca. Nei paragrafi 4 e 5 si riporteranno i dati relativi rispettivamente alle analisi sul middle management e sul top management, mentre il paragrafo 6 discuterà i risultati e le principali implicazioni per concludere con alcune raccomandazioni di management e di policy.

16.2 Rassegna della letteratura internazionale

La letteratura internazionale sulla relazione tra leadership e genere è molto vasta e spazia dai numerosi contributi per practitioners a quelli pubblicati su riviste scientifiche specificamente dedicate ai *gender studies*. Per l'approccio economico aziendale che caratterizza il Rapporto OASI, questa rassegna si concentra su contributi scientifici pubblicati sulle principali riviste di management che si sono occupati di leadership femminile⁵. Il tema è molto presente e dibattuto nella comunità accademica manageriale negli ultimi anni e a titolo di esempio si può citare il recente *special issue* su "Gender and Leadership" edito dal *The Leadership Quarterly* (2016). Non esploreremo invece il vivace dibattito, parzialmente collegato ai temi qui trattati, dell'influsso del genere del professionista sugli outcome clinici⁶.

Diversi autori hanno mostrato come storicamente è prevalsa una cultura del

⁴ In assenza di database pubblici sui Direttori di Dipartimento si è optato per non indagare tale livello organizzativo. Si rimanda tuttavia al capitolo 9 del Rapporto per i risultati di una rilevazione ad hoc.

⁵ È stato interrogato il database EBSCO – Business Source Complete utilizzando come parole chiave "leadership" AND "women" OR "female" OR "gender", ripetendo la ricerca con l'aggiunta del termine "healthcare", selezionando le pubblicazioni più rilevanti degli ultimi 15 anni, e analizzando le relative bibliografie.

⁶ A tale proposito si vedano ad esempio i contributi di Tsugawa *et al.* (2017) o Wallis *et al.* (2017), rispettivamente in contesto medico e chirurgico, che riportano differenze statistiche contenute ma significative su alcune variabili di outcome quando il medico è donna.

think-manager-think-male (Schein *et al.*, 1996), secondo cui le competenze che si consideravano proprie di un leader, quali competizione, ambizione, capacità di analisi, stabilità emotiva, aggressività, ecc., erano anche quelle più frequentemente attribuite – in particolare dagli uomini – al genere maschile. Tuttavia, è ormai consolidata la consapevolezza del valore di stili alternativi a quelli più direttivi, in particolare dell'efficacia della *transformational leadership* (Burns, 1978; Bass, 1985; Bass e Avolio, 1990), caratterizzata dalla capacità di ispirare, favorire il coinvolgimento empatico dei collaboratori, motivare facendo leva su valori, ideali e senso di missione. L'importanza di tale approccio, pur nella consapevolezza che l'efficacia degli stili di leadership varia in funzione degli specifici contesti organizzativi (Vecchio, 2002), è stata confermata in una pluralità di ambiti e in particolare nel settore sanitario (Gellis, 2001; Gilmartin e D'Aunno, 2007).

È particolarmente interessante sottolineare che numerosi studi confermano che tale stile di leadership si riscontra – con differenze contenute ma statisticamente significative – più frequentemente nelle donne che negli uomini (Eagly e Carli, 2003). Alcuni autori hanno suggerito che tale disposizione a esprimere la *transformational leadership* nasce dalla capacità di combinare in maniera efficace i differenti approcci – quelli più tradizionalmente maschili e quelli più femminili – nelle relazioni e nelle modalità di esercitare il governo (Athanasopoulou *et al.*, 2018). Altri studi hanno riscontrato che la leadership femminile è associata alla capacità di far lavorare i team complessi in maniera cooperativa (Post, 2015).

Tuttavia, è bene notare che non vi sono evidenze chiare di un collegamento tra la leadership femminile e migliori performance aziendali (Eagly e Heilman, 2016). Interessante è lo studio seminale di Beaman e colleghi (2012) sui migliori outcome per donne e bambini nelle istituzioni scolastiche guidate da donne. In contesti sanitari, è stato mostrato che una maggiore presenza di donne nei board dei Foundation Trusts dell'NHS inglese non è collegata a differenze significative nei risultati aziendali, in termini finanziari o di qualità (Ellwood e Garcia-Lacalle, 2018). Qualche parziale evidenza è stata riscontrata invece nei paesi in via di sviluppo, dove la femminilizzazione di questi ruoli è positivamente correlata con alcune misure di performance di salute, ad esempio la riduzione del tasso di mortalità neonatale (Downs *et al.*, 2014). Pertanto, si può affermare che le donne esprimono stili di leadership efficaci almeno tanto quanto gli uomini, e che il genere non incide sulle performance aziendali.

Con riferimento, invece, alle sfide che le donne incontrano nei contesti lavorativi, è stato largamente messo in evidenza come la ragione dello scarso numero di donne in ruoli apicali va spesso ricercata lungo tutto il ciclo di vita professionale. Le donne, infatti, più facilmente perdono il loro *career capital* nel corso degli anni, accumulando un *cumulative disadvantage* che riduce le possibilità di essere nominate in ruoli apicali (Fitzsimmons e Callan, 2016). Gli ostacoli che incontrano sono sia a livello sociale/esterno, quali ad esempio discriminazioni e pregiudizi da parte di capi e colleghi, difficoltà di *work-life balance* collegate alla cura dei

figli o dei parenti a carico, limiti nell'accesso a network di influenza, mancanza di *role model*, ecc.; sia a livello individuale, in quanto hanno diverse motivazioni rispetto ai colleghi uomini, manifestano minore aggressività e spirito competitivo, hanno un minor utilizzo dei network relazionali con finalità di autopromozione, ecc. (Athanasopoulou *et al.*, 2018). Naturalmente i due livelli sono fortemente interconnessi e, ad esempio, ostacoli a livello individuale possono dipendere in realtà da difficoltà o stereotipi a livello sociale che, seppur progressivamente ridotti negli ultimi anni, sono ancora presenti. Altri autori hanno mostrato che pregiudizi e discriminazioni non solo possono ostacolare il percorso di carriera e poi la nomina apicale, secondo il noto concetto del *glass ceiling*, ma possono spingere alla selezione di una donna per quegli incarichi manageriali a maggiore rischio di insuccesso (fenomeno denominato *glass cliff*) (Sabharwal, 2015).

Da ultimo, una abbondante produzione scientifica si è concentrata sulle possibili soluzioni per ridurre il gender gap e per supportare le donne nel loro percorso di carriera. Sintesi interessanti sono quelle proposte da Fitzsimmons e Callan (2015) e Athanasopoulou *et al.* (2018) che suggeriscono un insieme di strumenti tra cui l'importanza di favorire auto-consapevolezza (su ambizioni, priorità individuali, scelte di *work-life balance*) e supportare lo sviluppo e la legittimazione organizzativa di modelli di leadership alternativi e capaci di integrare approcci maschili e femminili. Questo è possibile per l'azienda attraverso la definizione di *role model* femminili, l'offerta di opportunità di mentoring e coaching, la promozione di strumenti di networking e formazione, scelte aziendali esplicite per superare limiti culturali e pregiudizi. A ciò naturalmente si accompagnano le politiche di conciliazione famiglia-lavoro capaci di garantire flessibilità di orari, smart working, accesso alle opportunità di formazione e networking anche per lavoratori part time o in congedo parentale, servizi di welfare aziendale a supporto alla cura dei figli o dei genitori, ecc.

16.3 Metodologia della ricerca

L'analisi ha integrato diverse fonti informative e approcci di natura quantitativa e qualitativa. La rilevazione del gender gap nel middle management ha riguardato:

- ▶ l'analisi descrittiva del Conto Annuale del Ministero dell'Economia e delle Finanze, da cui si evincono dati aggregati sulla femminilizzazione del personale dirigente SSN, e dell'Elenco Nazionale Direttori di Struttura Complessa del Ministero della Salute, che riporta tutti i dirigenti sanitari direttori di Struttura Complessa;
- ▶ nove interviste di approfondimento a donne direttori di unità operativa, selezionate tra quelle delle aziende ospedaliere con un più alto tasso di donne tra

i direttori di struttura complessa (AOU di Parma, AOU di Bologna, ASUI di Trieste), anche al fine di esplorare se vi fossero in essere strategie o strumenti di gestione del personale che avessero favorito tale situazione.

Per indagare il tema del gender gap nel top management sono invece state effettuate:

- ▶ l'analisi descrittiva dell'Elenco nazionale idonei all'incarico di direttore generale Enti del SSN e dei dati sul processo di selezione dei DG in tre Regioni (Piemonte, Lombardia e Sicilia);
- ▶ la somministrazione di un questionario, sviluppato in collaborazione con la Federazione Italiana delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere (FIASO) e rivolto alle donne DG. Il questionario, tramite domande aperte, esplorava gli ostacoli riconducibili al genere incontrati nel proprio percorso professionale, le soluzioni adottate e i suggerimenti che le DG darebbero a una giovane collega (in linea con l'approccio adottato da Athanasopoulou *et al.*, 2018). Al questionario hanno risposto nove DG, pari al 35% del totale delle DG donne delle aziende FIASO.

È stato quindi realizzato un focus group con un panel di DG donne, per commentare i dati quali-quantitativi raccolti e identificare chiavi interpretative il più possibile condivise e proposte di management e di policy.

16.4 I risultati della rilevazione: le donne direttori di unità operativa

16.4.1 La rilevazione quantitativa

La Tabella 16.1⁷ mostra la percentuale di donne nel personale inquadrato come dirigente nel SSN, suddiviso per qualifica, con il dettaglio della percentuale femminile tra coloro che ricoprono un incarico di direzione di unità operativa. Si evidenzia come, seppur le donne complessivamente rappresentino il 44% di medici e odontoiatri, solo il 32% dei direttori di struttura semplice (SS) e il 16% dei direttori di struttura complessa (SC) è donna. Come anticipato, tale dato in parte si spiega in ragione delle differenze demografiche: tra i medici senior la percentuale di donne è inferiore (sono il 37% nella fascia 55-59 anni) mentre

⁷ La Tabella 16.1 riporta la nostra elaborazione sui dati del Conto Annuale del MEF, anno 2017 (ultimo disponibile), con riferimento a tutte le aziende sanitarie pubbliche (categorie Unità Sanitarie Locali, Policlinici Universitari e IRCCS). I dati non includono il personale universitario, tuttavia dall'analisi del database CINECA del MIUR la percentuale di donne tra i docenti ordinari dei SSD medici nelle università italiane risulta pari al 17%, valore sostanzialmente equivalente a quello riscontrato tra i direttori di SC non universitari.

Tabella 16.1 **Donne dirigenti nel SSN (% e ricorso al part time)**

Qualifica	% Donne	% part time
Direttori generali	16,7%	0,0%
Direttori sanitari	32,5%	0,0%
Direttori amministrativi	35,1%	0,0%
Direttori dei servizi sociali	44,6%	0,0%
Dirig. Medici e odontoiatri	44,4%	1,8%
Con incarico di direzione di SC	15,8%	0,0%
Con incarico di direzione di SS	32,3%	0,6%
Dirig. Veterinari	19,5%	2,7%
Con incarico di direzione di SC	5,7%	0,0%
Con incarico di direzione di SS	13,9%	0,0%
Dirig. Sanitari non medici (farmacisti, biologi, chimici, fisici, psicologi)	76,0%	3,8%
Con incarico di direzione di SC	59,2%	0,0%
Con incarico di direzione di SS	67,6%	0,7%
Dirig. Sanitari non medici (dirigenti professioni sanitarie)	62,2%	0,8%
Dirig. Ruolo professionale (avvocati, ingegneri, architetti, geologi)	22,1%	1,2%
Con incarico di direzione di SC	15,5%	0,0%
Con incarico di direzione di SS	25,4%	0,0%
Dirig. Ruolo tecnico (analisti, statistici, sociologi)	51,6%	3,3%
Con incarico di direzione di SC	42,5%	0,0%
Con incarico di direzione di SS	50,8%	1,1%
Dirig. Ruolo amministrativo	54,5%	0,8%
Con incarico di direzione di SC	52,9%	0,0%
Con incarico di direzione di SS	56,6%	1,7%

Fonte: Nostra elaborazione su dati Conto Annuale MEF, anno 2017

nella fascia 35-39 anni rappresentano il 64%. E infatti l'età media complessiva dei medici donne è di 4,9 anni inferiore a quella degli uomini. Tuttavia il gap rispetto alle percentuali di donne nei ruoli apicali appare estremamente significativo.

Diversa è la situazione in area non medica: tra i sanitari non medici (farmacisti, biologi, chimici, fisici e psicologi) ben il 76% sono donne e tale percentuale rimane al di sopra del 50% relativamente ai direttori di struttura semplice (68%) e complessa (59%). Se molto contenuta è la presenza di donne nella dirigenza e nelle apicalità di ruolo professionale, appare invece decisamente equilibrata la distribuzione nei generi nella dirigenza di ruolo tecnico e amministrativo, dove sono donne rispettivamente il 43% e il 53% dei direttori di SC.

Da ultimo, la Tabella 16.1 mostra la percentuale di dipendenti che ricorrono all'istituto del part time, considerato uno dei principali strumenti di flessibilità contrattuale a servizio della conciliazione vita-lavoro, almeno in alcune fasi della vita privata. Il tema verrà ripreso nei prossimi paragrafi, ma si evidenzia subito come la percentuale di personale della dirigenza che ricorre al part time sia decisamente trascurabile (mentre tale strumento appare più diffuso, sebbe-

ne non raggiunga il 10%, pur con una forza lavoro prevalentemente femminile, tra il personale del comparto).

La Tabella 16.2⁸ presenta i dati relativi ai direttori di SC nella dirigenza sanitaria tra le Regioni: a fronte di una media nazionale del 17,7%, vi sono Regioni come l'Emilia Romagna attestate al 24% e altre come l'Umbria al 12% o il Veneto al 10%.

La Tabella 16.3 mostra che le ASL sono la tipologia di aziende con il maggior numero di donne direttori di SC (18,3%), sebbene la differenza tra le classi di azienda sia decisamente contenuta. Il dato è infatti appena inferiore per quanto riguarda ASST e AO (17,1% e 17,0%), mentre si riduce in maniera più significativa per gli IRCCS (11,7%) che risultano pertanto i contesti aziendali meno aperti alla presenza di donne direttori.

Tabella 16.2 **Donne direttori di SC nella dirigenza sanitaria, per Regione**

Regione	Donne	Uomini	Totale	% Donne
Emilia Romagna	133	420	553	24%
Sardegna	52	179	231	23%
Lazio	84	306	390	22%
Valle d'Aosta	6	22	28	21%
Abruzzo	28	107	135	21%
Piemonte	125	501	626	20%
Lombardia	217	890	1107	20%
Friuli Venezia Giulia	37	155	192	19%
Marche	44	213	257	17%
Toscana	80	388	468	17%
Campania	79	404	483	16%
Prov. Auton. Bolzano	16	83	99	16%
Sicilia	81	423	504	16%
Liguria	31	162	193	16%
Basilicata	17	101	118	14%
Prov. Auton. Trento	13	85	98	13%
Molise	3	20	23	13%
Puglia	43	320	363	12%
Umbria	13	97	110	12%
Veneto	65	565	630	10%
Totale	1167	5441	6608	18%

Fonte: Nostra elaborazione su dati Elenco Nazionale Direttori di Struttura Completa, Minsal, 2019

⁸ Le Tabelle 16.2, 16.3, 16.4 e 16.5 riportano la nostra elaborazione sul database Elenco Nazionale Direttori di SC del Ministero della Salute (dati aggiornati al 22 luglio 2019). I dati fanno riferimento ai direttori di SC di ruolo sanitario (medici e non medici) delle aziende sanitarie pubbliche, e non includono il personale universitario. È importante segnalare che il database, la cui qualità è andata migliorando con il passare degli anni, presenta ancora dei limiti. Ad esempio, per alcune aziende non sono riportati tutti i direttori, o manca la data di nomina; sono inoltre assenti i dati di Regione Calabria.

Tabella 16.3 **Donne direttori di SC nella dirigenza sanitaria, per tipologia di azienda**

Tipologia di azienda	Donne	Uomini	Totale	% Donne
ASL	807	3609	4416	18,3%
ASST	151	733	884	17,1%
AO	179	876	1055	17,0%
IRCCS	29	218	247	11,7%
Totale	1166	5436	6602	17,7%

Fonte: Nostra elaborazione su dati Elenco Nazionale Direttori di Struttura Complessa, Minsal, 2019

L'analisi delle apicalità per disciplina⁹ (Tabella 16.4) evidenzia come le donne rappresentino circa 1/6 delle apicalità complessive (1166 su 6602) e mostra anzitutto la grande variabilità tra le diverse branche: se le donne sono il 69% tra i direttori di farmacia ospedaliera, rappresentano lo 0% in chirurgia toracica, chirurgia maxillofaciale, cardiocirurgia e ortopedia, ma anche in epidemiologia e medicina dello sport. Oltre alle varie declinazione della disciplina di farmacia, troviamo psicologia, neuropsichiatria infantile e cure palliative tra quelle in cui la presenza apicale femminile supera il 40%. La percentuale femminile tra i direttori è relativamente significativa (compresa tra il 20 e il 40%) nelle discipline dell'ambito dell'igiene degli alimenti, dell'organizzazione dei servizi sanitari, della sanità pubblica e delle direzioni mediche di presidio; nella medicina legale e del lavoro; nella farmacologia, biochimica clinica e medicina di laboratorio. Tra le cliniche, ai primi posti troviamo la fisiatria, la neonatologia, la geriatria. Si evidenzia però che nella maggior parte delle discipline cliniche la percentuale di donne apicali è compresa tra il 10 e il 20%, con il valore minimo riportato dalla cardiologia (6%). Nelle discipline prettamente chirurgiche, invece, tale percentuale non raggiunge mai il 10% (con l'unica eccezione della chirurgia pediatrica al 17%) e registra lo 0% nelle quattro discipline già citate. Da ultimo sembra interessante richiamare l'attenzione anche sui valori di pediatria e ginecologia che presentano una percentuale di apicali donne pari rispettivamente al 22% e al 13%.

La Tabella 16.5 mostra invece la percentuale di donne, tra i direttori di struttura complessa in carica, in base all'anno di nomina. Tra i direttori nominati fino al 1990 le donne sono il 10,4%, mentre tra quelli nominati negli ultimi 3 anni raddoppiano (21.1%). Si può quindi apprezzare un incremento relativo di tale quota, seppure i valori rimangano complessivamente contenuti e non certo in grado di colmare il gender gap.

⁹ La tabella include le discipline con almeno 5 strutture complesse a livello nazionale.

Tabella 16.4 **Donne direttori di SC nella dirigenza sanitaria, per disciplina**

Disciplina	Donne	Uomini	Totale	% Donne
Farmacia ospedaliera	103	46	149	69%
Farmacia territoriale	34	17	51	67%
Cure palliative	4	4	8	50%
Psicoterapia	6	8	14	43%
Psicologia	19	26	45	42%
Laboratorio di genetica medica	2	3	5	40%
Igiene degli alimenti e della nutrizione	18	29	47	38%
Neuropsichiatria infantile	22	36	58	38%
Organizzazione dei servizi sanitari di base	114	217	331	34%
Farmacologia e tossicologia clinica	21	40	61	34%
Igiene, epidemiologia e sanità pubblica	77	154	231	33%
Direzione medica di presidio ospedaliero	78	188	266	29%
Medicina fisica e riabilitazione	39	97	136	29%
Biochimica clinica	4	10	14	29%
Patologia clinica – laboratorio	35	89	124	28%
Neonatologia	10	26	36	28%
Geriatria	18	51	69	26%
Medicina trasfusionale	23	68	91	25%
Anatomia patologica	23	73	96	24%
Fisica sanitaria	10	32	42	24%
Medicina del lavoro	25	82	107	23%
Medicina legale	13	43	56	23%
Pediatria	46	166	212	22%
Psichiatria	52	189	241	22%
Radioterapia	14	57	71	20%
Malattie metaboliche e diabetologia	4	18	22	18%
Chirurgia pediatrica	4	20	24	17%
Oncologia	23	131	154	15%
Malattie dell'apparato respiratorio	12	72	84	14%
Microbiologia e virologia	3	18	21	14%
Neurologia	19	116	135	14%
Ginecologia e ostetricia	29	195	224	13%
Nefrologia	15	105	120	13%
Scienza dell'alimentazione e dietetica	1	7	8	13%
Medicina e chirurgia di accettazione e di urgenza	28	200	228	12%
Medicina interna	44	317	361	12%
Igiene alimenti	10	74	84	12%
Medicina nucleare	7	52	59	12%
Radiodiagnostica	32	241	273	12%
Gastroenterologia	10	79	89	11%
Reumatologia	1	8	9	11%
Anestesia e rianimazione	36	293	329	11%
Malattie infettive	6	57	63	10%
Neuroradiologia	3	29	32	9%
Ematologia	4	40	44	9%

Disciplina	Donne	Uomini	Totale	% Donne
Endocrinologia	1	12	13	8%
Odontoiatria	1	14	15	7%
Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche	3	44	47	6%
Cardiologia	15	226	241	6%
Oftalmologia	8	123	131	6%
Chirurgia plastica e ricostruttiva	2	32	34	6%
Sanità animale	4	81	85	5%
Otorinolaringoiatria	6	125	131	5%
Chirurgia vascolare	2	50	52	4%
Dermatologia e venereologia	1	27	28	4%
Neurochirurgia	2	63	65	3%
Chirurgia generale	10	316	326	3%
Urologia	4	129	133	3%
Ortopedia e traumatologia	1	263	264	0%
Allergologia ed immunologia clinica	0	8	8	0%
Epidemiologia	0	6	6	0%
Medicina dello sport	0	5	5	0%
Cardiochirurgia	0	34	34	0%
Chirurgia maxillo-facciale	0	21	21	0%
Chirurgia toracica	0	26	26	0%
Totale	1166	5436	6602	18%

Fonte: Nostra elaborazione su dati Elenco Nazionale Direttori di Struttura Complessa, Minsal, 2019

Tabella 16.5 **Donne direttori di SC nella dirigenza sanitaria, trend nelle nomine**

Anno di nomina	% di donne
Fino a 1990	10,4%
1991-2000	15,1%
2001-2010	15,5%
2011-2015	16,2%
2016-2019	21,1%

Fonte: Nostra elaborazione su dati Elenco Nazionale Direttori di Struttura Complessa, Minsal, 2019

16.4.2 La rilevazione qualitativa

Gli approfondimenti di natura qualitativa, realizzati grazie a interviste a donne direttori di struttura complessa hanno consentito di esplorare alcune delle ragioni della situazione fotografata dall'analisi quantitativa e possibili strategie per la riduzione del gender gap. Anzitutto, con l'intento di identificare strumenti organizzativi e di gestione del personale capaci di favorire la presenza di donne in posizioni apicali, abbiamo intervistato direttori di struttura complessa nelle tre aziende ospedaliere che riportavano le percentuali di femminilizzazione più alte (di poco superiori al 30%): AOU di Parma, AOU di Bologna, ASUI di Trieste. Tutte le intervistate si sono dette stupite all'appren-

dere che le loro aziende fossero tra quelle con i livelli di gender gap inferiori. Esse hanno confermato la presenza di una cultura aziendale in cui i pregiudizi nei confronti della carriera femminile erano assenti o almeno marginali, tuttavia nessuna di esse è stata in grado di identificare concrete ed esplicite soluzioni organizzative adottate in passato per favorire la presenza femminile nei ruoli apicali.

Integrando le diverse prospettive è emerso che tra le maggiori difficoltà si riscontrano anzitutto quelle di natura esterna, prevalentemente dovute – soprattutto per le donne con figli – alle difficoltà di conciliazione vita-lavoro. Gli intensi orari di lavoro, il tempo aggiuntivo da dedicare allo studio o alla ricerca, la partecipazione a congressi e a periodi di formazione all'estero, la disponibilità a trasferirsi per approfittare di un'opportunità professionale in un'altra azienda, sono condizioni importanti per carriere verso ruoli apicali, ma spesso – almeno in alcune fasi della vita – sono non facilmente compatibili con le esigenze familiari.

A questi elementi se ne accompagnano altri di natura più psicologica, in quanto a detta delle intervistate le stesse donne medico, più frequentemente rispetto ai colleghi uomini, non ambiscono a progressioni di carriera, non fanno domanda per opportunità professionali o non partecipano a concorsi. Da un lato, esse temono pregiudizi in fase di selezione o nell'esercizio del ruolo da parte dei collaboratori, dei colleghi e del personale tecnico/infermieristico. Dall'altro, ritengono di avere maggiori difficoltà a gestire i conflitti, a gestire i network relazionali spesso informali in cui vengono prese le decisioni, a considerare l'idea di assumere responsabilità organizzative oltre che cliniche.

Con riferimento, invece, alle soluzioni che potrebbero aiutare una riduzione del gender gap ne sono state citate diverse soprattutto in riferimento al sostegno della maternità lungo la vita professionale. Anzitutto, ne sono emerse alcune a livello culturale e sociale, quali la compartecipazione nella cura dei figli, la disponibilità dell'uomo a seguire scelte professionali della donna, l'effettivo ricorso a congedi di paternità, ecc. A livello organizzativo invece, come prevedibile, al fine di consentire alla donna medico di mantenere o riprendere presto un'attività ad alti livelli di professionalità è stata citata l'importanza di nidi aziendali e orari flessibili. Alcune intervistate hanno anche suggerito di dare la possibilità, alle donne che lo desiderano, di lavorare su progetti di ricerca durante il congedo di maternità. È apparso loro tuttavia molto difficile trovare soluzioni che consentano effettiva flessibilità se le dotazioni di personale – come accade in molte unità operative – sono spesso insufficienti per i carichi di lavoro richiesti e dove manca personale di supporto per svolgere un'efficace attività di ricerca. A ciò si aggiunge il fatto che in molte discipline o contesti organizzativi è ormai raro trovare personale disposto a svolgere sostituzioni di maternità e questo crea pressioni sociali nei confronti delle donne che hanno desiderio di avere figli.

Non sono invece emersi suggerimenti con riferimento al supporto alle donne in fase di nomina a ruoli apicali. Piuttosto, si riscontra ampia condivisione rispetto alla non opportunità di utilizzare strumenti quali le quote rosa o l'obbligo di almeno un candidato donna nelle rose per le nomine, in un contesto quale la sanità dove la selezione deve avvenire principalmente sulla base della competenza professionale.

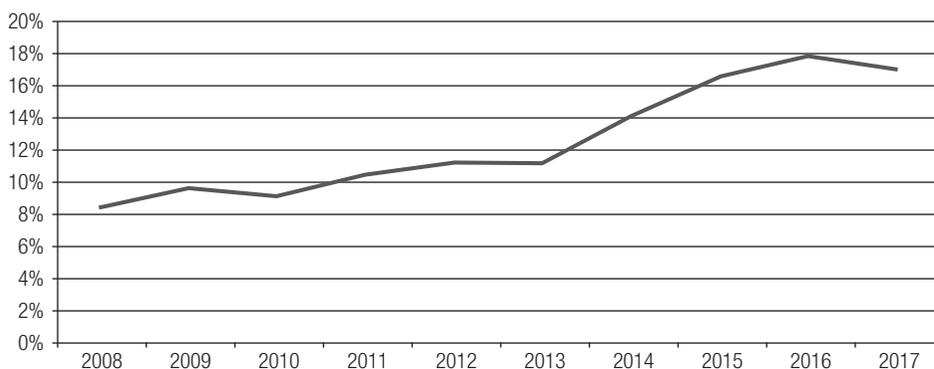
16.5 I risultati della rilevazione: le donne DG

16.5.1 Analisi descrittiva

Il dati del Conto Annuale riportano una quota di DG donne pari al 17% del totale nel 2017. Se il numero può sembrare esiguo, l'analisi del trend degli ultimi 10 anni (Figura 16.1) dimostra un significativo aumento delle donne nei ruoli di vertice delle aziende sanitarie: nel 2008 le donne erano 26 contro 285 uomini, ovvero l'8% del totale dei DG; nel 2017 si contano 44 donne, poco meno del doppio in pochi anni. Il dato non è trascurabile se si considera che gli anni trascorsi sono stati caratterizzati da una sensibile razionalizzazione del numero delle aziende, con la conseguente riduzione delle posizioni di vertice, che passano da 311 nel 2008 a 261 nel 2017. Esiste, quindi, una comunità di professioniste DG donne che si è costruita nei tempi più recenti.

L'interpretazione di questo dato è rimandata ai due paragrafi successivi, il primo focalizzato sugli esiti dell'analisi comparativa di tre processi di selezione tra il 2018 e l'inizio del 2019; il secondo rivolto all'indagine delle prospettive delle donne nella posizione di DG.

Figura 16.1 **Direttori Generali donna: trend degli ultimi 10 anni**



Fonte: Nostra elaborazione su dati Conto Annuale MEF, 2008-2017

16.5.2 Il genere nei processi di selezione: tre casi a confronto

Il processo di centralizzazione della selezione della lista nazionale degli idonei al ruolo di DG – introdotta col Dlgs 171/2016 – rende la comparazione tra i processi di selezione dal 2018 in avanti più agile, in quanto largamente più omogenea nel bacino di reclutamento ma anche nei metodi (la stessa normativa introduce l’obbligo per tutti di procedere a liste per azienda a valle di una selezione per titoli, ma anche per colloquio, introdotto in via obbligatoria).

Per quanto riguarda il bacino di reclutamento, la suddetta riforma è stata resa operativa con la procedura di ammissione all’elenco nazionale che ha avuto luogo nel 2017 e al quale elenco, dal 2018, è d’obbligo essere ammessi per candidarsi alle procedure selettive regionali. In virtù dei ricorsi conseguenti alla prima pubblicazione dell’elenco e alle successive rettifiche, l’elenco nazionale è in continua evoluzione, benché non siano stati riaperti – al momento della pubblicazione di questo studio – i termini per aggiornarne la composizione. Al momento della rilevazione compiuta ai fini di questo studio (aprile 2019), erano 761 le persone in elenco, di cui 200 donne, pari a circa il 26% del totale (Tabella 16.6).

Questo dato non è sorprendente, se messo in relazione con le caratteristiche del bando e quanto introdotto nei paragrafi precedenti. Come è già stato fatto notare in precedenti edizioni di questo stesso rapporto (Longo, Pirazzoli, Saporito, 2016) i criteri di selezione del bando nazionale stabiliti dal già citato Dlgs 171/2016 tendono fatalmente a privilegiare i profili con più esperienza, ai danni dei più giovani; i profili medici rispetto a quelli più spiccatamente manageriali; i profili più accademici o con background scientifico più rilevante, contro esperienze di natura più manageriale. Se confrontiamo questo profilo con quello delle donne in sanità descritto nei paragrafi precedenti emergono gli aspetti critici: la femminilizzazione delle carriere mediche è un fatto recente e pertanto si suppone che il numero di aspiranti donne sia maggiore nelle coorti più giovani, che sono quelle penalizzate dal sistema dei punteggi dell’elenco nazionale; inoltre, le donne nelle posizioni apicali – quelle utili per ottenere i punteggi necessari a entrare in elenco – sono più numerose nei ruoli amministrativi che, però, sono anche quelli meno valoriz-

Tabella 16.6 **Numero idonei al ruolo di DG e percentuale delle donne**

	Donne	Uomini	Totale
N idonei	200	561	761
%	26%	74%	100%

Fonte: Elenco nazionale dei soggetti idonei alla nomina di direttore generale delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli altri enti del servizio sanitario nazionale. Aggiornato Aprile 2019. <http://www.salute.gov.it>

zati dai criteri di ammissione in elenco nazionale; stesso dicasi per le carriere accademiche.

Alla luce di queste considerazioni, non stupisce che le donne in elenco siano una minoranza, che di fatto costituisce il limite invalicabile della disponibilità di risorse umane cui attingere per gli incarichi di vertice.

Lo stesso elenco è alla base dei tre processi di selezione analizzati, celebrati tutti tra il 2018 (Piemonte e Sicilia) e i primi mesi del 2019 (Lombardia). Per ciascuno dei tre casi si è osservata la percentuale delle donne nei successivi passaggi di scrematura dei candidati: l'autoselezione in fase di candidatura; la prima selezione per l'ammissione ai colloqui; la selezione per l'ammissione negli elenchi aziendale; infine, la nomina (Tabella 16.7).

Il primo dato degno di attenzione è che le donne candidate sono in tutti e tre i casi percentualmente inferiori al totale delle donne in elenco (26%): tranne in Lombardia, dove con 63 donne candidate su 255 si sfiora la percentuale nazionale con 25%, negli altri due casi le donne candidate sono meno del 20% (17% in Piemonte e 15% in Sicilia). Non è disponibile il dato sulla eventuale concentrazione geografica delle donne in elenco nazionale per meglio interpretare questo dato e valutare la differenza di genere tra candidati interni ed esterni alla regione. Né è chiaro se l'ammissione in elenco rappresenti per tutti gli ammessi un punto di partenza per le selezioni regionali o un simbolico traguardo in sé (si potrebbe infatti ipotizzare che per molti – magari soprattutto per le donne – la presenza in elenco non coincida poi con una reale disponibilità a candidarsi nei diversi processi selettivi regionali). Resta il fatto che – fatto salvo per la Lombardia – le procedure selettive hanno mobilitato percentualmente meno donne di quante disponibili in elenco.

Il numero di candidati non ammessi ai colloqui è ormai piuttosto contenuto, visto che la scrematura è effettuata a livello nazionale: questo step di scrematura può essere però utilizzato dalle commissioni per introdurre all'occorrenza qualche correttivo alle storture dei criteri dell'elenco nazionale. Ad ogni modo,

Tabella 16.7 **Numero di donne nei processi di selezione per DG in Lombardia, Piemonte e Sicilia**

	Piemonte	Sicilia	Lombardia
Tot candidati	135	112	255
di cui donne	23 (17%)	17 (15%)	63 (25%)
Ammessi al colloquio	101	72	210
di cui donne	17 (17%)	11 (15%)	54 (26%)
Selezionati	48	53	100
di cui donne	5 (10%)	6 (11%)	24 (24%)
Incaricati	17	15	40
di cui donne	2 (12%)	1 (7%)	6 (15%)

Fonte: Nostra elaborazione, su dati regionali.

in nessuno dei tre casi presi in esame questo passaggio – che ha di fatto ridotto di qualche decina i candidati – ha inciso sulle percentuali delle donne rappresentate, che restano stabili rispetto agli uomini.

Le fasi che sembrano incidere in maniera più significativa sulle chance delle donne a entrare negli elenchi aziendali sono – stando ai dati analizzati – il colloquio di selezione e la nomina. Fatta salva, ancora una volta la Lombardia, che vede ridurre le donne ‘solo’ dal 26% al 24% tra prima e dopo le interviste di selezione, in Piemonte e in Sicilia le donne superano meno agilmente degli uomini questo scoglio selettivo.

Di seguito la Tabella 16.8 approfondisce l’effetto di genere nei colloqui .

Tranne nel caso della Sicilia, dove entrano negli elenchi aziendali poco meno di $\frac{3}{4}$ dei candidati ammessi al colloquio (74%), nel caso del Piemonte e della Lombardia le interviste tagliano fuori oltre il 50% degli ammessi a questo stadio di selezione. Ma in tutti e tre i casi, le donne convincono meno le commissioni di selezione in proporzione agli uomini. Se in Lombardia la distanza in termini percentuali è meno sensibile (supera il colloquio il 49% degli uomini, contro il 44% delle donne), in Piemonte la distanza si fa più ampia (51% degli uomini promosso, mentre solo il 29% delle candidate entra negli elenchi), fino al caso della Sicilia, dove quasi 4 uomini su 5 passano, mentre quasi 1 donna su due è bocciata. I dati a disposizione non consentono di spiegare il fenomeno, ma solo di avanzare alcune interpretazioni trasversali ai tre casi analizzati. Una prima ipotesi è che tale esito sia il frutto di pregiudizi sulla leadership al femminile dei membri di commissione, sebbene si segnala che in tutte e tre le selezioni era presente almeno un commissario donna. Una seconda ipotesi, complementare alla prima, è che le performance delle donne siano state percepite come più carenti, magari a causa di una eventuale minore assertività e sicurezza delle donne in sede di colloquio. Una terza ipotesi è che in sede di colloquio la provenienza amministrativa sia meno apprezzata rispetto a quella medica: poiché le

Tabella 16.8 **Numero di donne nelle ammissioni ai colloqui per la selezione dei DG in Lombardia, Piemonte e Sicilia**

	Piemonte	Sicilia	Lombardia
Ammessi al colloquio (tot)	101	72	210
<i>donne</i>	17	11	54
uomini	84	61	156
Selezionati (tot)	48	53	100
<i>donne</i>	5	6	24
uomini	43	47	76
% (tot)	48%	74%	48%
<i>donne</i>	29%	55%	44%
uomini	51%	77%	49%

Fonte: Nostra elaborazione, su dati regionali.

donne più frequentemente vengono dalle direzioni amministrative o comunque dalle funzioni collegate, sarebbero più esposte alla bocciatura.

Infine, il numero delle donne crolla drammaticamente al momento dell'assegnazione politica degli incarichi (Tabella 16.7, ultima riga): 2 donne in Piemonte su 17 aziende; 1 in Sicilia su 15; 6 in Lombardia su 40. È evidente da quanto ricostruito su questi tre casi che la scarsità di donne DG non dipende dall'indisponibilità di queste, ma da una preferenza della politica per i loro colleghi uomini.

16.5.3 Il punto di vista delle donne DG: analisi qualitativa

Il questionario aperto e il focus group si sono articolati nello stesso modo tra loro lungo due livelli di approfondimento differenti. Nel primo livello si sono esplorate le opinioni sul tema del gender gap in generale (quali i fattori che spiegano il gender gap; quali fattori abilitanti per ridurlo; quale valore apportano le donne nei ruoli di vertice in sanità); nel secondo livello sono invece state espresse le opinioni in merito alla propria storia individuale, al fine di attingere a un dominio di informazioni più ricco e a maggiore distanza dagli stereotipi (quali elementi hanno fatto la differenza nella propria storia e quali eventuali sacrifici ha richiesto il traguardo raggiunto). Le analisi hanno seguito la stessa traccia, enucleando per ciascun punto affrontato i temi emergenti.

Le determinanti del gender gap

Secondo il campione intervistato, all'origine del gender gap vi è un pregiudizio sfavorevole non solo della società verso le donne, ma sovente anche delle singole donne su loro stesse che le fa propendere per atteggiamenti rinunciatari. Alcune intervistate tendono a enfatizzare quanto il contesto culturale sia ostacolante verso le donne ("retaggio culturale e iniziale diffidenza verso ruoli apicali delle donne"; "la femminilità vissuta come fragilità anziché come forza"). Tra i pregiudizi più citati, spicca quello rivolto alla politica, considerata ancora molto maschile negli stili e nelle reti: "le donne sono (...) orientate al risultato, con un solido bagaglio tecnico e molto più operativo, ma in certi ambienti servono di più doti prevalentemente relazionali (e logiche) politiche per ottenere certi incarichi"; "le relazioni con la politica sono ancora molto al maschile". Soltanto in un caso un'intervistata ha dichiarato che in fondo le ragioni del gender gap non sono poi così specifiche nel settore della sanità pubblica, sterilizzando la questione politica: i fattori ostacolanti sarebbero "gli stessi che spiegano il gap gender nelle altre professioni". Per meglio approfondire questo aspetto (quanto la variabile politica che è propria delle nomine in ambito pubblico) fosse rilevante nel gender gap, si è introdotto il tema in occasione del focus group: secondo le partecipanti, le reti politiche contano molto nelle nomine e le donne in questi spazi sono meno riconosciute. Ma un altro aspetto

che emerge con forza dalle interviste è l'autoselezione: sovente sono le stesse donne a rinunciare a competere.

Il tema che emerge con la più alta frequenza è anche il più noto, ovvero le difficoltà di conciliazione della carriera con l'impegno di cura nella vita familiare: "minore disponibilità a ricoprire ruoli apicali che mal si conciliano con esigenze familiari che gravano prevalentemente sulle figure femminili della famiglia". Ma alcune sottolineano anche come sia stato in larga parte un tema di auto-riconoscimento del proprio ruolo nella società, soprattutto in passato ("eravamo poche"), che portava le donne a chiamarsi fuori, magari a causa della "sottovalutazione delle proprie capacità", o a preferire ruoli da comprimario: "spesso le donne si propongono ancora per ruoli "di sostegno/supporto" in secondo piano piuttosto che emergere in prima persona".

In occasione del focus group è emerso in maniera molto forte come la figura del DG sia ancora oggi fortemente ancorata all'idea di 'uomo forte', di un leaderismo decisionista dai connotati maschili. Nel corso della discussione è stata usata la parola 'condottiero' senza – inizialmente – una consapevole e intenzionale riflessione sulle implicazioni di genere di questa immagine che è stata successivamente ampiamente discussa, a riprova della profondità e pervasività dei pregiudizi sul tema.

Si rileva che nessuna delle intervistate ritiene che l'autoselezione delle donne sia conseguenza di una 'naturale' carenza di interesse verso il potere, in quanto già largamente soddisfatte dall'assolvimento di altri ruoli biologici e sociali. In altre parole, per le donne DG del campione, la scelta di rinuncia alla carriera è data da più dai vincoli del contesto che da una libera preferenza.

Gli strumenti per ridurre il gender gap

Le intervistate e anche le partecipanti al focus group hanno reagito alla domanda su come rimuovere gli ostacoli alla carriera delle donne in sanità in maniera piuttosto polarizzata: infatti, accanto a chi sostiene la necessità di ripensare le politiche aziendali e sociali per supportare l'accesso delle donne nei ruoli apicali, un nutrito gruppo di intervistate non ritiene che le donne abbiano bisogno di alcun intervento speciale.

In realtà le donne che hanno mostrato diffidenza verso strumenti specifici per ridurre il gender gap hanno sfumature di pensiero differenti. Di fondo vi è il disagio verso forme di 'lobbismo' femminile: si nota ad esempio che l'aggettivo 'femminista' è assente o usato con un'accezione negativa o, quanto meno, estremista da tutte le intervistate che hanno usato questa parola. Per alcune di loro, forzature a favore delle donne sono da considerare alla stregua di logiche 'femministe' nell'accezione appena descritta, da contrapporre alle ben più legittimate socialmente logiche 'meritocratiche': "le donne ce la fanno da sole"; "ritengo che i fatti stessi, come nel resto del panorama lavorativo, stiano contribuendo alla riduzione di questo gap"; "favorire le carriere meritocratiche, in-

dipendentemente dal genere”. Una di loro chiarisce in maniera paradigmatica le ragioni della diffidenza verso qualunque tipo di politica di genere: “essendo per me derivante da scelte personali è difficile trovarne degli strumenti”. In altre parole, per questa donna le “scelte” sono state “personali”, individuali, mai ricondotte ad una condizione di genere. Pertanto qualunque politica di genere a riguardo non solo perde di significato, ma sembra addirittura depotenziare lo sforzo individuale e “personale” del traguardo.

Passando invece a chi con entusiasmo ha avanzato idee di intervento per ridurre il gender gap, le loro proposte possono essere riclassificate all’interno di tre ambiti: cambiare le politiche sociali, cambiare le politiche aziendali, sostenere la fiducia nelle proprie possibilità delle donne.

L’area più popolata è quella delle politiche sociali per aiutare la conciliazione: “[manca] un sistema di welfare che supporti maggiormente le esigenze correlate ai diversi ruoli, spesso contemporanei che la donna è chiamata a svolgere”; “[occorre] costruire servizi pubblici a supporto della genitorialità e della famiglia per evitare che la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro sia un problema addossato sulle donne”. Più in generale, secondo questa visione un importante sostegno alle donne potrebbe arrivare da servizi di welfare capaci di alleviare il carico familiare. Come vedremo, questo tema è poi rimesso in discussione dal racconto di sé delle donne intervistate.

Oltre al tema delle politiche di welfare, le donne riconoscono che la “motivazione e determinazione da parte della donna nella scelta professionale” sia un fattore abilitante da incentivare. Allo scopo propongono “specifiche politiche delle agenzie scolastiche e universitarie per la riduzione del gender gap”, oltre che “occorre ridurre il peso organizzativo e psicologico e il giudizio di valore positivo di tutte quelle situazioni che tradizionalmente gravano maggiormente sul genere femminile (gestione familiare, educazione dei figli ecc.) che hanno effetto frenante sulle carriere”.

Solo una tra le DG che hanno risposto al questionario ritiene che un’area di intervento riguardi anche le politiche aziendali, dove occorre cambiare le regole e smettere di “considerare la maternità un ostacolo alla crescita professionale, ma un atout per l’azienda”.

In occasione del focus group, i pochi aspetti emersi in discontinuità rispetto alle interviste riguardano proprio le politiche aziendali: anche su stimolo da parte della conduzione del focus, è stato chiesto alle donne presenti se immaginassero spazi di azione aziendale sul tema. Al netto di una certa diffidenza verso forme istituzionalizzate di tutela delle donne (ad esempio quote rosa), è emersa la necessità di intervenire in maniera più intenzionale e meno spontaneistica sul consolidamento di alcuni principi nella cultura organizzativa relativi al rispetto del tempo delle donne, per evitare che la disponibilità illimitata di tempo lavoro diventi un vantaggio competitivo incolmabile. Tra i mezzi principali di intervento sono stati identificati l’esempio diretto, la co-

difica delle regole, il rinforzo positivo. Sempre in occasione del focus group è stato anche sottolineato che il gender gap non si spiega solo a motivo dei figli o delle attività di cura: se così fosse, le donne libere da questo vincolo non troverebbero ostacoli, ma così non è. È pertanto necessario affrontare il problema culturale.

L'aspetto sorprendentemente assente, anche alla luce delle considerazioni emerse in sede di focus group, è il riconoscimento di forme di mentorship formale o informale o altre forme di supporto all'ambizione e alla motivazione delle donne. Le donne che sono arrivate al traguardo non sempre si riconoscono la responsabilità della testimonianza verso donne più giovani.

Il valore della leadership al femminile

L'esplorazione delle opinioni sul fenomeno in generale è culminata con la richiesta di rispondere se un DG donna faccia in qualche modo la differenza nella gestione dell'azienda. Oltre la metà delle intervistate (5) ha risposto di no: "la differenza la fa la persona, non il genere". Sovente questo primo 'no' non è che una premessa per poi indugiare su quali caratteristiche della leadership al femminile possano considerarsi una risorsa. In questa postura riecheggia l'esigenza di prendere le distanze da argomenti 'femministi' o, quanto meno, assumere posizioni il più possibili neutre.

Laddove sono state invece proposte delle caratteristiche specifiche della leadership al femminile, queste si possono raggruppare in tre ambiti: competenze di relazione, competenze di creazione, competenze di affidabilità.

Le più riconosciute dalle donne DG sono le competenze di relazione interpersonale, fatte di "capacità di ascolto ed empatia, più accentuate nel genere femminile", "mediazione, maggiore sensibilità e capacità di ascolto", "motivazione e focus sul benessere organizzativo"; "sensibilità"; ma anche "spirito di osservazione maggiore", "capacità di riflessione", "pazienza". Per alcuni tali doti sono il frutto della posizione sociale ricoperta dalla donna, come la dimensione di cura e di relazione che richiede lo sviluppo di empatia, capacità di ascolto, contenimento (riflessione e pazienza): "ritengo che il ruolo di donna svolto all'interno del proprio contesto familiare sia fundamentalmente utile anche nel contesto lavorativo".

Le competenze di creazione sono ricondotte alla maggiore flessibilità e adattabilità delle donne: la parola creatività è la più ricorrente in questo ambito. La duttilità è anche definita come "capacità di affrontare i problemi da diversi punti di vista".

Infine, le donne sarebbero più affidabili degli uomini, in quanto più dotate di "spirito di sacrificio, senso del dovere", "più tenacia", "più determinazione nel prendere decisioni e portare a compimento gli impegni assunti con il ruolo ricoperto".

Figura 16.2 **Sintesi delle opinioni delle DG intervistate sul fenomeno gender g ap in generale**

Determinanti	<ul style="list-style-type: none"> • Pregiudizio sociale • Scarsa presenza delle donne nelle reti politiche decisionali • Forme di auto-selezione delle donne, scoraggiate dagli ostacoli
Strumenti e misure di riduzione del gap	<ul style="list-style-type: none"> • Diffidenza verso strumenti di discriminazione positiva • Politiche di welfare (anche aziendali) per alleviare il carico della cura delle donne • Politiche educative e culturali (anche a livello aziendale) per ridurre il pregiudizio
Valore percepito della leadership femminile	<ul style="list-style-type: none"> • Relazione, empatia • Flessibilità, adattamento, creatività • Affidabilità, tenacia e spirito di sacrificio

I fattori abilitanti l'accesso a ruoli di leadership

Nel secondo livello di intervista e di focus group, si sono esplorate le esperienze individuali al fine di identificare dei pattern o degli elementi di convergenza. Al netto di alcune risposte formali (“la mia preparazione professionale”; “puntare su competenza e autorevolezza”), per molte, la direzione generale non è il sogno di una vita ed è arrivata anche per via di un mix di congiunture favorevoli, come il track di carriera scelto (“la provenienza dalla direzione amministrativa e dal Controllo di Gestione”; “lavoro in ambito organizzativo gestionale, come medico di direzione sanitaria”) o il fatto di aver cominciato molto presto il percorso di carriera (aspetto citato in più di un'intervista).

Nel rispondere a questa domanda, le intervistate hanno di fatto censito le risorse che hanno messo in campo per raggiungere il traguardo della direzione generale e l'analisi mostra due ambiti dai quali attingerne: sé, inteso come la sfera delle attitudini e delle motivazioni; e il contesto privato, inteso come le risorse materiali e immateriali messe in campo dalla rete privata delle intervistate.

Le attitudini citate in oltre la metà delle interviste sono la curiosità, insieme alla determinazione (“forte motivazione, affermazione professionale”; “non fermarmi mai e non sentirmi mai arrivata”; “forte determinazione e passione per il lavoro gestionale”). Merita un approfondimento il tema della motivazione, in quanto distinto dall'argomento dell'affermazione personale: il contributo alla collettività che le aziende sanitarie producono rappresenta una questione a cavallo tra motivi personali e professionali (“desiderio di partecipare al miglioramento del sistema”); si tratta di questioni confermate dalla letteratura sopra citata per lo stile più tipicamente trasformativo della leadership femminile e orientato alla componente intrinseca della motivazione.

A queste seguono tutte le doti della già citata leadership al femminile, quali l'affidabilità (“impegno profuso, disponibilità e flessibilità nel lavoro”; “la disponibilità a mettermi in gioco”), la competenza di relazione (“la mia capacità di relazione”; “la capacità di considerare non solo il lato professionale dei col-

laboratori”), cui si aggiungono la resilienza (“capacità di superare atteggiamenti discriminatori”; “la capacità di scegliere fra più opportunità”) collegata alla consapevolezza di sé (“la fiducia in me stessa”; “non rinunciare ad essere me stessa”).

Tra le risorse materiali messe in campo, invece, il ruolo cardine ce l’hanno gli uomini nei ruoli di partner, ma non solo. Il supporto del partner, laddove presente, rappresenta una condizione sostanziale nel consentire alla donna di intraprendere responsabilità organizzative soprattutto di vertice: nella collaborazione alla gestione familiare, nella disponibilità a sostenere i costi (materiali e non) di vivere per periodi di tempo a distanza, più in generale nell’adesione morale e fattuale alle scelte della donna. Oltre ai partner, un ruolo cruciale lo hanno svolto alcuni ‘mentor’: sono stati gli uomini che hanno più spesso incentivato nei luoghi di lavoro le donne (“incontrare dei maestri” è un fattore abilitante), che hanno svolto una funzione di motivazione e di empowerment, talvolta di legittimazione dell’ambizione medesima (“aver incontrato, nel mio percorso professionale, direttori che hanno creduto nelle mie capacità e sostenuta nelle decisioni di accettare le sfide che ogni qual volta mi si proponevano”). Infine, per alcune donne è proprio la libertà da vincoli di coppia e, più in generale, familiari la risorsa preziosa da mettere in campo, che si estrinseca anche in una maggiore disponibilità a cambiare territorio “per seguire il percorso professionale scegliendo liberamente l’opportunità migliore”.

In due casi il tema delle risorse private diventa anche un tema di risorse economiche, in quanto le intervistate dichiarano che, grazie al fatto di vivere condizioni economiche di privilegio, è stato possibile sostenere i costi materiali connessi alla scelta di dedicare tempo alla carriera a danno del resto (colf, baby-sitter, badanti, ecc.).

I costi delle scelte di carriera

Le donne del campione sono persone che hanno puntato ad avere tutto: piena soddisfazione nella vita professionale e privata. Per alcune la consapevolezza di essere riuscite a non rinunciare a niente le rende complessivamente soddisfatte del proprio equilibrio: “l’impatto è stato molto duro perché non volevo fare scelte tra famiglia e lavoro. Infatti nonostante la mia condizione di donna divorziata con due figli, sono riuscita a equilibrare famiglia e lavoro anche quando quest’ultimo mi ha costretto a trasferirmi in altra regione o a raggiungere sedi provinciali distanti dalla mia residenza”.

In due casi si riconosce che una vita professionale più soddisfacente ha riverberi positivi anche nella propria vita privata e familiare. In altri casi, puntare a tenere tutto insieme non significa riuscirci con soddisfazione. Il fronte di maggiore disagio è quello della relazione coi figli e con gli affetti più prossimi, cui si sente di aver ‘sottratto’ del tempo. In alcuni casi il disagio si traduce in vera e propria mancanza, come la rinuncia ad avere più di un figlio o, sempre

per la difficoltà di conciliare gli impegni professionali col resto, la fine di una relazione di coppia. Sullo sfondo, resta per tutte la fatica a difendere degli spazi di benessere individuale, come viaggi, palestra e, più in generale, il tempo di coltivare interessi extra-professionali (“ho sempre avuto poco spazio per me in generale”; “rinuncia di uno spazio riservato a esigenze personali (palestra, viaggi...)”; “si è creato uno squilibrio verso la vita professionale”).

Figura 16.3 **Sintesi degli apprendimenti emersi dalla riflessione sulla propria esperienza individuale delle DG intervistate**

I fattori abilitanti	<ul style="list-style-type: none"> • Attitudini individuali: motivazione, curiosità, tenacia • Le relazioni professionali (mentorship) • Le relazioni familiari (partner collaborativi o assenza di vincoli familiari)
I costi sopportati	<ul style="list-style-type: none"> • Impatto sulla vita affettiva e familiare • Impatto sul benessere individuale/tempo libero

16.6 **Discussione e conclusioni: guardare al passato per prepararsi a un futuro imminente**

Il tema della femminilizzazione non è nuovo per il settore della sanità, così come la breve revisione della letteratura ha messo in luce. Il principale contributo della ricerca qui proposta sta nell’aver presentato i “numeri” del fenomeno italiano. Come spesso capita ai temi non nuovi, molti sono i luoghi comuni e le percezioni diffuse, spesso rimessi in discussione da letture più fattuali (si pensi, ad esempio, alle attese sfatate sull’apicalità delle donne nelle discipline a maggior vocazione femminile come ostetricia, ginecologi o pediatria). In secondo luogo, il capitolo identifica criticità e possibili soluzioni per ridurre il gender gap sia a livello di middle management che di top management,

Alcune precisazioni sono necessarie: si è scelto di interpretare il gap di genere leggendo la distribuzione delle responsabilità delle strutture organizzative complesse all’interno delle aziende sanitarie pubbliche. Si tratta di una chiave interpretativa specifica e molto diversa rispetto a quelle più frequentemente adottate (educazione, reddito, ecc.). Inoltre, la ricomposizione del quadro italiano sulla base delle informazioni qui proposte è imprecisa ma certamente rappresentativa dei trend in essere: si ricorda che nella ricognizione delle apicalità per regioni è assente la Calabria e il mondo universitario.

Questo studio non è certo privo di alcune limitazioni. L’analisi quantitativa, a partire dai database utilizzati, realizza una fotografia delle donne che oggi ricoprono ruoli apicali, ma senza indagare le dinamiche dei loro percorsi di carriera. Inoltre, la scelta di focalizzarsi solo su DG e direttori di SC ha il limite di non considerare i livelli manageriali intermedi, quali Direttori Sanitari e Amministrativi o direttori di dipartimento. Inoltre, sarebbero certamente meritorie di

ulteriori esplorazioni le differenze di genere anche tra titolari di posizioni organizzative o coordinatori del comparto. In aggiunta, gli approfondimenti qualitativi su direttori di SC e DG scontano una scarsa numerosità del campione. Infine, la scelta di includere solo la prospettiva delle donne che già sono in track manageriale (nella direzione di SC o generale) si fonda sull'assunto che si tratti di donne che si sono nei fatti misurate con il tema. Ma chiaramente esclude invece la prospettiva di donne che coltivano questa ambizione senza averla al momento soddisfatta, e che pertanto potrebbero portare un punto di vista molto interessante; analogamente anche una prospettiva maschile potrebbe arricchire ulteriormente l'analisi. Si auspica pertanto la possibilità di futuri approfondimenti sul tema. Nonostante questi limiti, le analisi qui condotte offrono viste e sollevano questioni meritevoli di una riflessione a livello di sistema.

I perché di un rinnovato dibattito sul gender gap in sanità

A fronte delle evidenze presentate, è chiaro che per la sanità pubblica il tema della distribuzione delle apicalità tra i generi è cruciale considerando la femminilizzazione della coorte medica. Se quanto rappresentato ricostruisce la situazione storica recente, un rinnovato dibattito su questo tema è sostanziale per preparare il terreno affinché il sistema dell'erogazione delle cure sia in grado di adattarsi a questa trasformazione demografica. Come già segnalato, il Conto Annuale ci dice che in Italia le donne tra i medici e i veterinari nel SSN sono il 44% sul totale. La percentuale cresce progressivamente per le fasce di età più giovani: se nel range 60-64 anni la percentuale di donne è del 29% sul totale della popolazione medica, nella fascia 50 -54 è del 46% e in quella 35-39 anni è del 64%. Cosa sta facendo il sistema a fronte di questo scenario demografico in cui in tutte le regioni si segnala, inoltre, la scarsità di personale medico?

In questa direzione le evidenze sulle apicalità per disciplina sono illuminanti: sebbene sia chiaro che siamo al centro di un processo di trasformazione, le basi di partenza fanno la differenza rispetto ai traguardi ipotizzabili nell'immediato futuro.

Gender gap, apicalità di genere e condizioni di lavoro per le donne in sanità

Le riflessioni sull'apicalità di genere intercettano la questione più ampia delle condizioni di lavoro all'interno delle aziende sanitarie per la coorte femminile (soprattutto con riferimento ai servizi sanitari più che in quelli amministrativi): la sofferenza che emerge riguarda principalmente la difficoltà di bilanciare scelte personali e professionali rispetto alla quale la gestione della maternità rappresenta solo la punta dell'iceberg; infatti ad essa si associano almeno altre due condizioni trasversalmente diffuse. La prima riguarda la gestione degli anziani, date le proiezioni sui trend dell'invecchiamento della popolazione italiana e la difficoltà che in tutte le regioni si osserva a far fronte alla nuova domanda di servizi per questi bisogni. La seconda è data dall'organizzazione e dai carichi di

lavoro all'interno delle aziende di erogazione: l'assenza di politiche temporali e la necessità di turni e di "guardie notturne" rendono complesso il work life balance.

Alcune regole, quasi nessuno strumento aziendale e molti interventi sui singoli

La profondità del tema prevede un sistema di interventi su molteplici livelli a cui qui si fa solo cenno: certamente la strada della regolamentazione è stata la prima a essere imboccata, ma non può da sola risolvere questioni che riguardano l'organizzazione, la gestione dei servizi e in più generale la cultura. Si osserva grande interesse al tema sia a livello comunitario¹⁰ che nazionale¹¹. Inoltre si ricorda come siano state stabilite regole per l'introduzione delle c.d. "quote rosa" negli organi amministrativi rispettivamente delle società pubbliche e di quelle quotate alla Borsa Italiana¹². Sebbene la via delle quote rosa non sembri piacere alle donne che hanno partecipato alla ricerca, si segnala che nei CdA delle società quotate le donne sono passate dal 5,9% del 2008 all'oltre 30% di oggi. Nelle migliaia di controllate, invece, si è passati dall'11,2% del 2013 a oltre il 25%. In entrambi una significativa trasformazione, che secondo analisi della Banca d'Italia avrebbe necessitato di circa 50 anni per essere raggiunto senza interventi ad hoc.

Il sistema delle regole generali non è però la principale soluzione per questioni che necessitano di processi adattivi costanti tra alcune classi di professionisti (in questo caso le donne) e le aziende nelle quali operano.

Oltre al livello delle politiche infatti, gli interventi sul piano manageriale appaiono cruciali ma davvero poco presenti. Nel tempo l'uniformità del modello Weberiano è stato messo in discussione dalle costanti trasformazioni istituzionali delle aziende sanitarie. Se in passato avevamo la medesima architettura aziendale o configurazioni ancora confrontabili, attualmente osserviamo fattispecie diverse di aziende sia nella medesima regione sia tra regioni diverse. Come possiamo pensare che la costruzione di condizioni adattive tra fabbisog-

¹⁰ Nel 2006, infatti, nacque l'Istituto Europeo per l'Uguaglianza di Genere (Regolamento (CE) n. 1922/2006 del Parlamento europeo e del Consiglio) con l'ambizione di aiutare le istituzioni europee e gli Stati membri a integrare il principio di uguaglianza e a lottare contro la discriminazione fondata sul sesso. Sempre nel 2006, venne emanata la Direttiva 2006/54/CE del Parlamento Europeo e del Consiglio del 5 luglio 2006, che stabilì l'attuazione del principio delle pari opportunità e della parità di trattamento fra uomini e donne in materia di occupazione e impiego, disciplinando nello specifico: l'accesso al lavoro, la promozione e la formazione professionale; le condizioni di lavoro, retribuzione compresa; i regimi professionali di sicurezza sociale.

¹¹ Il Decreto legislativo 11 aprile 2006 n. 198, c.d. "Codice delle pari opportunità", fra le altre cose, fissa il principio dell'impegno statale a "superare condizioni, organizzazione e distribuzione del lavoro che provocano effetti diversi, a seconda del sesso, nei confronti dei dipendenti con pregiudizio nella formazione, nell'avanzamento professionale e di carriera, ovvero nel trattamento economico e retributivo" (art. 42, comma 2).

¹² Decreto emanato dal Presidente della Repubblica del 30 novembre 2012, n. 251 e la Legge "Golfo-Mosca" (n. 120/2011).

gni delle donne e contesti aziendali possa essere esperita attraverso un quadro di regole uniformi? La sfiducia verso lo spazio d'azione manageriale si traduce nell'impossibilità di sperimentare nuove forme di adattamento dei sistemi aziendali agli scenari esterni, tra cui anche quello demografico della popolazione medica.

Altri scogli sono quelli delle resistenze delle diverse famiglie professionali e di quelle sindacali: relativamente al primo punto, è evidente che la rilettura dei modelli attuali di organizzazione delle cure è sollecitata da una molteplicità di fattori ben più noti del gap di genere. Si pensi allo skill mix tra medici e infermieri: la difesa incondizionata dei modelli di servizio storici da parte di ciascuna delle famiglie professionali, si traduce in un rigido mantenimento di tutto l'impianto che regola la relazione tra singolo professionista e organizzazione. In questa chiave anche le relazioni sindacali, che hanno un ruolo centrale nella difesa degli interessi dei lavoratori soprattutto nelle fasi di trasformazione aziendale, rappresentano un limite quando attengono la via regolatoria e non sostengono processi sperimentali.

Oltre il modello "muscolare" di manager

Esiste una questione di *role model* per le donne che intendono agire posizioni apicali. Il confronto con le protagoniste (sia responsabili di strutture complesse che DG) ha fatto emergere la resilienza del modello *think-manager-think-male*: secondo cui il livello politico spesso legittima e richiede interpretazioni maschili della leadership. Il tema della forza e della competizione sembrano ancora essere nelle attese degli interlocutori pubblici che contano anche sull'effetto rassicurazione che tali comportamenti producono, e il rischio per le donne è quello di costruirsi un *role model* distonico rispetto alla propria personalità. Il modello alternativo di leadership trasformativa però richiede tempo. Conoscere gli ambienti e costruire relazioni con le persone significa dedicare molto tempo all'interno dell'azienda e avere incarichi lunghi. Se per le donne responsabili di SC questo non è un problema, lo è per le DG che inevitabilmente sono chiamate spesso fuori dal contesto aziendale e hanno mandati al massimo di 3-5 anni anche in contesti diversi. Infine appare importante per la ricerca esplorare maggiormente i benefici della leadership trasformativa. Se appare dubbia la possibilità di ricostruire la relazione tra risultati e stili di leadership per l'intera azienda sanitaria, appare forse fattibile nel caso delle singole strutture aziendali.

Da queste brevi riflessioni, emerge la necessità di momenti e occasioni per questa nuova comunità di professioniste per riflettere su tali questioni e acquisire distanza rispetto alle attese dell'ambiente e consapevolezza del proprio portato. I processi elaborativi dei modelli di ruolo sono complessi se le persone sono isolate e prive di confronto con mentor o *role model*.

Verso una nuova narrativa del fenomeno

Un tratto emerso in modo chiaro è che la rappresentazione “femminista”, largamente intesa dal nostro campione come approccio rivendicativo e conflittuale, è considerata superata o retaggio di una retorica che ha espresso la sua efficacia nel passato e adesso richiede approcci più pragmatici e situati. Il tema del gap di genere è relativo alla creazione di condizioni di espressione della professione nelle aziende sanitarie compatibili con gli stili di vita e le attese che le donne in sanità hanno. La questione non è che tutte le donne devono intraprendere un percorso manageriale, ma che quelle interessate e competenti non siano disincantate dagli ambienti, dagli strumenti e dalla cultura che si respira nei diversi contesti aziendali. Rileggendo i contributi delle interviste alla luce dell’età delle intervistate, emerge che gli atteggiamenti più antagonisti che arrivano a negare la questione del gap di genere (“se una donna vuole davvero, trova il modo per farlo!”) sono delle più senior, forse perché sono state maggiormente esposte agli ambienti esclusivamente maschili del passato. Le più giovani interpretano la questione con maggiore leggerezza, riconoscendo il ruolo di apripista delle colleghe più anziane; esse enfatizzano quanto la qualità della vita rappresenti l’obiettivo principale delle scelte professionali che, al di là dell’ambizione, devono avere costi personali e sociali sopportabili.

Il mentoring implicito dei ruoli apicali

Le interviste fatte hanno messo in evidenza come sia in atto un processo di trasformazione che accanto agli interventi sulle politiche e sugli strumenti di management riguarda i comportamenti delle singole persone. Più sono le donne che interpretano e agiscono l’apicalità, maggiori saranno gli stimoli e le motivazioni per altre a seguire la medesima strada. Infatti, accanto a strumenti tipicamente aziendali quali la formazione e il coaching per sostenere la leadership femminile, grande enfasi è stata posta ai comportamenti emulativi. I processi di mentoring, infatti, si stanno trasformando: se in passato erano principalmente gli uomini a fare da maestro, sempre più sono i casi in cui le donne non solo introducono altre donne alle questioni manageriali ma legittimano l’apicalità femminile anche agli occhi degli uomini stessi. Tali situazioni richiedono grandi doti di consapevolezza rispetto agli ambienti di riferimento poiché si tratta di processi quotidiani e spesso impliciti. Da qui la necessità di mantenere l’attenzione sui numeri del fenomeno per ciascuna disciplina, per regione e per singola azienda sanitaria poiché si tratta di tre cantieri di elaborazione culturale di grande pervasività su un fenomeno così ampio.

Molte delle persone che stanno leggendo questo contributo sono nate in un Paese in cui era proibito divorziare (referendum 1974) ed esisteva il delitto d’onore (abrogato con la legge n. 442 del 10 agosto 1981). Si tratta di realtà inimmaginabili oggi, eppure presenti non molti decenni fa. Come si è visto,

alcuni semi sono stati piantati a livello normativo relativo al gap di genere delle donne nelle posizioni apicali, ma la connotazione sociale e culturale del tema trattato necessita probabilmente di una riflessione nuova e costante che acceleri i processi elaborativi. In questa direzione si concentrato lo sforzo di ricerca degli autori.

Se da un lato si è confortati dal riscontrare nel tempo un maggiore equilibrio di genere, d'altra parte le più recenti evoluzioni degli assetti istituzionali del SSN – che hanno generato sensibili riduzioni delle posizioni apicali e, conseguentemente, una maggiore spinta alla mobilità regionale e interregionale – potrebbero scoraggiare ulteriormente l'accesso alle donne nei ruoli di comando nelle aziende sanitarie pubbliche.

Bibliografia

- ANAAO (2016), Gli ostacoli per una vita non solo di corsia: è anche una questione di genere? www.anaao.it.
- Athanasopoulou, A., Moss-Cowan, A., Smets M., Morris T. (2018), Claiming the corner office: Female CEO careers and implications for leadership development. *Human Resource Management*; 57: 617-639.
- Beaman, L., Duflo, E., Pande, R., Topalova, P. (2012), Female leadership raises aspirations and educational attainment for girls: A policy experiment in India. *Science*, 335(6068), 582-586.
- De Pietro C. (2010), “La femminilizzazione dei medici in Italia”, *Mecosan* 74:25-36.
- Downs, J.A., Reif, L.K., Hokororo, A., Fitzgerald, D.W. (2014), Increasing women in leadership in global health. *Academic Medicine* 89(8): 1103-1107.
- Eagly, A.H., Carli, L.L. (2003), The female leadership advantage: An evaluation of the evidence. *Leadership Quarterly*, 14(6), 807-834.
- Eagly, A.H., Heilman, M.E. (2016), Gender and leadership: Introduction to the special issue. *Leadership Quarterly*, 27(3), 349-353.
- Ellwood, S., Garcia-Lacalle, J. (2018), New development: Women with altitude—exploring the influence of female presence and leadership on boards of directors, *Public Money & Management*, 38:1, 73-78,
- Fitzsimmons, T.W., Callan, V. (2015), Filling the pool. Perth, Western Australia: The Committee for Perth.
- Fitzsimmons, T.W., Callan, V. J. (2016), Applying a capital perspective to explain continued gender inequality in the C-suite. *The Leadership Quarterly*, 27(3), 354-370.
- Gellis, Z.D. (2001), Social work perceptions of transformational and transactional leadership in health care. *Social work research*, 25(1), 17-25.
- Gilmartin, M.J., D'Aunno, T.A. (2007), Leadership Research in Healthcare, *The Academy of Management Annals*, 1:1, 387-438.

- Thornton G. (2019), Women in business: building a blueprint for action. Grant Thornton International www.grantthornton.com
- Mathad, J.S., Reif, L.K., Seo, G., Walsh, K.F., McNairy, M.L., Lee, M.H., Nerette, S. (2019), Female global health leadership: data-driven approaches to close the gender gap. *The Lancet*, 393(10171), 521-523.
- Post, C. (2015), When is female leadership an advantage? Coordination requirements, team cohesion, and team interaction norms. *Journal of Organizational Behavior*, 36: 1153-1175.
- Sabharwal, M. (2015), From Glass Ceiling to Glass Cliff: Women in Senior Executive Service, *Journal of Public Administration Research and Theory*, 25:2, 399-426.
- Schein, V.E., Mueller, R., Lituchy, T., Liu, J. (1996), Think manager-think male: A global phenomenon? *Journal of Organizational Behavior*, 33-41.
- Tsugawa, Y., Jena, A.B., Figueroa, J.F., Orav, J., Blumenthal, D.N., Jha, A.K. (2017), Comparison of Hospital Mortality and Readmission Rates for Medicare Patients Treated by Male vs Female Physicians *JAMA Internal Medicine* 177(2): 206-213.
- Vecchio, R. (2002), Leadership and Gender Advantage. *The Leadership Quarterly*. 13. 643-671.
- Wallis, C., Bheeshma, R., Coburn, N., Nam, R.K., Detsky, A.S., Satkunasivam, R. *et al.* (2017), Comparison of postoperative outcomes among patients treated by male and female surgeons: a population based matched cohort study *British Medical Journal*; 359;j4366.
- World Economic Forum (2018), The Global Gender Gap Report. World Economic Forum www.wef.ch/gggr18.