

Donne *Leader* in *Sanità*



di VALERIA MESSINA

Partner Intellera (part of Accenture) e socia Leads

// *Parlare di empowerment femminile oggi non significa rivendicare spazi in modo simbolico*, ma interrogarsi sulla capacità dei sistemi organizzativi di funzionare nel tempo e di reggere la complessità. Nel settore sanitario, in particolare, questa sfida assume un valore strategico. Basta osservare i dati: le donne in sanità rappresentano circa il 70% della forza-lavoro complessiva, in professioni cliniche, assistenziali, scientifiche e amministrative. Tuttavia, questa ampia partecipazione femminile non si traduce in un accesso adeguato ai vertici: solo il 24% circa dei direttori generali delle aziende sanitarie pubbliche è donna, mentre tra direttori di struttura complessa e primari la quota si ferma intorno al 22%.

La presenza femminile si assottiglia progressivamente con l'aumentare del potere decisionale: circa il 42% nei ruoli amministrativi apicali e il 32% tra i direttori sanitari, fino a una marcata sottorappresentazione nei vertici di governo. Ne deriva un paradosso sistemico: una sanità sostenuta in larga parte dal lavoro femminile ma guidata prevalentemente da uomini. Perché l'accesso ai vertici resta così limitato? Dalle evidenze dei recenti studi promossi da Leads, emerge che la sottorappresentazione femminile nei vertici della sanità non dipenda dalle competenze, ma da fattori di sistema. Percorsi di carriera poco trasparenti, modelli di governance tradizionali e meccanismi di nomina discrezionali tendono a concentrare il potere decisionale

in spazi ristretti e opachi. Questo fa sì che l'accesso alle posizioni di vertice dipenda fortemente da reti informali e logiche di cooptazione più che da valutazioni comparabili del merito.

A questo quadro si aggiunge lo squilibrio territoriale tra nord e sud del Paese: l'accesso femminile ai ruoli apicali della sanità è più elevato nelle regioni del centro-nord rispetto al Mezzogiorno, non per una differenza di competenze ma di contesti istituzionali. Dove i sistemi sanitari sono più stabili e i processi di nomina risultano più strutturati, l'accesso ai ruoli di direzione è più equilibrato; altrove il soffitto di cristallo si rafforza, producendo una doppia disuguaglianza, di genere e territoriale.

Anche a livello globale il quadro non è molto diverso: le donne rappresentano il 67–70% della forza-lavoro sanitaria, ma occupano solo circa un quarto delle posizioni di leadership, con una persistente sottorappresentazione ai vertici.

Il confronto con altri settori offre spunti di riflessione concreti. L'esperienza delle quote di genere nei consigli di amministrazione delle società quotate e a controllo pubblico dimostra che regole esplicite, obiettivi misurabili e criteri trasparenti possono incidere, in tempi relativamente brevi, sulla composizione dei vertici decisionali. Il raffronto non serve solo a mettere in luce ciò che manca alla sanità, ma a indicare una direzione concreta. In Italia, infatti, non esiste ancora una norma-

// Date alle donne occasioni adeguate ed esse saranno capaci di tutto.

(Oscar Wilde)

tiva specifica per la promozione della leadership femminile nel settore sanitario, mentre strumenti analoghi hanno già prodotto risultati in altri ambiti regolati, dalla governance delle grandi aziende pubbliche alle autorità indipendenti e a diversi segmenti della pubblica amministrazione.

Numerosi studi mostrano inoltre come le organizzazioni più inclusive ottengano performance superiori del 20–30%, maggiore innovazione e decisioni più efficaci. Non è un effetto di principio, ma il risultato di assetti organizzativi: una migliore valorizzazione del capitale umano, una lettura più accurata della complessità e una maggiore capacità di innovare producono nel tempo una tenuta complessiva più solida.

Che questa direzione produca effetti tangibili è confermato anche da esperienze europee comparabili. In Norvegia, a fronte di una forza-lavoro sanitaria composta per oltre il 70% da donne, circa il 40–45% della leadership è occupato da figure femminili. Nel caso norvegese i risultati sono stati sostenuti da un insieme di misure strutturali: obiettivi di equilibrio di genere nei ruoli apicali pubblici, processi di selezione trasparenti e standardizzati, obbligo di motivazione delle nomine e stabilità delle regole di governance.

In una fase in cui la sanità è chiamata a riorganizzarsi, attrarre competenze e reggere pressioni crescenti, la conclusione è non eludibile. Senza una revisione dei

processi decisionali il cambiamento non avviene. Dove sono state adottate politiche e azioni organizzative esplicite, la leadership femminile è cresciuta; laddove queste scelte mancano o restano ambigue, gli assetti decisionali tendono a cristallizzarsi.

Nel tempo che separa l'analisi dalle scelte, resta uno spazio di responsabilità che riguarda ciascuno di noi. Uno spazio che non sostituisce il cambiamento delle regole, ma lo prepara e lo rende possibile. Possiamo governare il quotidiano: nei luoghi di lavoro che abitiamo e nelle organizzazioni che contribuiamo a far funzionare, nelle scelte con cui riconosciamo il merito e rendiamo accessibili le opportunità, sostenendo pratiche di leadership più inclusive, interrompendo stereotipi e non normalizzando le disuguaglianze, anche quando queste scelte non sono premiate nel breve periodo. È in questo spazio, spesso invisibile ma decisivo, che si costruisce il terreno su cui le riforme strutturali possono davvero attecchire. Perché ogni cambiamento rimandato definisce l'orizzonte di chi verrà dopo di noi.

//