

UNIVERSITÀ DEL PIEMONTE ORIENTALE  
DIPARTIMENTO DI GIURISPRUDENZA E SCIENZE  
POLITICHE, ECONOMICHE E SOCIALI

CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN ECONOMIA,  
MANAGEMENT E ISTITUZIONI

TESI DI LAUREA

**DIVERSITÀ ED INCLUSIONE NEL SISTEMA SANITARIO  
ITALIANO**

Relatrice:

Chiar.ma Prof.ssa Anna Menozzi

Correlatrice:

Chiar.ma Prof.ssa Clementina Bruno

Candidata:

Martina Di Grado

ANNO ACCADEMICO 2022/2023

# INDICE

## INTRODUZIONE

### **Capitolo 1: Teoria e concetti chiave**

- 1.1 Definizione di diversità e inclusione nel contesto sanitario
- 1.2 Teorie sulla gestione della diversità e dell'inclusione
- 1.3 Relazioni tra inclusione e performance aziendale: il rapporto DNV (2023) e il report OECD (2021)

### **Capitolo 2: Contesto del Sistema Sanitario Italiano**

- 2.1 Caratteristiche del sistema sanitario italiano
- 2.2 Disuguaglianze e sfide nell'assistenza sanitaria italiana
- 2.3 Legislazione e politiche riguardanti la diversità e l'inclusione nell'assistenza sanitaria

### **Capitolo 3: Inclusione come Strategia Aziendale**

- 3.1 Ruolo delle politiche di inclusione nella gestione delle organizzazioni sanitarie
- 3.2 Esempi di strategie aziendali che promuovono l'inclusione
  - 3.2.1 Il livello strategico: formulare una nuova vision aziendale
  - 3.2.2 Il livello progettuale
  - 3.2.3 Il livello operativo: la realizzazione di quanto progettato

### **Capitolo 4: Inclusione e Performance Operativa**

- 4.1 Gestione della diversità del paziente
- 4.2 Gestione del personale e coinvolgimento dei dipendenti
  - 4.2.1 Charte de la diversité en entreprise (Francia)
  - 4.2.2 Charta der Vielfalt (Germania)

4.2.3 La Carta della Diversità di Bruxelles Capitale di Regione (Belgio)

4.2.4 Il Charter de la Diversidad (Spagna)

4.3 Soddisfazione del paziente come metrica di performance

## **Capitolo 5: Sfide e Barriere**

5.1 Criticità culturali, organizzative e strutturali

5.2 Sfide nell'attuazione delle politiche di inclusione

CONCLUSIONI

RINGRAZIAMENTI

BIBLIOGRAFIA

## INTRODUZIONE

La questione posta al centro delle pagine che seguono è relativa ad un tema di crescente rilevanza ed importanza: la diversità e l'inclusione nel contesto sanitario italiano. Questo argomento si concentra sull'importanza di promuovere una vasta gamma di differenze individuali, tra cui etnia, razza, abilità, orientamento sessuale, identità di genere, cittadinanza, religione e altro, sia tra i pazienti che tra coloro che lavorano nel settore sanitario. L'obiettivo primario è garantire che i servizi sanitari siano equi ed accessibili per tutti, creando ambienti di cura e posti di lavoro che riconoscano, rispettino e accolgano le differenze tra le persone.

Questo lavoro si compone di cinque capitoli, ognuno dei quali analizza aspetti specifici legati alla diversità e all'inclusione nel sistema sanitario italiano.

Nel Capitolo 1 viene esaminata l'importanza della diversità e dell'inclusione nel contesto sanitario, evidenziando come la diversità tra pazienti, operatori sanitari e membri del personale medico possano contribuire ad una migliore comprensione delle esigenze dei pazienti e all'innovazione nei servizi sanitari. Si discute inoltre dell'approccio dell'Optimal Distinctiveness Theory (ODT) e dei benefici dell'identificazione con il gruppo di lavoro.

Il Capitolo 2 fornisce una panoramica dettagliata sul sistema sanitario italiano, evidenziando le sue caratteristiche, disuguaglianze e sfide. Si discute del finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale, della gestione dei servizi sanitari a livello regionale e locale, e delle disparità nell'accesso alle cure tra diverse regioni e fasce sociali.

Nel Capitolo 3, si esplora il ruolo delle politiche di inclusione nella gestione delle organizzazioni sanitarie, suggerendo strategie per promuovere un ambiente di lavoro inclusivo e rispettoso. Si discutono approcci come la formulazione di una nuova "vision" aziendale, l'implementazione di programmi formativi e il coinvolgimento attivo del personale.

Il Capitolo 4 analizza il concetto di competenza culturale nel contesto dei servizi sanitari, focalizzandosi sulle sfide e le prospettive sia negli Stati Uniti che in Europa. Si discutono approcci critici alla competenza culturale, sfide nell'assistenza sanitaria europea e nuovi modelli di assistenza sanitaria.

Infine, nel Capitolo 5, vengono esaminate le criticità culturali, organizzative e strutturali nel sistema sanitario italiano, con particolare attenzione alla risposta alla pandemia da COVID-19. Si discutono iniziative e strategie proposte per affrontare queste criticità, tra cui la promozione del benessere, la continuità assistenziale e la gestione efficace delle risorse umane.

In sintesi, questa tesi si propone di esplorare in profondità il tema della diversità e dell'inclusione nel sistema sanitario italiano, analizzando criticamente le sfide, le opportunità e le strategie per promuovere un ambiente di cura e lavoro equo, inclusivo e rispettoso delle differenze.

## **Capitolo 1: Teoria e concetti chiave**

### **1.1 Definizione di diversità e inclusione nel contesto sanitario**

Diversità e inclusione nel contesto sanitario si riferiscono a promuovere la rappresentazione di una vasta gamma di differenze individuali, come etnia, razza, abilità, orientamento sessuale, identità di genere, origine nazionale, religione e altro, sia tra i pazienti che tra coloro che lavorano in ambito sanitario. L'obiettivo è garantire che i servizi sanitari siano equi ed accessibili per tutti, indipendentemente dalle loro differenze, e creare un ambiente di lavoro in cui i professionisti sanitari possano sentirsi accolti e rispettati.

La diversità nel contesto sanitario implica l'esistenza di una vasta gamma di caratteristiche individuali tra pazienti, operatori sanitari e membri del personale medico. Queste caratteristiche possono spaziare dalla provenienza culturale all'orientamento sessuale, dall'abilità fisica alle differenze linguistiche e altro ancora. La diversità è considerata un valore positivo poiché contribuisce a una migliore comprensione e risposta alle esigenze dei pazienti e promuove l'innovazione e la qualità nei servizi sanitari. Per quanto riguarda l'inclusione nel contesto sanitario individuamo la creazione di ambienti di cura e posti di lavoro che riconoscono, rispettano e accolgono le differenze tra le persone. Ciò significa assicurare che ogni paziente possa accedere ai servizi sanitari senza discriminazioni o barriere. Inoltre, promuovere l'inclusione significa creare culture organizzative che accolgono e apprezzano la diversità, consentendo a tutti i professionisti sanitari di contribuire pienamente alle cure dei pazienti e all'innovazione dei servizi sanitari.

In sintesi, diversità e inclusione nel contesto sanitario mirano a creare un ambiente in cui tutti i pazienti ricevono cure appropriate e di alta qualità, indipendentemente dalle loro differenze, e in cui i professionisti sanitari sono valorizzati, rispettati e in grado di svolgere appieno il loro ruolo. Questo approccio promuove l'equità, la qualità e l'efficacia nei servizi sanitari.

Secondo diversi studi la diversità può essere definita come qualsiasi variabilità compositiva tra gli individui all'interno di un'entità di lavoro (Roberson et al. 2017a,b). Questa variabilità può portare le persone a percepire differenze o somiglianze tra di loro. In ambito psicologico e organizzativo, ci sono state diverse prospettive che hanno affrontato la questione. Gli approcci

classificatori concepiscono la diversità come una caratteristica personale degli individui (Mannix & Neale, 2005, Tsui & Gutek, 1999), che sottende le identità di gruppo. Tuttavia, vista l'enorme varietà di attributi su cui le persone possono differire, i ricercatori che seguono questa prospettiva hanno proposto una suddivisione in due rami delle differenze. Ad esempio, una suddivisione classifica gli attributi in base alla loro evidenza o alla loro facilità di rilevamento (Jackson et al., 1995). Le caratteristiche più evidenti, come il genere, la razza e l'età, rientrano in una categoria, mentre le differenze meno evidenti, come l'istruzione, l'anzianità nell'organizzazione e l'esperienza lavorativa, sono incluse in un'altra. In pratica, si presume che la prima categoria sia composta principalmente da caratteristiche innate o naturali, mentre la seconda sia costituita da attributi acquisiti o sviluppati. Sebbene questa separazione in due categorie possa non essere del tutto precisa, è comunque ritenuta un valido strumento per cogliere sia il riconoscimento delle differenze che le reazioni di classificazione suscitate negli individui (Milliken & Martins, 1996).

Un'altra modalità di classificazione degli attributi si basa sulla loro pertinenza con attività lavorative o sulla misura in cui forniscono risorse informative cruciali per le performance sul lavoro (Pelled, 1996). Questa prospettiva, in linea con l'approccio di trattamento delle informazioni sulla diversità (Williams & O'Reilly, 1998), considera le differenze che abbracciano risorse cognitive e varie esperienze legate al lavoro, come istruzione o background funzionale, come altamente rilevanti per l'efficacia del gruppo di lavoro (Simons et al. 1999). In contrasto, le differenze non suddivise in questa maniera, spesso rappresentate da attributi demografici, sono percepite come meno influenti nell'ambito dell'elaborazione delle conoscenze e delle prospettive all'interno dei gruppi, ma più determinanti nei processi di categorizzazione che impattano sulle dinamiche intergruppo e sulle attitudini (Pelled et al. 1999).

Infine, Harrison et al (1998, 2002) hanno portato avanti un approccio che fonde i due precedenti. In questo processo, hanno condotto una distinzione chiara tra diversità superficiale, comprendente le differenze innate tra gli individui, evidenziate nelle loro caratteristiche fisiche o facilmente misurabili, e diversità profonda, rappresentata da attributi acquisiti rilevanti per il compito e non soltanto misurabili. Concentrandosi sull'efficienza del gruppo, Harrison et al. (1998, 2002) hanno formulato l'ipotesi e raccolto evidenze che confermano l'importanza delle caratteristiche a livello profondo, che meglio riflettono le convinzioni e le attitudini dei membri e che possono subire cambiamenti, rispetto alle caratteristiche superficiali, nell'influenzare

l'integrazione sociale.

Studi precedenti basati su una prospettiva più orientata alle dinamiche relazionali dei gruppi hanno suggerito che la rappresentazione proporzionale di specifiche caratteristiche, come il genere o l'etnia, avrebbe attivato categorizzazioni che mettono in luce la maggioranza rispetto alla minoranza, con conseguenti impatti sulle esperienze sociali dei membri all'interno di ciascuna categoria (Blau, 1977, Kanter, 1977).

Contemporaneamente, ricerche che adottavano una visione più ampia avevano sottolineato che le proprietà distributive all'interno dei gruppi avrebbero influenzato le interazioni sociali tra individui appartenenti a gruppi demograficamente diversi, con impatti sui processi e sugli esiti a livello di gruppo (Pfeffer, 1983).

Tali prospettive sono state consolidate nella letteratura riguardante la psicologia organizzativa e il comportamento organizzativo sotto l'etichetta di "ricerca sulla demografia," che si occupa di esaminare le differenze relative o la distribuzione delle differenze all'interno di un'unità di lavoro e i loro effetti su vari livelli di analisi (Williams & O'Reilly, 1998).

Tuttavia, in tempi recenti, i ricercatori hanno avanzato ulteriori affinamenti delle prospettive proporzionali, alla luce delle incongruenze riscontrate nei risultati della ricerca sulla diversità di gruppo. Harrison & Klein (2007), ad esempio, hanno cercato di conciliare le teorie esistenti sulla diversità e hanno proposto una tipologia delle distribuzioni delle differenze all'interno di un gruppo basata sulla loro rilevanza, sulle basi teoriche sottostanti, sulle proprietà e sugli esiti. In particolare, hanno identificato tre tipi fondamentali di diversità: (a) diversità di separazione, che riflette differenze nelle credenze, nei valori e nelle attitudini, evidenziando disaccordi percettivi tra i membri dell'unità; (b) diversità di varietà, che si riferisce a differenze nella conoscenza, nelle reti sociali e nelle esperienze dei membri dell'unità, riflettendo fonti di informazioni uniche o distinte all'interno dell'unità; e (c) disparità, che consiste in differenze nell'accesso o nel possesso di risorse preziose, come privilegi, posizioni di status e retribuzione.

Nonostante questo quadro più articolato delle diverse forme di diversità, gli approcci tradizionali continuano a concentrarsi principalmente su attributi singoli o su combinazioni di attributi misurabili in modo oggettivo. Di conseguenza, alcuni ricercatori hanno proposto concetti multidimensionali della diversità, che cercano di coniugare gli approcci categorici e proporzionali e considerano le interazioni tra attributi personali. Ad esempio, Lau & Murnighan (1998) hanno sviluppato una teoria delle "linee di demarcazione demografiche," linee

immaginarie basate sugli attributi demografici dei membri del gruppo, che suddividono il gruppo in sottogruppi identitari più piccoli. La forza di queste linee di demarcazione è determinata dalla similitudine tra i membri dei sottogruppi, ovvero il grado di concordanza tra gli attributi osservabili e la relazione tra tali attributi (Lau & Murnighan, 1998).

Ricerche hanno dimostrato che le linee di demarcazione demografiche influenzano i processi e gli esiti dei gruppi oltre alle influenze della sola diversità demografica (Bezrukova et al. 2007, Lau & Murnighan, 2005). Tuttavia, nonostante l'importanza di queste linee di demarcazione legate alle categorie sociali, alcuni ricercatori hanno iniziato a esplorare e hanno trovato effetti derivati da altre caratteristiche, come la personalità e gli attributi legati al lavoro (Thatcher, 2013).

Considerando la vasta gamma di aspetti che costituiscono l'identità culturale, alcuni ricercatori hanno proposto una visione più completa della cultura, tenendo conto dell'influenza culturale sia a livello globale che locale nella formazione del comportamento. Chao & Moon (2005) hanno proposto un modello che esamina le identità culturali multiple a diversi livelli di analisi, integrando caratteristiche geografiche, demografiche e associative della cultura. Queste componenti rappresentano le caratteristiche naturali di una regione, le caratteristiche fisiche e/o le affiliazioni di gruppo rispettivamente, e influenzano le interazioni tra individui. Pertanto, questa prospettiva del "mosaico culturale" (Chao & Moon, 2005) offre un altro modo di concepire la diversità per catturare la complessità e la dinamicità delle identità culturali multiple in diverse configurazioni e gli effetti che queste identità possono avere su individui, gruppi e organizzazioni.

## **1.2 Teorie sulla gestione della diversità e dell'inclusione**

La maggior parte delle ricerche sull'inclusione nel contesto lavorativo si focalizza sull'esperienza individuale all'interno del gruppo, dove il dipendente percepisce il proprio grado di inclusione (Shore et al., 2011; Jansen, Otten, van der Zee, & Jans, 2014). Tuttavia esistono studi che considerano l'inclusione del gruppo in modo aggregato (ad esempio Ferdman, Avigdor, Braun, Konkin, & Kuzmycz, 2010).

Shore et al. (2011) hanno utilizzato la Teoria dell'Optimal Distinctiveness (ODT: Brewer, 1991) per sintetizzare la letteratura sull'inclusione e fornire una struttura per definire l'inclusione nel contesto lavorativo. Secondo l'ODT, gli individui cercano un equilibrio tra la necessità di

appartenere e trovare somiglianze con gli altri, mantenendo al contempo un'identità unica. Essi hanno identificato i temi di appartenenza (essere considerati parte del gruppo, partecipazione alla decisione, condivisione delle informazioni) e di unicità (accoglienza di approcci diversi, rispetto di tutte le prospettive culturali) come elementi chiave dell'inclusione nei gruppi di lavoro. Nel loro modello concettuale, Shore et al. (2011) hanno suggerito che sia l'appartenenza che l'unicità sono elementi cruciali dell'inclusione, la quale è correlata a relazioni di alta qualità con il supervisore e i membri del gruppo come soddisfazione lavorativa, impegno organizzativo, comportamenti costruttivi all'interno dell'organizzazione, prestazioni lavorative e benessere. La Teoria dell'Optimal Distinctiveness ha attirato l'attenzione dei ricercatori in quanto fornisce una spiegazione su perché gli individui si identificano o meno con un gruppo specifico: la forza dell'identificazione dipende dalla capacità di soddisfare simultaneamente i bisogni di assimilazione e di differenziazione (Brewer, 1991).

Sono emerse due correnti di pensiero divergenti riguardo all'ODT: una che si concentra sull'assimilazione all'interno del proprio gruppo e la differenziazione da altri gruppi, mentre l'altra interpreta l'ODT come un interesse a soddisfare i bisogni di assimilazione e differenziazione all'interno dello stesso gruppo.

Secondo l'ODT, quando questi bisogni non vengono soddisfatti, gli individui cercano di ristabilire l'equilibrio cercando di soddisfare il bisogno insoddisfatto. Ad esempio, se gli individui si sentono fortemente assimilati in un gruppo, cercheranno di distinguersi dagli altri membri evidenziando le proprie caratteristiche uniche. Al contrario, se si sentono troppo differenti, cercheranno maggiore assimilazione, cercando somiglianze con gli altri.

Esistono due fattori spesso presenti nei contesti di sviluppo delle risorse umane che vengono esplorati, dai diversi studi, sia dal punto di vista teorico che empirico, in relazione alla Teoria dell'Optimal Distinctiveness. In primo luogo, basandosi sull'idea di Brewer (2012) che alcune persone siano più sensibili all'ODT rispetto ad altre, si sostiene che gli individui più anziani tendano a fare meno affidamento sui gruppi prossimali (come il loro gruppo di lavoro) come fonte di ODT rispetto ai più giovani. L'età è un aspetto importante da considerare, in quanto la maggior parte degli studi sull'ODT ha finora coinvolto adulti giovani nei campioni (ad esempio, Badea et al., 2010; Hornsey e Hogg, 1999). In secondo luogo, ci si concentra sull'identità sociale funzionale degli individui (l'identificazione auto-dichiarata con coloro che hanno lo stesso background funzionale all'interno del gruppo di lavoro) per catturare i contesti in cui i membri del gruppo si identificano con sottogruppi (Randel e Jaussi, 2003). Poiché i gruppi di lavoro

sono spesso composti da individui con background funzionali diversi, si vuole esaminare come l'identificazione con il proprio background funzionale possa interagire con l'identificazione con il gruppo di lavoro.

Gli sforzi di sviluppo delle risorse umane traggono beneficio dai partecipanti motivati e ciò può essere facilitato da un elevato livello di identificazione con il gruppo di lavoro (Froehlich, Beausaert e Segers, 2015). Sosteniamo che, per gli individui più giovani, la percezione dell'Optimal Distinctiveness sarà più strettamente correlata all'identificazione con il gruppo di lavoro rispetto agli individui più anziani. Gli individui più giovani, ancora in fase di definizione di sé, cercano relazioni prossimali che consentano una maggiore vicinanza agli altri (Knights e Willmott, 1989). Queste relazioni più strette contribuiscono a soddisfare i bisogni di assimilazione nell'ambiente sociale immediato. Allo stesso tempo, gli individui più giovani desiderano stabilire una differenziazione (essere distinti dagli altri) (Snyder e Fromkin, 1980). Pertanto, essi cercheranno di soddisfare questi bisogni attraverso interazioni ravvicinate, come ad esempio un gruppo di lavoro, identificandosi con esso per contribuire alla loro definizione di sé durante la loro evoluzione.

Al contrario, gli individui più anziani mostrano meno interesse nell'identificarsi con gruppi di lavoro vicini. Con il tempo, gli individui acquisiscono una migliore comprensione di chi sono, non dipendendo quindi da gruppi prossimali per la propria autodefinizione (Alvesson, 2010). Gli individui più anziani hanno anche una minore apertura all'esperienza rispetto ai giovani (Kanfer e Ackerman, 2004), quindi cercare l'identificazione con gruppi prossimali è meno essenziale per loro. Inoltre, solitamente hanno relazioni caratterizzate da legami sociali stabili da cui ricevono supporto (Schnittker, 2007).

Un'ulteriore ragione per cui gli studi prevedono una correlazione più forte tra l'optimal distinctiveness e l'identificazione con il gruppo di lavoro nelle persone più giovani rispetto a quelle più anziane è la presenza di incertezza. Gli individui più giovani, con meno esperienza, possono sperimentare maggiore incertezza. La teoria della riduzione dell'incertezza suggerisce che gli individui cercano di ridurre l'incertezza identificandosi con gli altri (Hogg, 2007). Quando si è più giovani, c'è incertezza su chi diventeremo completamente (Staff, Harris, Sabates e Briddell, 2010). Di conseguenza, gli individui più giovani cercheranno di ridurre l'incertezza soddisfacendo i bisogni di assimilazione e differenziazione attraverso gruppi prossimali, come i loro gruppi di lavoro immediati.

Al contrario, gli individui più anziani tendono a sperimentare meno incertezza sulla propria identità (Kashima, Kashima e Hardie, 2000). L'esperienza di vita più estesa degli individui più anziani può comportare una maggiore sicurezza nelle identità che hanno scelto. Pertanto, la relazione positiva tra ODT e identificazione con il gruppo di lavoro è più debole per gli individui più anziani, poiché hanno altri gruppi che hanno stabilito come fonti per soddisfare i bisogni di assimilazione e differenziazione. Di conseguenza, l'identificazione con il gruppo di lavoro degli individui più anziani non sarà influenzata dal fatto che un gruppo prossimale fornisca o meno optimal distinctiveness, mentre l'identificazione con il gruppo di lavoro degli individui più giovani sarà più sensibile all'ODT raggiunto attraverso il gruppo di lavoro.

L'identità sociale funzionale è un altro aspetto da considerare come fattore che influenza la relazione tra ODT e identificazione con il gruppo di lavoro.

Si sostiene che, per gli individui con livelli più deboli di identità sociale funzionale rispetto a quelli con livelli più forti, la relazione tra ODT e identificazione con il gruppo di lavoro sarà più forte. Gli individui che percepiscono l'ODT all'interno del gruppo di lavoro e hanno un'identità sociale funzionale debole sono più propensi a identificarsi con il gruppo di lavoro perché fornisce una fonte prossimale che soddisfa i bisogni di assimilazione e differenziazione non soddisfatti attraverso l'identificazione con altri dello stesso background funzionale. Al contrario, gli individui con un'identità sociale funzionale forte hanno formato alleanze con altri dello stesso background funzionale, il che potrebbe interferire con l'identificazione con gruppi di lavoro diversificati dal punto di vista funzionale. Ricerche su team di top management e su gruppi di lavoro diversificati hanno evidenziato come le sub-identità possano ostacolare l'identificazione con il gruppo di lavoro (ad esempio, Chattopadhyay et al., 1999). Pertanto, per gli individui con un'identità sociale funzionale forte, la relazione tra ODT e identificazione con il gruppo di lavoro non è probabile che sia fortemente positiva, poiché si identificano con il sottogruppo del background funzionale e quindi sono meno interessati a soddisfare i bisogni di assimilazione e differenziazione con gruppi di lavoro prossimali (Carton e Cummings, 2012; Tasdemir, 2011).

In studi successivi che hanno testato alcuni aspetti del modello di Chung et al. (2016) hanno concluso che l'unicità e l'appartenenza sono distinti, e l'inclusione è associata alle valutazioni del supervisore sulla creatività e le prestazioni lavorative. Un altro studio (Ehrhart, Chung-Herrera, Randel, Dean, & Shore, 2014) ha dimostrato che l'impatto positivo dell'inclusione sul benessere è più evidente quando gli individui sono in minoranza nel loro gruppo in termini di

genere ed etnia.

Sessler, Bernstein e Bilimoria (2013) hanno esplorato le esperienze di inclusione delle minoranze etniche nei consigli di amministrazione delle organizzazioni non profit. Hanno scoperto che la prospettiva di integrazione e apprendimento di Ely e Thomas (2001) era fortemente correlata alle esperienze di inclusione, intese come sentirsi a proprio agio nell'esprimere idee, opinioni e discutere questioni legate alla diversità, sentirsi valorizzati e incoraggiati dagli altri membri del consiglio a essere sé stessi, e percepire di avere le stesse opportunità di leadership e incarichi.

### **1.3 Relazioni tra inclusione e performance aziendale: il rapporto DNV (2023) e il report OECD (2021)**

Il 79% delle aziende a livello internazionale afferma che la Diversità e Inclusione (D&I) costituiscono una parte essenziale della loro strategia di business. Da un sondaggio Viewpoint condotto da DNV, uno dei principali enti di terza parte a livello mondiale, emerge che il 60% delle aziende concorda sul fatto che un'azienda inclusiva registri prestazioni superiori. Tuttavia, solo il 32% ritiene che la D&I sia un elemento di vitale importanza per il business.

Le aziende concordano sul fatto che un impegno verso la diversità e l'inclusione può portare a risultati migliori, ma poche di esse considerano questi aspetti come essenziali per il successo aziendale. D'altra parte, le aziende che incorporano la D&I nel loro modello di business possono beneficiare in modo significativo in termini di performance. L'indagine Viewpoint di DNV, che ha coinvolto oltre 500 aziende in tutto il mondo, ha rivelato che la maggioranza degli intervistati ritiene che la diversità e l'inclusione siano importanti sia per gli obiettivi aziendali che per la strategia complessiva.

Un'analisi più approfondita dei dati evidenzia che solo un numero limitato di intervistati sta attuando azioni concrete in modo strutturato, e meno di un'azienda su tre ha sviluppato una politica aziendale completa. Circa il 51,9% delle aziende ha invece circoscritto la propria politica a iniziative pilota o singole, suggerendo una focalizzazione su azioni specifiche piuttosto che su un approccio aziendale olistico.

Parallelamente, si osserva una crescente consapevolezza delle opportunità che la D&I offre al mondo degli affari, confermata da numerosi rapporti e studi recenti. Secondo McKinsey (2008),

le organizzazioni con un mix diversificato di persone hanno il 36% di probabilità di raggiungere risultati superiori, mentre per le aziende che promuovono la diversità e l'inclusione di genere, la percentuale è del 25%.

Il DNV, sottolinea che le organizzazioni che abbracciano l'inclusività hanno una probabilità otto volte maggiore di conseguire risultati aziendali migliori. Tuttavia, nonostante l'aumento della consapevolezza, la D&I non è ancora al centro delle operazioni di molte aziende, e di conseguenza, la maggior parte di esse è ancora lontana dall'ottenere benefici di business.

Sebbene l'88% ritenga che un'azienda inclusiva sia anche più performante, solo il 32% la considera un fattore critico per il business. L'attenzione delle aziende sembra concentrarsi sul miglioramento della cultura aziendale, del processo di assunzione e della reputazione, mentre solo il 29% ritiene che l'innovazione sia il principale vantaggio di un'implementazione strutturata.

Le aziende sono incoraggiate a sfruttare appieno i vantaggi di business derivanti dalla D&I, ma l'indagine Viewpoint indica che molte di esse sono appena agli inizi e poche hanno un approccio strutturato. Tra gli intervistati, solo il 41,8% ha incluso principi e obiettivi nelle politiche aziendali, mentre solo il 36,8% ha definito doveri di rendicontazione e responsabilità.

Si sottolinea inoltre l'importanza di avanzare nel campo della diversità e inclusione (D&I), affinché diventi il fulcro centrale delle attività aziendali. Implementare, misurare e ampliare le azioni attraverso un approccio strutturato può rendere concreti i benefici per l'azienda. Standard come la ISO 30415, emessa a maggio 2021, forniscono un modello di riferimento che le organizzazioni possono adottare per integrare la D&I nei propri processi. Questo standard abbraccia l'intero ciclo di vita dei dipendenti, esaminando ogni elemento sotto la lente della D&I, sia per i processi interni che per i partner esterni lungo la catena di approvvigionamento. La normativa supera la visione personale della diversità e inclusione, offrendo un quadro completo per affrontare questi aspetti in un contesto organizzativo.

Approfondendo ulteriormente la nostra analisi, possiamo esaminare l'OECD (2022) e il suo report annuale relativo alla diversità e l'inclusione, che rivestono infatti un ruolo centrale nel suo operato.

La recente formulazione della Strategia delle Risorse Umane dell'OECD (2023-2027) delinea la visione in merito all'approccio dell'Organizzazione nella gestione delle risorse umane, attribuendo alla diversità e all'inclusione un ruolo chiave come pilastri fondamentali. Tale

strategia riconosce che un ambiente di lavoro diversificato e inclusivo costituisce un elemento essenziale per il conseguimento della missione di formulare politiche migliori per una vita aziendale.

Il “Quadro per la Diversità e l'Inclusione” dell'OECD è stato sviluppato nel 2020 per fornire una struttura al percorso e alle iniziative in materia di diversità e inclusione. È basato su cinque elementi chiave:

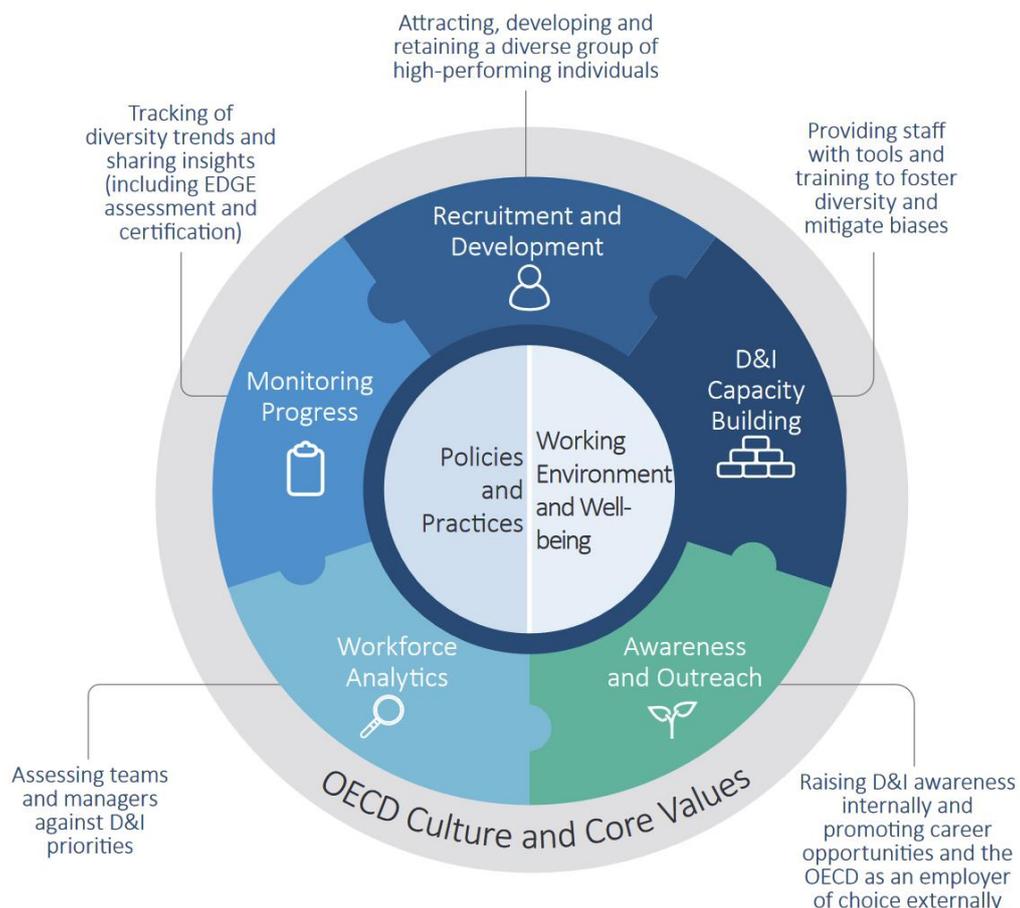


Fig.1 The OECD D&I Framework (2021)

Nel corso del 2022, l'OCSE ha implementato iniziative a supporto di ciascun elemento del suo “Quadro per la Diversità e l'Inclusione”. Come già avvenuto con la Strategia delle Risorse Umane e i processi correlati alle risorse umane, i principi fondamentali dell'OECD

costituiscono il fondamento del Quadro per la Diversità e l'Inclusione. I Regolamenti del Personale dell'OECD e il Codice di Condotta per gli Ufficiali dell'OECD definiscono i principi e stabiliscono gli standard e la cultura che si cerca di promuovere e mantenere. Questi principi includono valori come: la cortesia, la dignità, il rispetto, la lealtà, la imparzialità, la sensibilità, la coerenza e la onestà nei comportamenti.

Inoltre, si mira ad ottenere una rappresentanza di genere equa in tutti i gradi e livelli di responsabilità all'OECD. Sono stati compiuti progressi significativi nella diversità di genere della forza lavoro negli ultimi anni, in particolare nelle posizioni di leadership esecutiva.

La figura sottostante è la rappresentazione delle donne funzionarie nell'OECD per gruppo di grado dal 2013 al 2022

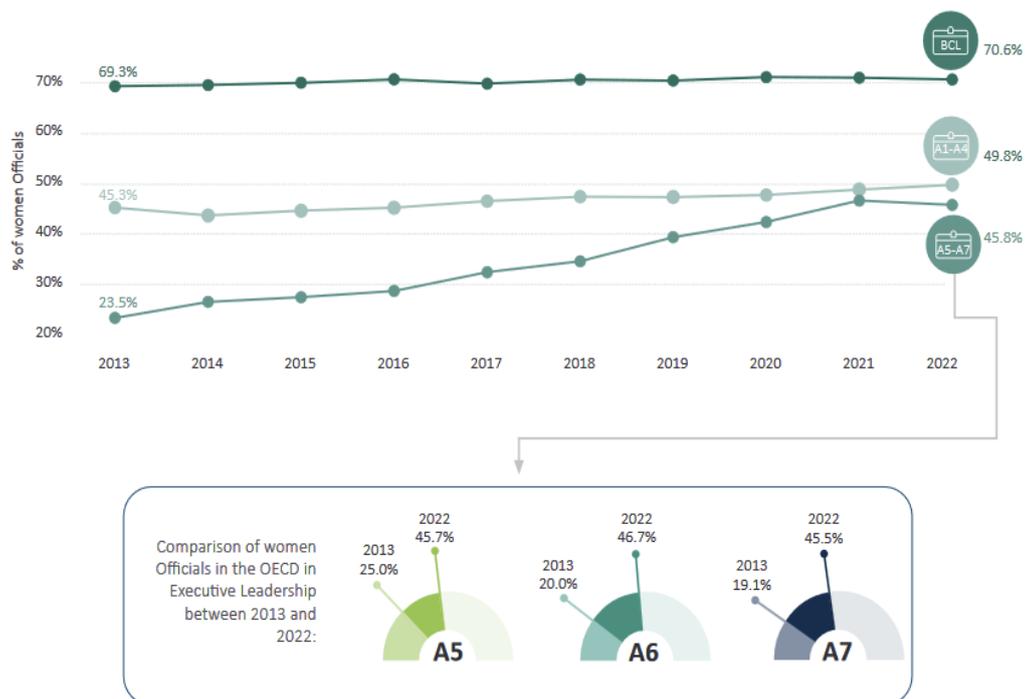


Fig.2 Rappresentanza delle donne funzionarie nell'OCSE per gruppo di grado dal 2013 al 2022

Si può notare che la rappresentazione delle donne nel leadership esecutivo nel complesso, e in ciascuno dei tre gradi a questo livello (A5, A6 e A7), è aumentata dal 2013 al 2022. Gli uomini rimangono sottorappresentati nei gradi B, C e L, rappresentando il 29,4% di questa popolazione. Non ci sono state migliorie in quest'area dal 2021, nonostante la quota di nomine a questi livelli sia aumentata leggermente. Durante il 2022, è stato mantenuto l'impegno a promuovere la diversità nella selezione attraverso programmi di reclutamento aziendali e bilaterali e creando collaborazioni per garantire una migliore rappresentanza dei membri. I punti salienti delle iniziative di 'Reclutamento e Sviluppo' includono:

Aumento della consapevolezza tra i team di assunzione riguardo alle linee guida sulla diversità per tutti i processi di selezione.

Collaborazione con università provenienti da membri meno rappresentati e istituti accademici che rappresentano persone di background diversi (notabilmente nazionalità ed etnia).

Diversificazione dei canali attraverso cui vengono reclutati i candidati, incluso tramite campagne dedicate sui social media.

Promozione della rappresentanza nazionale e del bilanciamento di genere del personale assunto attraverso programmi di reclutamento bilaterali e aziendali come i programmi di stage, posizioni di formazione per giovani professionisti e programmi dedicati a giovani associati.

## Capitolo 2: Contesto del Sistema Sanitario Italiano

### 2.1 Caratteristiche del sistema sanitario italiano

Il sistema sanitario italiano è caratterizzato da diverse peculiarità che delineano la sua struttura e organizzazione. In primo luogo, l'approccio è universalistico e gratuito, garantendo assistenza a tutti i cittadini residenti indipendentemente dal reddito o dallo status sociale. Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) costituisce la spina dorsale del sistema, finanziato principalmente attraverso tasse e contributi sociali. Una delle caratteristiche distintive è la decentralizzazione, con le Regioni e le Province Autonome che hanno la responsabilità principale nell'organizzare e gestire i servizi sanitari sul loro territorio. Questo si traduce in una maggiore autonomia decisionale a livello regionale, favorendo il principio di sussidiarietà. Il sistema sanitario italiano opera su tre livelli di assistenza: nazionale, regionale e locale, con una collaborazione tra di essi per garantire una copertura efficace su tutto il territorio. La medicina generale, rappresentata dai medici di famiglia, assume un ruolo cruciale come punto di contatto iniziale tra pazienti e sistema sanitario, partecipando attivamente alla prevenzione e alla gestione delle malattie. La prescrizione e la dispensazione dei farmaci coinvolgono i medici di famiglia e le farmacie, contribuendo a rendere l'accesso ai farmaci più accessibile. L'Italia è impegnata nella ricerca medica e nella formazione di professionisti sanitari attraverso università e centri di ricerca. Inoltre, il sistema prevede la presenza di esenzioni e ticket, con alcuni gruppi esentati dal pagamento e altri tenuti a versare un contributo per determinati servizi sanitari. Il pronto soccorso è accessibile a tutti i cittadini, assicurando assistenza in situazioni di emergenza. Molti individui in Italia optano anche per polizze assicurative private che offrono una copertura sanitaria supplementare, includendo servizi aggiuntivi o un accesso più rapido a determinati trattamenti. Questa pratica si integra con l'ampia gamma di opzioni fornite dal sistema sanitario italiano, che continua a evolversi nel tempo.

Gli attuali sistemi sanitari si configurano come organizzazioni complesse, caratterizzate da una molteplicità di dimensioni alle quali i modelli gestionali tradizionali rispondono solo in modo parziale. La diversità degli attori coinvolti, la complessità dei processi produttivi con caratteristiche tecnologiche, organizzative e relazionali eterogenee, insieme alla duplice dimensione degli obiettivi, economici e sociali, contribuiscono a delineare un quadro influenzato dal ruolo dello Stato attraverso la regolamentazione, il finanziamento pubblico e la

definizione degli assetti istituzionali.

## **2.2 Disuguaglianze e sfide nell'assistenza sanitaria italiana**

Dando uno sguardo al SSN a livello nazionale, si osserva un consolidato equilibrio economico-finanziario complessivo che perdura da anni, risultato della capacità di gestire in modo efficace la dinamica della spesa. La crescita della spesa sanitaria pubblica, pari al 2,8% del PIL nel periodo 2012-2017 e corrispondente a poco più di tre miliardi di euro in valore assoluto, si posiziona tra le più basse nei confronti degli altri paesi dell'OCSE e diventa praticamente negativa al netto dell'inflazione. L'essenzialità del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) viene confermata, con una spesa pro capite equivalente al 60% di quella tedesca e al 70% di quella francese. Tale dato sottolinea come le prestazioni fornite dal SSN siano ormai limitate a servizi essenziali per garantire la tutela della salute, mentre la gestione dei bisogni assistenziali e socio-sanitari è in gran parte affidata alle famiglie. Nel periodo 2012-2017, nonostante il controllo della crescita della spesa pubblica, la spesa sanitaria privata complessiva (out of pocket e intermediata) ha registrato un aumento di cinque miliardi. Si evidenzia un processo di crescita visibile ma moderato: la quota della spesa sanitaria privata è passata dal 24% al 26% della spesa sanitaria totale. Tuttavia, la spesa privata risulta strettamente legata alla dinamica dei redditi e dei consumi, subendo penalizzazioni in un contesto nazionale caratterizzato da una stagnazione economica persistente. La spesa privata si concentra prevalentemente nelle regioni e nelle fasce sociali più abbienti, rappresentando attualmente un significativo elemento di disparità nell'accesso alle cure.

Si assiste inoltre a una convergenza positiva tra le regioni italiane nei confronti delle dotazioni di posti letto e del tasso di ospedalizzazione pianificati dal legislatore, indicati rispettivamente a 3,7 posti letto per 1000 abitanti e a 160 ospedalizzazioni per 1000 abitanti. In questo contesto, si osserva una tendenza alla riduzione dei consumi in tutte le tipologie di servizi ospedalieri, con una diminuzione particolarmente marcata nei ricoveri ordinari e nei day hospital. Parallelamente, l'attività ambulatoriale, pur con variazioni regionali e specialistiche, non mostra segnali significativi di aumento complessivo. L'accesso al pronto soccorso rimane stabile intorno ai 20,5 milioni di visite annue, con un aumento percentuale degli utenti over 65 dal 29% al 34% tra il 2007 e il 2015. I servizi di emergenza urgenza fungono da valvola di sfogo, compensando una riduzione complessiva dell'offerta. Tuttavia, aree come la riabilitazione, le

strutture intermedie e le strutture protette evidenziano una maggiore vivacità, rispondendo alla costante crescita dei bisogni di “Long Term Care”. Si registra una sfida nei servizi domiciliari e nella presa in carico post-ospedaliera, con solo il 27% degli over 85 dimessi con un qualche strumento di continuità assistenziale. La speranza di vita e gli esiti generali del sistema sanitario italiano rimangono eccellenti a livello internazionale, attestati dal quarto posto mondiale nel Health Efficiency Score di Bloomberg del 2018. Tuttavia, alcuni elementi destano preoccupazione, come la persistente crisi demografica evidenziata dal rapporto tra la popolazione over 65 e quella attiva, il deterioramento di determinanti di salute in specifici segmenti di popolazione e l'accentuarsi del processo di frammentazione sociale e familiare. La qualità degli ultimi anni di vita mostra segni di arretramento nel confronto internazionale, con un incremento minore dell'aspettativa di vita in buona salute rispetto ad altri Paesi sviluppati. Ciò potrebbe essere attribuito all'insufficiente sviluppo della rete socio-sanitaria e dei sistemi di presa in carico della cronicità in diverse aree del Paese. Il confronto tra le regioni del Centro-Sud e del Nord evidenzia che le prime hanno raggiunto un equilibrio economico-finanziario paragonabile a quello delle seconde, con Lazio e Campania che nel 2017 presentano addirittura i maggiori avanzi di bilancio del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Tuttavia, emerge una preoccupante creazione di divario nei servizi e nei risultati tra Nord e Sud. Una delle criticità rilevanti riguarda il personale sanitario. In molte regioni meridionali, si è registrato un significativo calo del personale dipendente, con cifre inferiori rispetto alle regioni settentrionali. Ad esempio, al 2016, la Lombardia presenta 9,6 dipendenti SSN ogni 1000 abitanti, contro i 7,3 della Campania e i 7,1 del Lazio. La diminuzione del personale meridionale risulta più accentuata rispetto alle regioni del Nord nel periodo 2010-2016, con il personale lombardo che ha subito una diminuzione del 3%, a fronte del 14% del Lazio e del 15% della Campania. Una seconda criticità coinvolge i livelli e la qualità dei servizi, con un aumento della mobilità interregionale ospedaliera tra il 2014 e il 2016.

Diversi indicatori indicano un persistente divario qualitativo tra i sistemi ospedalieri del Nord e del Sud, sia per quanto riguarda le ospedalizzazioni che altri aspetti quali le percentuali di parti cesarei. La terza criticità analizzata riguarda gli esiti di salute, evidenziando tassi di mortalità standardizzati significativamente diversi in alcune province del Mezzogiorno rispetto alla media nazionale. Sebbene l'aspettativa di vita alla nascita sia superiore agli 81 anni in tutte le regioni, si osservano notevoli differenze nell'aspettativa di vita in buona salute, variando dai 52 anni della Calabria ai 69 della Provincia Autonoma di Bolzano. Queste criticità, unitamente ad altre come i differenziali negli investimenti, richiedono un rapido e profondo ribilanciamento

degli obiettivi dei piani di rientro. Quest'ultimi sono dei programmi operativi di riorganizzazione, di riqualificazione, di potenziamento del Servizio sanitario regionale. Oltre al controllo economico-finanziario, è necessaria un'ulteriore focalizzazione sullo sviluppo dei servizi e delle competenze di sistema, con particolare attenzione ai risultati di salute. Potrebbe essere auspicabile un parziale riequilibrio della governance del SSN tra il Ministero dell'Economia e quello della Salute. Il Rapporto 2018 evidenzia un momento di stallo o forse un esaurimento delle dinamiche di ingegneria istituzionale, segnalando una fase di consolidamento delle aziende sanitarie rispetto agli anni precedenti. Nel corso del 2018, non si sono verificati nuovi accorpamenti o modifiche significative degli assetti regionali, comprese le agenzie. Questo suggerisce l'entrata in una fase di stabilità istituzionale, caratterizzata da piccoli aggiustamenti al margine e un consolidamento delle organizzazioni esistenti. L'ingegneria istituzionale, che ha guidato i cambiamenti strutturali, sembra aver esaurito il suo potenziale evocativo e di policy. Il sistema sanitario ora si orienta verso un periodo di gestione e sviluppo manageriale più lento, silenzioso e complesso. Il focus si sposta verso il funzionamento delle nuove grandi aziende e l'ottimizzazione del loro potenziale, oltre a sfruttare la reintegrazione istituzionale tra ospedale e territorio. Nella revisione dei perimetri aziendali, il settore pubblico mostra una posizione più consolidata rispetto al settore privato accreditato. Mentre quest'ultimo ha sperimentato una crescita dei gruppi con oltre 500 posti letto nell'ultimo quinquennio, il processo di concentrazione industriale è ancora agli inizi. Nonostante continuino processi di acquisizione e fusione, i grandi player rappresentano solo il 38% dei posti letto privati accreditati totali. Una nota positiva è rappresentata dalla recente apertura verso il Sud, con segnali di interesse nell'acquisire e rilanciare strutture sanitarie del Mezzogiorno da parte di player nazionali o internazionali. Questo fenomeno è anche influenzato dagli effetti dei piani di rientro, che hanno messo a dura prova le proprietà meno efficienti, aumentando la necessità di produttività e appropriatezza per mantenere l'equilibrio economico. In sintesi, il panorama del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) si caratterizza ora per una doppia stabilità: una stabilità economica e finanziaria, con restrizioni chiare nelle risorse e nell'accesso agli input, e una stabilità negli assetti istituzionali, soprattutto nel settore pubblico.

## **2.3 Legislazione e politiche riguardanti la diversità e l'inclusione nell'assistenza sanitaria**

Dando uno sguardo al management, in questo contesto, ci si trova in una fase culturale caratterizzata dalla rapidità e dalla concentrazione della narrativa politica su aspetti parziali del sistema. La politica, influenzata dalla disintermediazione, genera un dibattito rapido e focalizzato su dettagli e questioni spesso di limitata importanza per l'efficacia complessiva del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Temi come la certificazione delle vaccinazioni, le liste di attesa ambulatoriali e la diffusione di specifici virus dominano l'agenda politica, anche se non sempre hanno un impatto significativo sul sistema nel suo insieme. D'altra parte, i processi amministrativi si configurano come sempre più centralizzati, standardizzati e sottoposti a controlli esterni, aumentando notevolmente i tempi di implementazione. Le centrali regionali di acquisto assumono un ruolo preponderante negli acquisti, rendendo ogni gara una competizione significativa per il mercato. Questo spiega il ricorso frequente alla giustizia amministrativa da parte delle imprese non vincitrici. I tempi medi di aggiudicazione delle gare, considerando anche i passaggi della giustizia amministrativa, si estendono a due anni o più, contribuendo al rischio che i prodotti acquistati siano obsoleti al momento dell'utilizzo, specialmente quelli ad alto contenuto tecnologico come dispositivi medici e sistemi informativi. Analogamente, i tempi delle procedure di reclutamento del personale, in particolare delle professioni sanitarie, si sono allungati a causa della centralizzazione dei concorsi e del blocco pluriennale delle assunzioni. Gli incentivi per i direttori e il personale vengono riconosciuti e pagati con ritardi sempre maggiori, a causa dell'attenzione politica crescente sulle retribuzioni pubbliche accessorie.

In sintesi, si assiste ad un'accelerazione nella narrativa e negli indirizzi politici, mentre i tempi amministrativi si allungano significativamente. Ciò che è oggetto di discussione politica diventa indirizzo istituzionale che si concretizza amministrativamente anni dopo, quando il tema è spesso superato nell'agenda del dibattito di policy. Questa divergenza tra ritmi istituzionali e amministrativi crea uno spazio di autonomia strategica per il management, ma mette sotto pressione la gestione aziendale, poiché le risposte amministrative veloci alle questioni politiche sono spesso impossibili o difficoltose.

Un'ulteriore sfida riguarda la rinascita di paradigmi di selezione e valutazione del management basati su logiche procedurali e criteri presuntamente oggettivi. Tuttavia, gli studi condotti sottolineano la validità del paradigma opposto, sostenendo che il capitale istituzionale è direttamente proporzionale al grado di autonomia concessa ai membri nell'interpretare

l'interesse pubblico. La tendenza attuale verso criteri "oggettivi e uniformi" per la selezione del top management del SSN è vista come un sintomo di sgretolamento del capitale istituzionale disponibile. La criticità si accentua con il ritorno di approcci basati su logiche procedurali e criteri oggettivi per la selezione del management pubblico, il che potrebbe compromettere la funzionalità complessiva del meccanismo di selezione del top management del SSN.

Il comparto sociosanitario del welfare italiano si presenta come un intricato insieme di produttori e attori complementari, che non costituiscono un sistema organico. La mancanza di una riforma organica ha portato a una sommatoria di azioni parziali, talvolta a livello nazionale, regionale o locale, guidate dalle sfere sociale o sanitaria, senza una chiara azione di regia complessiva. Nel settore sociosanitario, le principali funzioni (finanziamento, programmazione, committenza, produzione) sono distribuite tra una pluralità di attori, senza una gerarchia definita. La funzione di produzione è spesso esternalizzata a enti diversi dalle istituzioni pubbliche responsabili della tutela sociale. Ad esempio, nel 2008, l'assistenza sociosanitaria residenziale finanziata dal SSN era fornita da 1419 strutture pubbliche (26,7% del totale) e 3901 strutture private accreditate (73,3% del totale). Questa frammentazione delle funzioni richiede una visione completa degli attori finanziatori, committenti e produttori. Le analisi effettuate mostrano una crescita significativa delle strutture private accreditate, spesso appartenenti al Terzo Settore, come le cooperative. La frammentazione delle funzioni si riflette nelle criticità del settore, soprattutto nella gestione dell'offerta esternalizzata. Questo studio esamina le caratteristiche e le criticità del settore sociosanitario, concentrandosi sulla geografia dei produttori, per identificare i bisogni di policy necessari a governare l'offerta sociosanitaria.

Dal punto di vista legislativo, il settore sociosanitario italiano si presenta ben definito, ma la concreta delimitazione della spesa sociosanitaria si rivela una sfida complessa. Già nella legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale (L.833/1978) si concettualizzava la salute in modo olistico, comprendendo il benessere fisico e psichico. La L. 328/00 ha richiamato recentemente l'importanza di integrare gli aspetti sociali e sanitari, mentre il DPCM 14 febbraio 2001 ha definito le prestazioni sociosanitarie ad alta integrazione.

Le aree di intervento sociosanitario includono la maternità e l'infanzia, gli anziani con patologie cronico-degenerative, le persone disabili, le patologie psichiatriche, le dipendenze da droga, alcol e farmaci, e le patologie per infezioni da HIV e patologie terminali. Nonostante questa chiarezza, analizzare le risorse impiegate nel settore sociosanitario è complesso a causa delle sovrapposizioni tra attori e funzioni. Nel 2009, le risorse pubbliche per l'assistenza

sociosanitaria in Italia ammontavano a circa 47 miliardi, di cui 11,6 miliardi provenienti dai Fondi Sanitari Regionali. Questa spesa finanzia assistenza domiciliare, semiresidenziale, residenziale e protesica. Altri 34,4 miliardi sostengono trasferimenti monetari, come indennità, pensioni e rendite per invalidità. Un miliardo è destinato a deduzioni e detrazioni per spese mediche sostenute dai non autosufficienti.

L'analisi rivela che la spesa sociosanitaria complessiva, finanziata anche dal SSN, supera i 49 miliardi di euro. Di questi, almeno 36 miliardi sono trasferimenti monetari alle famiglie, mentre i servizi diretti garantiti dal SSN ammontano a 13 miliardi. Questo evidenzia uno sbilanciamento a favore dell'autoproduzione familiare nel settore (Longo e Ricci,2018).

## **Capitolo 3: Inclusione come Strategia Aziendale**

### **3.1 Ruolo delle politiche di inclusione nella gestione delle organizzazioni sanitarie**

La gestione della diversità costituisce un elemento chiave nell'organizzazione dei servizi sociosanitari, sia per affrontare le disuguaglianze in salute che per garantire un'assistenza e cura appropriate. Da ciò emerge che il rispetto delle differenze non solo rappresenta un'innovazione culturale, ma è anche un fattore di qualità in sintonia con la complessità dei territori e delle comunità in un contesto sempre più dinamico. L'equità non è solo un obiettivo da perseguire, ma diventa un valore fondamentale per una visione sistemica delle aziende sanitarie e delle relative implicazioni organizzative. In questo contesto, l'articolo 1 della Legge Regionale n. 29 del 2004, "Tutela della salute e Servizio sanitario regionale", al comma 2 enfatizza il tema dell'equità attraverso due principi ispiratori:

l'universalità e l'equità di accesso alle prestazioni e ai servizi, in base alle necessità di ogni individuo presente nel territorio regionale;

la globalità della copertura assistenziale, intesa come garanzia dei livelli essenziali e uniformi di assistenza, nel rispetto dei principi della dignità della persona, delle necessità di salute, dell'equità nell'accesso ai servizi, della qualità dell'assistenza, dell'efficacia e appropriatezza dei servizi e delle prestazioni, nonché dell'economicità nell'utilizzo delle risorse.

Gli studi finora condotti indicano diversi fattori che possono favorire una cultura e un clima positivi all'interno delle istituzioni. Tra questi, risultano cruciali l'espressione dell'identità e dello scopo dell'istituzione, la comunicazione efficace di questo scopo ai membri e la sua informazione da parte degli attori istituzionali, la natura e la profondità delle risorse allocate per il raggiungimento degli scopi e degli obiettivi dell'istituzione, i processi di leadership e difesa per perseguire gli obiettivi istituzionali, e l'implementazione di misure di responsabilità basate sui dati per monitorare i progressi.

I dati dimostrano che la cultura e il clima istituzionali si consolidano e migliorano quando c'è una chiara espressione della visione strategica dell'istituzione; le reti di comunicazione istituzionali sono robuste e interconnesse; le risorse sono assegnate in modo strategico e

allineate alla missione istituzionale; la fidelizzazione dei membri all'interno dell'istituzione è elevata e vi è un forte senso di identificazione dei membri con gli obiettivi e le aspirazioni dell'istituzione, contribuendo a creare un solido senso di appartenenza. In sintesi, è essenziale avere una visione ben ponderata, comunicare in modo efficace la missione, allocare le risorse in modo mirato e ottimale in conformità con essa, reclutare e trattenere il talento per attuare la missione dell'istituzione, e adottare processi basati sui dati per orientare tali azioni. Questi elementi sono fondamentali per favorire una cultura e un clima istituzionale positivi, necessari per conseguire con successo gli obiettivi prefissati.

Nel creare una cultura e un clima istituzionali robusti e positivi, è fondamentale riconoscere che un'istituzione diversificata, per sua stessa natura, non possiede una cultura uniforme o una percezione condivisa del clima da parte di tutti i membri. Spesso, coesistono subculture che riflettono la vasta gamma di identità tra i membri. In questo contesto, sia percezioni positive che negative del clima possono emergere nello stesso spazio e attraverso gli stessi ambiti, radicate nelle storie, eredità e nelle esperienze attuali dei membri istituzionali. Dal momento che i membri possono avere esperienze differenti o attribuire significati divergenti agli stessi eventi, modellando in maniera unica le loro percezioni del clima istituzionale, è imperativo considerare le diverse storie e le esperienze vissute, sia attuali che potenziali membri. Questo approccio è cruciale affinché tali voci siano pienamente integrate nella definizione e nell'attuazione della visione e della missione istituzionali.

Esistono dati empirici che indicano come la focalizzazione sulla cultura e sul clima istituzionali sia cruciale per promuovere con successo un ambiente istituzionale inclusivo, diversificato, accessibile ed equo, indispensabile per raggiungere l'eccellenza nell'assistenza ai pazienti, nell'istruzione, nella ricerca e nei servizi. La somministrazione efficace ed equa di servizi sanitari dipende dalla presenza di membri diversificati in tutti i settori, capaci di offrire servizi essenziali e di stimolare nuove scoperte per affrontare le problematiche sanitarie a livello globale. La selezione e il mantenimento di individui provenienti da background ed esperienze differenti, pronti a perseguire la missione e gli obiettivi dell'istituzione, possono essere potenziati attraverso una cultura e un clima istituzionali positivi che valorizzino e concretamente promuovano gli obiettivi di inclusione, diversità, accessibilità ed equità (IDA&E). L'effetto catalizzatore di cultura e clima su obiettivi IDA&E è mediato sia dalla diversità strutturale (cioè l'ampiezza e la profondità della rappresentanza di membri di comunità

correlate all'interno dell'istituzione) sia dalla diversità bidirezionale (cioè la qualità e quantità delle interazioni tra membri diversificati e la profondità/ampiezza e lo scambio di idee distinte).

Esistono diverse strategie efficaci per le istituzioni al fine di modificare la cultura e il clima in modo favorevole agli obiettivi di Inclusione, Diversità, Accessibilità ed Equità (IDA&E). Queste strategie mirano alla diffusione degli obiettivi IDA&E come parte integrante della missione. Inoltre, coinvolgono un'analisi approfondita della cultura e del clima istituzionale in relazione a tali obiettivi, coinvolgendo gruppi diversificati. L'implementazione di programmi formativi mirati è un altro elemento fondamentale, volto a potenziare l'autoefficacia nei contesti di IDA&E. Inoltre, si pone un'attenzione particolare sulla comunicazione chiara delle aspettative di responsabilità a tutti i livelli dell'istituzione.

Allo stesso modo, pratiche aggiuntive che possono influenzare positivamente la cultura e il clima istituzionale in relazione a IDA&E includono l'espressione di un tono istituzionale positivo sull'importanza di essi nell'attrarre nuovi membri, la creazione di attività accoglienti per facilitare l'inclusione di nuovi membri, e l'abilitazione di membri diversificati, specialmente quelli sottorappresentati, a esprimere la propria voce e contribuire significativamente alla guida dell'istituzione. Inoltre, l'uso di attività istituzionali strutturate, come programmi di mentoring, può sostenere individui diversificati in diverse carriere legate alle malattie infettive.

Per garantire l'efficacia di queste pratiche, è essenziale che le istituzioni abbiano una leadership organizzativa forte fin dal vertice. L'impegno nel ricercare risorse finanziarie, umane e infrastrutturali, insieme a un impegno a lungo termine su questi obiettivi di IDA&E, è cruciale per il successo di tali sforzi. Inoltre, è fondamentale comprendere la vastità e la natura che mira alla diversità in vari contesti istituzionali, riconoscendo le molteplici identità di ciascun membro. Questi investimenti sono essenziali per creare un ambiente inclusivo e diversificato che offra opportunità egualitarie per i membri attuali e futuri.

### **3.2 Esempi di strategie aziendali che promuovono l'inclusione**

Negli ultimi decenni, il mondo del lavoro ha subito una profonda trasformazione a causa di molteplici cambiamenti: demografici, socio-politico-economici, tecnologici, normativi e organizzativi. Queste dinamiche hanno portato ad una maggiore diversificazione delle aziende, che si trovano ad affrontare sfide legate alla crescente presenza femminile, all'invecchiamento

della forza lavoro, al mix intergenerazionale e all'incremento dei lavoratori stranieri dovuto a processi migratori ed espatrio. Le imprese, comprese quelle in Italia, devono oggi confrontarsi quotidianamente con l'ardua sfida di integrare individui considerati "diversi" nei luoghi di lavoro. Il riconoscimento e l'accettazione delle diversità sono diventati imperativi, influenzando le attitudini e i comportamenti in ambito lavorativo, nonché la capacità delle persone di collaborare in modo efficace. Questa crescente consapevolezza ha spinto le aziende a evolvere da una gestione indifferenziata a una gestione consapevole e diversificata.

In un contesto aziendale globale, gestire in modo efficace, efficiente ed equo la diversità delle persone, al fine di attrarle, motivarle e trattenere talenti, costituisce una sfida di rilievo. La sottolineatura dell'importanza di adottare un approccio integrato alla gestione delle diversità emerge come elemento chiave per creare un impatto significativo e trasformare il concetto di diversity management in strategie, politiche e azioni concrete. Il processo di gestione delle diversità viene delineato nel dettaglio, con una flessibilità che consente di adattarlo alle specifiche esigenze e realtà di ciascun contesto aziendale.

Il Diversity Management nella pratica rappresenta un approccio completo alla gestione delle diversità, con l'obiettivo di massimizzare i benefici potenziali e minimizzare i costi associati. Ricerche internazionali hanno ampiamente dimostrato che una gestione attenta delle diversità può comportare vantaggi economici, competitivi e reputazionali per le aziende. Tuttavia, è cruciale trovare un equilibrio tra questi benefici e considerare attentamente i costi associati al cambiamento, la coesione all'interno del gruppo, i costi organizzativi ed economici, oltre a valutare le possibili conseguenze legali, economiche e di reputazione di una gestione delle diversità poco accurata.

Nonostante la discussione sul diversity management sia presente in Italia da almeno 15 anni, molte imprese continuano a sottovalutare l'importanza delle diversità delle persone e la loro gestione in relazione agli obiettivi aziendali. Il diversity management viene presentato come un approccio organizzativo volto a migliorare i risultati attraverso la creazione di un ambiente di lavoro inclusivo, dove le caratteristiche e i bisogni unici delle persone vengono gestiti in modo diversificato, efficace, efficiente ed equo.

Un ambiente lavorativo si considera inclusivo quando ciascun individuo riconosce e apprezza la diversità delle persone, rispettando le loro sensibilità e diritti e sentendosi libero di esprimersi, sapendo di essere accettato e valorizzato. Per instaurare un tale ambiente, è necessario avviare

un processo di cambiamento culturale e organizzativo che influenzi il modo di pensare, i comportamenti, i processi e gli esiti a livello individuale, di gruppo e organizzativo. Questo processo di cambiamento può realizzarsi e mantenere nel tempo solo attraverso modifiche nelle politiche, nelle pratiche, nelle procedure, nelle routine e nelle modalità di comunicazione quotidiane. Un esempio concreto di questo cambiamento è rappresentato dal percorso intrapreso da Coca-Cola North America dal 2002, dopo un'azione legale che ha comportato all'azienda una spesa di 192,5 milioni di dollari per discriminazione razziale. Coca-Cola ha integrato la diversità tra i suoi valori, trasformando una lacuna in una strategia aziendale e attuandola con azioni pratiche in ambiti quali reclutamento, selezione, remunerazione, gestione delle performance, formazione e lavoro di gruppo. Il Diversity Management è diventato parte integrante della vision aziendale di Coca-Cola, sottolineando la sua natura dinamica e globale. Per agevolare l'adozione del diversity management da parte delle aziende, l'articolo propone un processo integrato di gestione delle diversità composto da 8 fasi. Questo processo segue una struttura normativa nelle sue fasi, ma offre alle organizzazioni la flessibilità di adattarlo alla loro realtà specifica. Inoltre, consente alle organizzazioni di definire il livello e le modalità di partecipazione, integrando in modo coordinato i livelli strategico, progettuale e operativo.

### **3.2.1 Livello strategico: formulare una nuova vision aziendale**

Implementare il diversity management a livello strategico implica una riflessione e ridefinizione dei principi e dei valori dell'organizzazione, integrando la gestione delle diversità. Questa fase iniziale del processo parte dall'esplicitazione di tre elementi chiave: la missione dell'organizzazione, i valori sottostanti e le motivazioni che spingono l'organizzazione a considerare importanti le diversità e la loro gestione per il successo aziendale. Una volta definiti questi elementi, i vertici aziendali possono costruire una nuova visione e allocare le risorse necessarie in termini finanziari, tecnologici, umani e temporali.

Ad esempio, ABB, multinazionale elettrotecnica svizzero-svedese con sede a Zurigo e operante nella robotica, nell'energia e nell'automazione in oltre 100 paesi, basa il suo approccio al diversity management sui valori di inclusione, rispetto, lotta alla discriminazione e promozione delle pari opportunità, considerando il diversity management essenziale per supportare le persone nel raggiungere il loro massimo potenziale, promuovere l'innovazione e comprendere meglio i bisogni dei clienti. Virgin America, compagnia aerea low-cost major, nel suo Diversity

Statement, sottolinea l'importanza di unire menti forti con background diversi per creare un ambiente in cui le persone amano lavorare insieme.

Durante la formulazione di una nuova visione aziendale, è utile prevedere sessioni educative/formative sulla diversità e la sua gestione per sensibilizzare i vertici aziendali sulle opportunità e le sfide connesse. Coinvolgere i vertici aziendali è cruciale, poiché sono loro a dover agire direttamente per attuare il cambiamento pianificato e stimolare la consapevolezza e l'attenzione dei lavoratori. Le attività educative/formative dovrebbero essere pratiche, interattive e provocatorie, utilizzando casi di studio concreti.

Le attività educative/formative possono essere progettate con tre principali finalità: aumentare la consapevolezza sugli stereotipi, sviluppare competenze per interagire in modo costruttivo con le diversità nei luoghi di lavoro e integrare i concetti della diversità in tutta l'organizzazione, trasformando i linguaggi e le modalità di lavoro per includere la diversità. Una volta definiti i principi guida del diversity management, occorrerà definire obiettivi a medio termine e piani per tradurre questi principi in politiche e pratiche di diversity management a livello progettuale.

### **3.2.2 Livello progettuale**

A livello progettuale, l'azienda dovrà definire gli elementi chiave del processo, compresi attori, dimensioni da gestire in modo diversificato, linee di azione, politiche e pratiche di gestione. In questa fase, l'azienda può decidere di istituire specifici ruoli organizzativi, come diversity manager, gruppi di lavoro, persone incaricate della promozione del diversity management o network di lavoratori, chiarendo le responsabilità loro affidate.

Alcune aziende avanzate nella gestione delle diversità, come AT&T, Baxter, Coca-Cola, IBM, L'Oreal, Sodexo e Virgin, hanno creato ruoli o unità organizzative dedicate. Esempi di questi ruoli sono: Diversity & Inclusion Leader (manager responsabile della gestione delle diversità delle persone in azienda); Diversity & Inclusion Board o Committee (gruppi dedicati al tema, che dispongono di un budget di spesa, cui partecipano diversi senior manager guidati dal Diversity & Inclusion Leader che hanno il compito di discutere e definire le linee di azione che l'azienda deve seguire in ambito di strategia, politica e pratiche di diversity); Diversity & Inclusion Steering Committee (gruppi di persone provenienti da tutte le funzioni di business, che hanno la responsabilità di assicurare la traduzione in pratiche operative della politica di diversity); Diversity Champion (persone che promuovono all'interno dell'azienda i valori del

diversity management favorendo il cambiamento culturale attraverso i loro comportamenti e le loro azioni quotidiane), Employee Network Group (gruppi di lavoratori auto-definiti a partecipazione volontaria, allineati con la vision e i valori aziendali e aperti a tutti, che vengono organizzati sulla base di specifiche affinità o interessi comuni).

In Italia, la presenza di un ruolo dedicato alla gestione delle diversità è ancora limitata, come evidenziato da un'indagine condotta nel 2015 dal Diversity Management Lab della SDA Bocconi su 150 aziende italiane con oltre 250 dipendenti. Il processo di sviluppo inizia con un'analisi dettagliata del contesto interno ed esterno dell'azienda per individuare le diverse componenti che richiedono un approccio differenziato. L'analisi esterna implica la mappatura delle diversità presenti nel mercato del lavoro nazionale, nei mercati serviti e tra i clienti, tenendo conto sia del contesto attuale che di quello futuro. L'analisi interna approfondisce la comprensione delle diversità presenti in azienda, considerando la distribuzione tra ruoli e funzioni. È essenziale considerare le leggi nazionali e internazionali contro la discriminazione, così come quelle che regolamentano specifiche categorie di lavoratori. Dopo l'analisi, si può coinvolgere il personale attraverso apposite indagini interne per rilevare credenze, paure, difficoltà, desideri e bisogni legati alle diversità e alla loro gestione. Sulla base di queste analisi, l'azienda può classificare le diversità e/o i bisogni in base alla loro importanza e alla priorità di azione assegnata. Successivamente, si procede con la selezione delle linee guida per l'azione. L'azienda può decidere se conformarsi alle normative per evitare danni alla reputazione o cercare opportunità per creare valore aggiunto. Le linee guida influenzano la politica e le pratiche adottate. La fase successiva è la definizione della politica di gestione della diversità, che formalizza l'approccio dell'azienda alle diversità e alla loro gestione, insieme agli obiettivi a medio-lungo termine. Questi obiettivi sono selezionati e pianificati tenendo conto delle criticità e delle opportunità legate a ciascuna diversità.

Infine, l'HR Manager e il D&I Manager coinvolgono i responsabili di funzione o divisione per tradurre la politica in piani operativi, definendo obiettivi a breve termine e azioni necessarie. In questa fase, potrebbero coinvolgere rappresentanti sindacali e/o dei lavoratori, utilizzando strumenti partecipativi come indagini di clima e blog per favorire un approccio più inclusivo. Ogni obiettivo viene affrontato con soluzioni operative specifiche, delineando le aree coinvolte, i risultati attesi, le risorse necessarie, gli indicatori di risultato e le responsabilità. Si tiene anche conto delle soluzioni già presenti in azienda che possono essere integrate o migliorare.

### **3.2.3 Livello operativo: la realizzazione di quanto progettato**

A livello pratico, l'azienda mette in atto e comunica la strategia di gestione della diversità, seguendo le direttive stabilite a livello strategico (vision) e programmatico (politica e pratiche). Questo processo si concentra sulla sorveglianza e sulla valutazione dei risultati derivanti dalla gestione della diversità, sia a livello individuale che organizzativo.

Per trasformare il progetto di gestione della diversità in azioni concrete, l'HR Manager e il D&I Manager devono coinvolgere non solo i manager di linea, i quali sono responsabili dell'attuazione delle soluzioni organizzative, ma anche tutti gli altri dipendenti. È tramite le parole, i comportamenti e le azioni di ciascun individuo che la gestione della diversità prende vita.

Per favorire la partecipazione delle persone nella gestione delle diversità, l'azienda può sfruttare sia leve di motivazione estrinseca che intrinseca. Le strategie di motivazione estrinseca includono l'implementazione di sistemi di ricompense, vincolando una parte della retribuzione variabile al raggiungimento degli obiettivi di diversity management. Un esempio tangibile di questa pratica è stato adottato da Intel (azienda multinazionale statunitense che produce dispositivi a semiconduttore, microprocessori, componenti di rete, chipset per schede madri, chip per schede video e molti altri circuiti integrati). Allo stesso modo, Sodexo ha legato una percentuale del bonus degli executive e dei manager ai risultati di diversità misurati attraverso una score-card.

Le strategie di motivazione intrinseca, invece, coinvolgono processi di apprendimento mirati all'armonizzazione dei valori e dei comportamenti personali con quelli aziendali, promuovendo l'inclusione e l'integrazione delle diversità. Ricerche recenti mettono in luce l'efficacia di reti di lavoratori, programmi di mentoring diversificati e la formazione di gruppi multifunzionali volti a favorire l'inclusione all'interno dell'ambiente lavorativo.

Una volta completata la fase progettuale e ottenuto l'impegno delle persone nel diversity management, l'azienda deve tradurre le politiche e le pratiche in azioni concrete. Alcuni esempi contestualizzati includono Autogrill, che offre supporto alle neomamme con un maternity tutor e agevolazioni legate al lavoro part-time e Unicredit, che promuove la maternità attraverso il programma Maam, un'iniziativa basata sul "life-based learning", che rivolge lo sguardo al periodo di maternità come un'opportunità per lo sviluppo di nuove competenze e la costruzione

di un'identità più robusta, fungendo da motore per la crescita personale e professionale. Questo programma offre un percorso completo su una piattaforma digitale, accompagnando l'individuo prima, durante e dopo il periodo di congedo.

Attraverso il life-based learning, il programma riconosce che la maternità è un capitolo cruciale nella vita di una persona, e si propone di trasformare questo momento in un'esperienza formativa significativa. La piattaforma digitale fornisce risorse, corsi e supporto personalizzato, permettendo alle persone di acquisire nuove competenze, consolidare la propria identità e prepararsi per il ritorno al lavoro in modo più forte e consapevole.

Durante il periodo di congedo, la piattaforma offre contenuti educativi, strumenti di sviluppo personale e opportunità di networking. Prima del congedo, viene fornito un supporto mirato per la pianificazione del percorso di carriera post-maternità. Dopo il congedo, la piattaforma continua a offrire risorse per agevolare la transizione, aiutando le persone a reintegrarsi nel contesto professionale con successo.

Questo approccio innovativo non solo valorizza il periodo di maternità come un'opportunità di crescita, ma dimostra l'impegno dell'azienda nel sostenere lo sviluppo personale e professionale dei propri dipendenti attraverso tutte le fasi della vita.

Sul fronte del multiculturalismo, Autogrill ha implementato soluzioni specifiche in diversi paesi, utilizzando questionari per identificare le esigenze dei dipendenti e sviluppando strumenti per promuovere il management multiculturale.

È di vitale importanza comunicare sia internamente che esternamente l'impegno e le azioni intraprese per promuovere il rispetto, la valorizzazione, l'inclusione e l'integrazione delle diversità. Le iniziative di comunicazione interna sensibilizzano i dipendenti sulle opportunità disponibili, mentre la comunicazione esterna contribuisce a consolidare l'immagine positiva dell'azienda. Premi e riconoscimenti, come quelli conferiti durante l'European Diversity Awards, giocano un ruolo significativo nel rafforzare il posizionamento dell'azienda nel settore. Affinché le soluzioni di diversity management siano sostenibili nel tempo, è essenziale valutare i risultati ottenuti. Questa valutazione, basata su indicatori di performance quantitativi e qualitativi, consente di adattare il processo nel corso del tempo. La comunicazione dei successi, sia all'interno che all'esterno dell'organizzazione, non solo rafforza l'impegno aziendale ma

garantisce anche le risorse necessarie per sostenere un cambiamento culturale e organizzativo continuo.

## **Capitolo 4: Inclusione e Performance Operativa**

### **4.1 Gestione della diversità del paziente**

Il concetto di competenza culturale sta guadagnando crescente importanza nei settori dei servizi sanitari e socioassistenziali, come nel campo infermieristico (Leininger, 1978, 1995; Campinha-Bacote, 1999, 2002; Purnell, 2002; Purnell e Paulanka, 2008), medico (Betancourt et al, 2002), salute mentale (Pedersen e Marsel, 1982; Sue, 1998; Sue et al, 2009; Adamson et al, 2011) e sociale (Gallegos, 1982; Green, 1982; Sue, 2006). In diversi paesi, specialmente quelli con una tradizione anglosassone, la competenza culturale si riferisce alla presenza, nei sistemi sanitari nazionali o locali, di una strategia globale per affrontare le disuguaglianze nella salute e nell'assistenza sanitaria rivolta ai migranti e alle minoranze etniche (Brach e Fraser, 2000). Anche in Italia, questo approccio ha iniziato a influenzare i programmi di alcune aziende sanitarie volti a migliorare l'accessibilità ai servizi e l'appropriatezza delle cure per la popolazione immigrata (Chiarenza, 2006).

La definizione ormai consolidata fornita da Cross et al (1989) concepisce la competenza culturale come "Un insieme di comportamenti, atteggiamenti e politiche coerenti su cui si basa un sistema, un'agenzia o un gruppo di professionisti e che consente a tale sistema, agenzia o gruppo di professionisti di operare efficacemente in contesti interculturali. Si utilizza la parola 'cultura' poiché implica un modello integrato di comportamenti umani che comprende modi di pensare, comunicare, agire, tradizioni, credenze, valori e istituzioni di un gruppo sociale. La parola 'competenza' è utilizzata perché implica la capacità di operare in modo efficace".

Questa definizione è stata adottata da molti sistemi sanitari occidentali e tradotta in strategie per migliorare la competenza culturale degli operatori attraverso specifici percorsi formativi, mirando a rendere l'offerta sanitaria più adatta alla diversità multiculturale, con interventi di adattamento nei percorsi, nelle procedure e nell'organizzazione. Recentemente, le ricerche e

l'esperienza acquisita nei servizi hanno alimentato un vivace dibattito, mettendo in discussione in alcuni casi l'efficacia stessa della competenza culturale nel superare le barriere nell'accesso e nell'assistenza per la popolazione immigrata e le minoranze etniche (Johnson e Munch, 2009). L'obiettivo di questo articolo è analizzare criticamente il concetto di competenza culturale nel contesto migratorio e nei servizi in Europa, con l'intento di individuare modalità innovative di rispondere alla diversità nei servizi sanitari, focalizzandosi sull'unicità dell'individuo e superando l'identità etnica o culturale, al fine di garantire un trattamento equo per tutti. Le radici del concetto di competenza culturale possono essere individuate nel contesto sociale e politico degli anni '60 e '70, particolarmente negli Stati Uniti, in cui i movimenti per i diritti civili promuovevano il rispetto delle differenze culturali e richiedevano interventi per ridurre le disparità razziali ed etniche nella società (McKenzie, 2008). Questi movimenti politici si focalizzavano sul diritto dei gruppi di minoranza di preservare la propria identità etnica e culturale, rappresentando una reazione al periodo precedente di assimilazione culturale paternalistica. Questo clima politico ha fortemente influenzato le dinamiche sociali negli ambienti di vita e di lavoro nei decenni successivi. Nel tempo, i programmi di formazione per operatori sanitari e sociosanitari hanno integrato sempre più tematiche legate alle disuguaglianze etniche nella salute e all'impatto della diversità culturale sui servizi (Rothman, 2008).

Attualmente, negli Stati Uniti, sono ampiamente diffusi percorsi formativi specifici, linee guida e modelli di buone pratiche orientati allo sviluppo di servizi sanitari culturalmente competenti. La qualifica di essere un'organizzazione sanitaria culturalmente competente è diventata un requisito di qualità verificato attraverso indicatori specifici (OMH, 2001), e in alcuni stati dell'Unione, la formazione degli operatori su questi temi è diventata un obbligo di legge.

Le concezioni esistenti convergono nell'affermare che la competenza culturale sia un modo efficace di rispondere alle esigenze dei diversi gruppi etnici nei servizi sanitari, ed è una competenza che può essere insegnata, appresa e trasformata in una capacità specifica degli operatori. Secondo questo approccio, un servizio sanitario può considerarsi culturalmente competente quando è in grado di riconoscere l'importanza della cultura nella relazione medico-paziente, promuovere la conoscenza delle diverse culture e perseguire l'adeguamento dei servizi alle specifiche esigenze culturali (Cross et al, 1989). Questo implica, innanzitutto, coinvolgere gli operatori sanitari in un processo di apprendimento continuo per acquisire: i) sensibilità e consapevolezza sull'impatto della diversità culturale nella relazione di cura; ii) conoscenze sulle

caratteristiche, tradizioni e norme culturali di particolari gruppi etnici; iii) competenze relazionali nel rispetto di credenze, preferenze, ruolo della famiglia e modalità di rappresentare la malattia del paziente (Anand, 1999; Carrillo et al, 1999; Betancourt et al, 2002; Beach et al, 2005). In secondo luogo, significa prestare attenzione alla diversità culturale nella programmazione e gestione dei servizi sanitari. Anderson et al (2003), dopo aver analizzato diversi modelli esistenti si possono identificare cinque principali aree di intervento affinché un'organizzazione sanitaria possa essere considerata culturalmente competente: i) implementare una politica di reclutamento del personale che rifletta la diversità culturale della comunità servita; ii) fornire servizi di interpretariato; iii) sviluppare programmi formativi per accrescere la competenza culturale degli operatori; iv) creare materiali informativi e di educazione sanitaria multilingue e adatti alle diverse culture; v) offrire servizi sanitari specifici rivolti ai gruppi etnici di minoranza. Questa concezione di competenza culturale, applicata sia all'individuo che all'organizzazione, sottolinea l'importanza della cultura e la necessità di comprendere le diverse culture. Tuttavia, rimane ambiguo il modo in cui operatori sanitari e responsabili dei servizi interpretano e applicano questi concetti nella pratica assistenziale. Non è chiara la portata della comprensione e dell'adozione di tali principi nella realtà quotidiana delle cure e dei servizi, sollevando interrogativi sulla reale efficacia di tali approcci. L'analisi di queste dinamiche diventa fondamentale per valutare la trasformazione dei concetti teorici in azioni tangibili e migliorare così la qualità dell'assistenza sanitaria offerta a individui appartenenti a diverse comunità culturali. Un ulteriore passo avanti potrebbe consistere nel rendere questi principi più concreti e facilmente applicabili nella pratica quotidiana, al fine di garantire un'assistenza veramente centrata sul paziente e rispettosa della diversità culturale. Nonostante siano state condotte numerose ricerche su questo argomento, siamo ancora lontani dal definire in modo chiaro cosa costituisca la competenza culturale nell'ambito dei servizi sanitari. Kumas-Tan et al. (2007), dopo aver esaminato gli strumenti comunemente utilizzati per valutare la competenza culturale degli operatori sanitari, hanno sollevato dubbi non solo sulla affidabilità di tali strumenti, ma anche sul significato stesso di competenza culturale. Loro sostengono che, sebbene la competenza culturale debba essere applicata nei confronti di vari gruppi sociali identificati per età, sesso, origine, status sociale, abilità fisiche, religione e orientamento sessuale, i modelli esistenti spesso presentano il concetto di cultura come sinonimo di etnia. Inoltre, la cultura viene spesso rappresentata come un concetto appartenente solo all'altro, come se gli operatori sanitari stessi non ne avessero una. In questa prospettiva, l'altro diventa il problema, e l'altro è considerato un soggetto di conoscenza specifica che deve

essere insegnato e appreso. Questo approccio implicitamente suggerisce che alcune persone siano culturalmente o etnicamente diverse, mentre altre no. Tuttavia, le esperienze di cura sono intrinseche delle interazioni tra la cultura del servizio sanitario, la cultura dell'operatore e la cultura del paziente. Queste interazioni avvengono in un contesto socioeconomico, politico e temporale specifico che influisce e plasma tali esperienze.

Secondo Kumas-Tan et al. (2007), questa concezione della competenza culturale riflette una visione del mondo in cui la cultura è vista come una barriera nel rapporto con l'altro, che gli operatori sanitari devono affrontare quando interagiscono con persone appartenenti a gruppi etnici di minoranza. L'immagine che emerge è quella di un operatore sanitario occidentale culturalmente competente, dotato di conoscenze e competenze specifiche, in grado di interagire con diverse comunità etniche. L'ipotesi sottostante a questo approccio è che maggiore sia la conoscenza di un'altra cultura, maggiore sia la competenza nella pratica, ma tale prospettiva solleva interrogativi critici sulla reale efficacia di questa correlazione. Questa complessa situazione viene ulteriormente confermata dalla constatazione che i corsi di formazione destinati agli operatori sanitari si concentrano spesso sull'acquisizione di conoscenze relative alla cultura, alle tradizioni, ai valori, ai modelli familiari e ai comportamenti specifici dei vari gruppi etnici (Adams, 1995). Tuttavia, le influenze culturali permeano vari aspetti della salute, quali l'aderenza ai percorsi di cura, la concezione del corpo, l'interpretazione dei sintomi e le strategie per affrontare le malattie (Kleinman e Benson, 2006). Nonostante ciò, collegare la cultura alla competenza diventa problematico, poiché diventa complesso immaginare che la conoscenza culturale possa essere ridotta a una tecnica misurabile.

Engebretson et al. (2008) evidenziano la non realistica di acquisire conoscenza su tutte le culture e la difficoltà degli operatori nel trasformare le conoscenze generalizzate su un gruppo etnico specifico in un'applicazione adeguata alle esigenze di un singolo paziente appartenente a quel gruppo. Analogamente, Johnson e Munch (2009) esprimono preoccupazioni in merito all'adozione da parte dell'associazione americana degli assistenti sociali di standard specifici di competenza culturale per i loro operatori. Sostengono che focalizzare la competenza degli operatori principalmente sulla conoscenza delle culture diverse contraddice il cuore della professione di assistente sociale, che si basa sulla comprensione dei problemi e delle situazioni vissuti dalla persona assistita. Pertanto, suggeriscono che gli assistenti sociali dovrebbero trarre insegnamenti dalla conoscenza diretta e dall'esperienza individuale, ascoltando e valorizzando le narrazioni e le rappresentazioni dei problemi fornite dai singoli.

Domenig (2007) propone che gli operatori infermieristici, per interagire efficacemente con i pazienti immigrati, dovrebbero possedere "abilità transculturali", ossia la capacità di comprendere i bisogni in base alla specifica situazione del migrante nei vari contesti di vita e di sviluppare strategie assistenziali adeguate. Criticando il modello di "transcultural nursing" di Leininger (1978), Domenig sostiene che l'esperienza dei migranti non può essere compresa utilizzando modelli rigidi e atemporali di specifici "gruppi culturali". In sintonia con questa prospettiva, Kleinman e Benson (2006) avvertono che presentare le culture come entità isolate rischia di generare stereotipi e di trascurare le differenze all'interno di uno stesso gruppo etnico. Riconoscono che tra le persone di uno stesso gruppo etnico esistono diversità in termini di genere, età, status sociale e orientamento sessuale, enfatizzando che le persone non appartengono a un unico gruppo sociale. Pertanto, affermano che non si può parlare di bisogni unici di una cultura, poiché i bisogni delle persone derivano dall'intersezione di molteplici identità. Maggiore è il numero di diversità considerate dagli operatori sanitari, minore è la possibilità di conoscere la cultura del paziente in anticipo. Se accettiamo l'idea che esistano differenze all'interno dello stesso gruppo etnico, è essenziale riflettere su come gli operatori debbano gestire l'identità di gruppo e quella individuale durante l'incontro con il paziente. Emergerebbe una contraddizione se gli operatori, nel tentativo di essere sensibili alle caratteristiche identitarie collettive, finissero per favorire i diritti del gruppo etnico a scapito di quelli individuali. Epstein (2009) esplora questa contraddizione, sostenendo che ridurre l'identità di un individuo esclusivamente alla sua origine etnica o di gruppo risulta in una forma di "razzismo rovesciato". Afferma che ogni forma di riduzionismo culturale che consideri una cultura minoritaria come qualcosa di chiuso entro i propri confini rischia di relegarla in un "ghetto di orgoglio", rinforzandone isolamento e stagnazione. Epstein avverte che dove troviamo una rigida identità di gruppo spesso vediamo forti opposizioni piene di violenza e sottolinea che, sebbene "opposizione" e "identità" siano modelli complementari della vita sociale, non escludono una terza categoria, quella della "diversità". Sottolinea che gli individui possiedono molte caratteristiche che li rendono diversi, ma non necessariamente opposti gli uni agli altri. Pertanto, mettendo in primo piano l'importanza dell'identità collettiva, assumendo che l'identità individuale sia principalmente modellata dall'appartenenza a una comunità etnica, si rischia di esacerbare le divisioni ideologiche, culturali e sociali all'interno e tra le comunità. Al contrario, accettare l'esistenza di differenze all'interno dello stesso gruppo aiuta a riconoscere la molteplicità delle identità e, di conseguenza, l'unicità di ogni individuo.

La possibilità che la formazione degli operatori si concentri eccessivamente sulle dinamiche culturali è stata messa in evidenza da diverse ricerche. Uno studio condotto da Tervalon e Murray-Garcia nel 1998 ha sottolineato i rischi associati a un'interpretazione troppo limitata del concetto di competenza culturale. In particolare, la pericolosa convinzione che la competenza culturale possa essere trasformata in una sorta di abilità tecnica potrebbe portare all'errore di considerare i migranti come appartenenti a categorie culturali tipiche e stabili. Di conseguenza, si potrebbe cercare soluzioni che si basino su modelli predefiniti appresi e applicabili nella pratica clinica.

Secondo Tervalon e Murray-Garcia (1998) l'obiettivo della formazione per gli operatori non dovrebbe essere tanto l'acquisizione di una competenza culturale, quanto piuttosto la coltivazione di una "umiltà culturale". Per loro, ciò implica la capacità degli operatori di impegnarsi in un costante processo di autoriflessione e autocritica. Attraverso queste pratiche, gli operatori possono sviluppare un atteggiamento sufficientemente umile e flessibile per comprendere e correggere gli squilibri di potere presenti nelle dinamiche della comunicazione medico-paziente. Questo approccio pone al centro il processo di autoconsapevolezza e autocritica, in cui l'operatore cerca di creare un contesto relazionale che permetta al paziente di raccontare la propria esperienza di malattia.

Secondo questa prospettiva, è il paziente che deve indicare se ci sono aspetti culturali da considerare nel processo di cura, mentre l'operatore dovrebbe concentrarsi sulla creazione di un ambiente relazionale che favorisca la narrazione dell'esperienza di malattia da parte del paziente. In questo modo, l'esperienza del paziente può essere collocata all'interno di un contesto etnico e sociale definito dal paziente stesso (Kleinman e Benson, 2006).

Per supportare questa prospettiva, Ben-Ari e Stirer (2010), basandosi sulla teoria di Levinas, sostengono che la formazione degli operatori dovrebbe concentrarsi sul migliorare della relazione con l'altro, anziché perseguire una conoscenza irraggiungibile dell'altro. Questo implica adottare un atteggiamento di totale apertura verso la diversità. L'accettazione dell'idea che non sia possibile acquisire una conoscenza a priori dell'altro rende più evidente che la conoscenza dell'operatore può essere arricchita solo attraverso l'esperienza della relazione con l'altro. Pertanto, solo il paziente può guidare l'operatore sanitario nella comprensione di come l'interazione tra cultura, etnia, genere, età e religione contribuisca a plasmare l'identità individuale, chiarificando la rilevanza e l'effetto di questa interazione nell'esperienza di

malattia. L'umiltà diventa così un prerequisito cruciale nel percorso di cura, in quanto l'operatore sanitario rinuncia al ruolo di esperto in favore del paziente.

Un ulteriore avanzamento nella ridefinizione del concetto di competenza culturale proviene dal concetto di 'sicurezza culturale', che mette in luce come gli approcci basati sulla competenza o sensibilità culturale spesso trascurino un'analisi critica delle strutture sociali entro cui si svolgono le interazioni assistenziali. Ramsden (2002), nel suo lavoro di dottorato, spiega che il concetto di sicurezza culturale si colloca all'interno della teoria della critica sociale, poiché costantemente mette in discussione i rapporti di potere tra operatori sanitari e pazienti, nonché il loro legame con i più ampi contesti storici e politici. Secondo Ramsden, senza un'adeguata considerazione di tali fattori, gli operatori non sviluppano una consapevolezza sufficiente degli squilibri di potere presenti nella relazione di cura e nella società. Al contrario, vengono abituati a operare all'interno delle strutture di potere esistenti. La decostruzione di questi squilibri di potere nel rapporto tra medico/infermiere e paziente diventa essenziale per stabilire relazioni terapeutiche improntate a comprensione, fiducia, rispetto ed empatia. Questo approccio consente di creare un ambiente di cura "culturalmente sicuro", dove non vi è aggressione, sfida o negazione delle identità coinvolte (Whanau Kawa Whakaruruhau, 1991).

In Europa, a differenza degli Stati Uniti, l'attenzione alla diversità non è tanto focalizzata sui bisogni di gruppi etnici consolidati quanto su quelli dei nuovi flussi migratori che si sono intensificati dalla fine degli anni '80. Negli ultimi anni, l'immigrazione ha subito cambiamenti radicali, non solo con un aumento significativo del saldo migratorio, ma anche con una maggiore eterogeneità nei paesi di origine. Rispetto alle grandi ondate migratorie del dopoguerra, assistiamo ora all'arrivo di piccoli gruppi nazionali, con differenze giuridiche e sociali più accentuate, meno organizzati e meno radicati nei paesi di destinazione. Questa situazione è evidente anche in Italia, dove la presenza di cittadini stranieri con differenti status giuridici e appartenenti a numerose nazionalità è una realtà complessa: lavoratori stabili, migranti irregolari, lavoratori stagionali, richiedenti asilo e rifugiati con diritto asilo politico riconosciuto.

Questo panorama diventa ancor più intricato a livello locale, dove si sviluppa il contatto con i servizi sanitari e sociali. Ad esempio, in una città del nord Italia come Reggio Emilia, con una percentuale di immigrati pari al 13,1% sulla popolazione residente, si contano circa 150 nazionalità diverse e oltre 100 lingue parlate (Dossier statistico immigrazione, 2015). La

diversificazione è ulteriormente accentuata dalla "super-diversità", un concetto introdotto da Vertovec (2008), che evidenzia la trasformazione della diversità stessa. In questo contesto, la nozione di diversità, precedentemente associata a poche comunità etniche, si evolve per considerare non solo differenze culturali, linguistiche e religiose, ma anche varie altre caratteristiche individuali e posizioni sociali che influenzano i processi di integrazione sociale (Phillmore, 2011). La sfida dell'integrazione in Europa è complicata dalle procedure burocratiche, dai tempi lunghi per il riconoscimento dello status di rifugiato e dagli ostacoli all'accesso alle prestazioni sanitarie. Il progetto europeo HealthQuest (2009) ha evidenziato che le complesse procedure burocratiche e i ritardi nel riconoscimento dello status rifugiato spesso rendono difficile o addirittura impossibile l'accesso alle cure mediche. Gli immigrati irregolari affrontano ulteriori sfide, limitati all'accesso solo per cure urgenti e imprescindibili, con scarsa informazione sui propri diritti e la paura di essere segnalati alle autorità.

Pertanto, comprendere e affrontare le disuguaglianze nella salute e nell'accesso alle cure richiede un'analisi che consideri lo status migratorio, la situazione lavorativa e abitativa, e la condizione di emarginazione, andando oltre le sole caratteristiche culturali e linguistiche della popolazione immigrata. In Europa, i nuovi migranti sono più propensi a rivendicare diritti di partecipazione e maggiore inclusione sociale, a differenza degli Stati Uniti, dove le minoranze etniche hanno spesso cercato strutture separate in politica, diritto, educazione e società (Kymlicka, 2001).

Come evidenziato in precedenza, gli approcci che si basano su "checklist culturali", spesso adottati nell'applicare il concetto di competenza culturale nei servizi, non solo si rivelano insufficienti, ma rischiano di rafforzare il modello paternalistico ed etnocentrico di cura che si propone di superare. Lo sviluppo di percorsi formativi per operatori sanitari e sociali basati sulla presunta conoscenza delle diverse culture o sulla semplificazione delle credenze e delle norme culturali relative alla salute non consente la comprensione dei bisogni individuali né tiene conto degli effetti storici e strutturali sulle relazioni di cura. Di conseguenza, diventa essenziale andare oltre la cultura di riferimento del paziente, esaminando le relazioni tra origine, genere, età, status giuridico, abilità fisica e altre posizioni sociali.

L'impatto della "super-diversità" sulle politiche di welfare e sanitarie richiede cambiamenti sostanziali nell'approccio degli operatori e dei responsabili dei servizi agli utenti. Il personale sanitario dovrebbe imparare dal paziente, ascoltando e dando risalto alla sua storia di malattia

anziché basarsi su nozioni preconcepite relative alle diverse culture. Gli operatori dovrebbero impegnarsi in percorsi di autoriflessione e autocritica per gestire gli squilibri di potere nella comunicazione clinica, superando l'idea di acquisire "cross-cultural skill" e sviluppando una maggiore conoscenza critica che riconosca e affronti le forme di ingiustizia, discriminazione e iniquità impattanti sulla salute del paziente.

Nel contesto della nuova migrazione, le aziende sanitarie devono non solo cambiare il modo in cui formano e addestrano gli operatori, ma anche come sono organizzati ed erogati i servizi sanitari. Un esempio significativo è il modello "migrant-friendly hospitals" adottato nell'Azienda Usl di Reggio Emilia. In questo approccio, le azioni di miglioramento non sono interventi frammentari, ma fanno parte di un quadro più ampio di sviluppo organizzativo, migliorando sia l'accesso ai servizi che la qualità delle cure e dell'assistenza alla popolazione immigrata.

Come illustrato, le aziende sanitarie devono concentrarsi su diversi ambiti e strati di vulnerabilità per promuovere l'equità di accesso e trattamento per tutti. Porre attenzione sulle differenze favorisce una valutazione caso per caso dei bisogni delle persone che entrano in contatto con i servizi, indipendentemente dalle loro caratteristiche sociali e culturali. Questo approccio implica l'attuazione dei principi di equità e rispetto della diversità: equità come parità di opportunità di salute e trattamento, e diversità come riconoscimento e valorizzazione delle differenze. Gli obiettivi specifici perseguiti dovrebbero includere lo sviluppo di politiche e forme di governance per promuovere l'equità, l'individuazione e la riduzione delle barriere all'accesso, la fornitura di prestazioni centrate sulla persona, l'assicurazione di opportunità di coinvolgimento e partecipazione nella pianificazione e valutazione dei servizi, e l'impegno a promuovere l'equità al di fuori dei servizi sanitari attraverso reti e collaborazioni intersettoriali.

#### **4.2 Gestione del personale e coinvolgimento dei dipendenti: il caso delle Carte della Diversità.**

Diverse fonti e ricerche indicano che la composizione del personale all'interno di un servizio sociosanitario può costituire un vantaggio per affrontare in modo più efficace le sfide legate alla domanda di salute. Inoltre, gli studi dimostrano che le organizzazioni sociosanitarie che affrontano in modo sistematico e strategico la questione della diversità e dell'inclusione sono in

grado di generare e offrire prodotti, servizi e prestazioni di migliore qualità. Questo approccio contribuisce anche a creare organizzazioni più efficienti ed efficaci, con un impatto significativo sulla riduzione dei costi. L'adozione di politiche di inclusione per un personale con diverse caratteristiche non può più essere rimandata, specialmente in una società che sta progressivamente diventando sempre più globalizzata. La sfida per i servizi sociosanitari si presenta su due fronti distinti: uno di natura politico-strategica, legato all'approccio e all'adesione dei vertici organizzativi sulla questione della diversità e dell'inclusione, e uno a livello di gestione operativa mirata a mettere al centro le persone. Questo secondo livello mira sia a facilitare l'espressione delle loro capacità e competenze, impattando positivamente sull'organizzazione, sia a gestire in modo inclusivo i loro bisogni durante tutto il loro ciclo di vita, sia a livello aziendale che personale. Il discorso attuale sulla diversità e inclusione si concentra sull'engagement senza creare barriere basate su differenze di genere, età, nazionalità, identità sessuale, religione, abilità fisiche, background socioeconomico, e così via. Promuovere la consapevolezza su questi temi significa anche favorire un cambiamento sociale. Viviamo in un mondo complesso e interconnesso in cui la diversità, plasmata dalla globalizzazione e dal progresso tecnologico, costituisce il tessuto della società moderna, e i luoghi di lavoro riflettono le dinamiche socioculturali in gioco nella nostra vita. La diversità sul posto di lavoro si configura come una risorsa preziosa per organizzazioni, servizi, dipendenti e stakeholder. Essa promuove l'innovazione, la creatività e l'empatia più efficacemente rispetto ad ambienti di lavoro omogenei, dove il conformismo e l'omologazione rappresentano un rischio concreto. Le aziende sociosanitarie, sia pubbliche che private (con queste ultime che hanno abbracciato la sfida da qualche anno), stanno constatando che sostenere e promuovere un ambiente di lavoro diversificato e inclusivo si traduce in benefici reali per la salute dei dipendenti e degli utenti dei servizi. Un legame profondo sussiste tra diversità e i molteplici vantaggi che essa apporta a un'organizzazione: maggiore creatività, governance più solida e capacità di problem solving migliorate. I dipendenti con background diversi portano con sé prospettive, idee ed esperienze uniche, contribuendo a creare organizzazioni resilienti ed efficienti, superando quelle che trascurano gli investimenti nella diversità. In un contesto in cui flessibilità e versatilità sono sempre più chiavi del successo, un ambiente culturalmente diversificato emerge come il modo migliore per acquisire tali qualità. I "millennial" rivestiranno un ruolo fondamentale nelle decisioni che influenzano le culture aziendali e la vita delle persone. Questa generazione affronta la diversità con una prospettiva originale, vedendola come una fusione di esperienze, background e prospettive individuali. Negli ultimi tempi, le organizzazioni del lavoro,

specialmente nel settore sociosanitario, stanno destinando crescenti risorse a iniziative relative alla diversità e all'inclusione. Questi interventi sono spesso motivati da principi etici o sociali, andando oltre la mera considerazione economica. Tuttavia, è fondamentale prestare attenzione, poiché in alcuni casi queste iniziative potrebbero essere solo una verniciatura di parole e dichiarazioni forti, mirate a creare un'immagine positiva del servizio senza apportare un cambiamento sostanziale e tangibile. In altri casi più seri, gli sforzi variano notevolmente, dalle indagini ad hoc alla definizione di piani di intervento, dalle attività di sensibilizzazione alla formazione, fino alla sperimentazione di interventi che trasformano i contesti di lavoro in ambienti inclusivi. Tuttavia, nonostante questi sforzi, non sempre si riscontra una reale direzione verso l'inclusione, e la percezione di esclusione o, addirittura, di discriminazione, persiste tra coloro che non fanno parte dei gruppi dominanti all'interno dei contesti lavorativi.

Se in passato si parlava principalmente di diversity, ovvero la gestione delle differenze nei contesti lavorativi, oggi si parla sempre di più di diversity e inclusion. Si è spostato il focus dalla segmentazione delle differenze allo sviluppo di un atteggiamento collettivo e di un ambiente organizzativo che permetta l'espressione delle differenze, il dialogo e il confronto. L'attenzione sulla diversity e inclusion comprende sempre di più la consapevolezza degli unconscious bias, cioè i pregiudizi e gli stereotipi inconsci, e l'importanza di imparare a riconoscerli e gestirli, considerando che fanno parte integrante del nostro processo di apprendimento. Diverse ricerche dimostrano che i gruppi con un alto tasso di diversità informativa sono più creativi e capaci di trovare soluzioni innovative. Tuttavia, il contesto esterno alle organizzazioni spesso presenta segnali contraddittori, oscillando tra la difesa dei diritti e l'innovazione adottando modelli inclusivi e passi indietro verso il conservatorismo retrogrado. È cruciale adottare approcci articolati che affrontino la complessità e il cambiamento, partendo dalle differenze nei modelli mentali, nei riferimenti culturali, nell'accesso e nella gestione delle informazioni, nel linguaggio. Questi approcci richiedono competenze specifiche acquisite attraverso esperienze nel campo della promozione delle pari opportunità di genere e una formazione adeguata. I percorsi di formazione universitari per professionisti nel settore sociosanitario si sono già impegnati su questo fronte, e le organizzazioni e i servizi sociosanitari stanno affrontando la sfida in modi diversi, ciascuno secondo la propria visione: miglioramento dell'immagine, autoregolamentazione con quote diverse, o creazione di una cultura aziendale basata sulla conoscenza, tolleranza e promozione della diversità. In Europa, gli sforzi per implementare politiche di inclusione e diversità sono stati il risultato di una collaborazione tra i settori aziendali più avanzati ed estesi, nonché dai

settori politico e istituzionale di vari Stati membri, soprattutto all'interno dell'Unione Europea. In questo quadro di riflessione, sono emerse le Carte della Diversità.

Dal 2004, sono state introdotte e lanciate quattordici "Carte della Diversità" in altrettanti Paesi dell'Unione Europea, tra cui Francia, Germania, Spagna, Austria, Svezia, Belgio, Italia, Lussemburgo, Polonia, Danimarca, Irlanda, Finlandia, Estonia e Repubblica Ceca. Queste Carte sono state create come iniziative volontarie con l'obiettivo di fornire strumenti alle imprese e alle amministrazioni pubbliche nei rispettivi paesi, per valorizzare la diversità e ottenere benefici sia per le aziende, viste come "investitori", che per le autorità pubbliche, viste come "sistemi organizzati". Si prevedeva che ciò avrebbe avuto impatti positivi in termini di consapevolezza e benefici pratici sull'intera società. Le Carte sono documenti brevi, formati da organizzazioni pubbliche e non governative, che impegnano i firmatari, provenienti da settori privati e pubblici, a sviluppare, attuare e promuovere politiche di diversità nei loro contesti organizzativi e nei luoghi di lavoro. Questi impegni riguardano la diversità in termini di origine etnica, orientamento sessuale, genere, età, disabilità o religione dei lavoratori. Il principio alla base delle Carte è che la gestione delle differenze, basata su valori come il rispetto e il riconoscimento della parità di trattamento dei lavoratori, rappresenta un indicatore strategico di prestazione per i firmatari. Ricerche dimostrano che una gestione efficace della diversità porta benefici significativi in termini di assunzioni, fedeltà del personale, creatività, risoluzione dei problemi e coinvolgimento dei clienti. Le aziende e le amministrazioni pubbliche, attraverso la sottoscrizione delle Carte, decidono di investire nella diversità, credendo che ciò sia un punto di partenza cruciale per migliorare le prestazioni e l'efficienza. Le Carte, pertanto, diventano un "marchio" che attesta l'impegno delle organizzazioni nella promozione della diversità a livello operativo e, secondariamente, favoriscono la sensibilizzazione attraverso servizi di formazione e consulenza a livello nazionale.

La Commissione Europea ha sostenuto e promosso le Carte della Diversità fin dall'adozione della prima Carta francese nel 2004. Ha incoraggiato attivamente imprese e amministrazioni pubbliche a considerare il Diversity Management come un asset strategico nei loro sistemi organizzativi e politiche di sviluppo. Nel 2010, la Commissione ha finanziato una piattaforma di scambio delle Carte europee della Diversità, parte di un progetto più ampio per sostenere le iniziative volontarie di promozione della gestione della diversità sul luogo di lavoro nell'Unione Europea.

Questa iniziativa ha permesso ai promotori delle Carte di diversi Paesi di unirsi in un forum di discussione, condivisione di idee e buone pratiche. L'obiettivo era far crescere il movimento delle Carte, estendendolo a tutti i ventotto Paesi dell'Unione Europea, aumentare il numero di adesioni e migliorare l'impatto delle iniziative nazionali. La Commissione Europea organizza eventi di alto livello, come conferenze interattive, per dare visibilità alle Carte e alle esperienze rilevanti in vari Paesi. Inoltre, elabora documenti utili per la policy, come studi, linee guida, report di valutazione e checklist per il Diversity Management, approfondendo il contributo della diversità all'occupazione e alla crescita economica. Finora, sono stati organizzati tre incontri di alto livello nel 2012, 2013 e 2014, rispettivamente a Vienna, Varsavia e Parigi. La Piattaforma di scambio delle Carte europee della Diversità si riunisce regolarmente tre volte l'anno. L'ultima riunione della piattaforma si è tenuta a Praga il 23 gennaio 2015. Il punto di contatto centrale per le Carte è CSR Europe, l'organizzazione che rappresenta il punto di riferimento per le imprese a Bruxelles sui temi della responsabilità sociale d'impresa (RSI). Alcuni numeri chiave della piattaforma includono l'adesione di 7.100 organizzazioni pubbliche e private e un totale di 13,6 milioni di lavoratori (dati registrati nell'ottobre 2014) alle 13 Carte allora esistenti, a cui si aggiungono 21 soggetti che successivamente hanno aderito alla Carta della Diversità della Repubblica Ceca.

#### **4.2.1 Charte de la diversité en entreprise (Francia)**

La Charte de la diversité en entreprise, conosciuta come la Carta della Diversità francese, è stata lanciata il 22 ottobre 2004 da Claude Bébéar, Amministratore Delegato di AXA e Presidente dell'Istituto Montaigne. Questa iniziativa rappresenta il primo documento di questo genere firmato nell'Unione Europea, aprendo la strada ad altre Carte attivate successivamente, incluso il modello italiano. La Carta ha ricevuto immediato sostegno da grandi organizzazioni, reti o associazioni aziendali e da agenzie governative. Al momento, il suo focus principale è sulla sensibilizzazione delle Piccole e Medie Imprese e delle microimprese.

Le imprese che aderiscono alla Carta si impegnano a seguire le indicazioni contenute nei suoi sei articoli. Ciò include la sensibilizzazione e la formazione al Diversity Management per i responsabili delle assunzioni e delle carriere, il rispetto e la promozione del principio di non discriminazione nelle risorse umane dell'impresa (applicato in assunzione, formazione o promozione dei collaboratori), il riflettere la diversità della società a tutti i livelli aziendali,

promuovere l'impegno contro la discriminazione e a favore della diversità tra i collaboratori, discutere l'elaborazione e l'implementazione delle politiche di diversità con i rappresentanti del personale, e pubblicare una sezione sulle politiche di diversità nel rapporto annuale.

Attualmente, la Carta francese conta circa 3500 adesioni, prevalentemente da parte di piccole e medie imprese, ma anche da pubbliche amministrazioni. Il segretariato della Carta in Francia è coordinato dal 2005 da IMS-Entreprendre pour la Cité, un'organizzazione con sede a Parigi che collabora con 230 aziende sui temi della responsabilità sociale d'impresa, affiliata a CSR Europe. Dopo il lancio della Carta, si è sviluppato un ampio dibattito in Francia, con attivazione di strumenti e iniziative per politiche migliori di gestione della diversità.

Nel giugno 2005, è stato nominato per la prima volta un "Ministre Dèlèguè à la Promotion de l'Egalité des Chances", sotto la cui egida è stato costituito un comitato promotore a cui hanno partecipato diversi Dipartimenti ministeriali e associazioni di imprese francesi. Alcune iniziative significative sono state il Tour de France de la Charte de la diversité nel 2006 e il Quartiers Libres pour l'Emploi nel 2008-2009, entrambi promossi dal Ministero per le politiche urbane. La Carta ha anche istituito una piattaforma regionale per sostenere le piccole e medie imprese nei percorsi di diversità.

La Carta si avvale di un sito web come portale principale attraverso il quale le aziende e le istituzioni interessate possono aderire e ottenere informazioni, sostegno ed esempi di buone pratiche. Il monitoraggio del 2012 ha evidenziato che le aziende aderenti hanno performance superiori su specifici indicatori, come la presenza di donne manager, disabili, giovani e anziani, rispetto alle aziende non aderenti. La Carta francese si distingue per l'impegno a fornire un resoconto annuale delle azioni intraprese in favore della diversità, contribuendo a un monitoraggio più accurato delle attività e dei progressi delle organizzazioni aderenti.

#### **4.2.2 Charta der Vielfalt (Germania)**

Lanciata il 1° dicembre 2006, la Carta della Diversità tedesca, seguendo il modello francese, si propone di promuovere la diversità sul luogo di lavoro in nove ambiti: genere, nazionalità, religione, abilità fisica, età, orientamento sessuale, identità e filosofia o visione di vita. Inizialmente promossa da quattro multinazionali tedesche e sostenuta dal Ministro tedesco per

l'Immigrazione, i Rifugiati e l'Integrazione, con il patrocinio diretto di Angela Merkel, all'epoca Cancelliere, i promotori hanno delineato i loro impegni in diversi punti chiave.

Essi si sono impegnati a promuovere una cultura aziendale basata sul rispetto reciproco e sull'apprezzamento di ogni individualità, richiedendo il supporto esplicito da parte dei capi e dei superiori. Altri punti includono il controllo e l'assicurazione che i metodi di gestione delle risorse umane siano compatibili con le competenze e le abilità dei dipendenti, il riconoscimento della diversità all'interno e all'esterno delle organizzazioni, e la diffusione della Carta attraverso comunicazioni interne ed esterne.

Nel settembre 2010, la Charta è diventata un partenariato pubblico-privato con componenti delle 13 maggiori aziende nazionali e del governo tedesco. Il numero dei sottoscrittori ha superato le 2000 organizzazioni, coinvolgendo circa 8 milioni di lavoratori, con la maggioranza nel settore privato, seguita da grosse corporazioni, associazioni e amministrazioni pubbliche.

L'associazione non-profit Charta der Vielfalt e.V. gestisce e mantiene la Carta, finanziata da un gruppo di grandi imprese insieme al Ministero per l'Immigrazione, i Rifugiati e l'Integrazione. La Charta ha dato origine al Diversity Day in Germania, un'iniziativa svolta in due edizioni (2013 e 2014), coinvolgendo numerose organizzazioni e dando vita a discussioni su come dovrebbe essere organizzato il luogo di lavoro nel futuro, con un'enfasi significativa sulla diversità.

L'associazione Charta der Vielfalt e.V. ha anche sviluppato e pubblicato dossier tematici su argomenti come demografia, diversity management in relazione all'internazionalizzazione, e strategie per riconoscere e contrastare stereotipi e discriminazioni inconsapevoli.

Il sito web della Carta tedesca è una fonte principale di informazioni, offrendo un modulo per l'adesione, una lista aggiornata degli aderenti e altri strumenti utili. Un aspetto interessante della Carta tedesca è il riferimento alla "visione di vita" come fattore di diversità, coprendo una vasta gamma di sistemi di valori e principi.

Gli appuntamenti annuali promossi dall'associazione Charta hanno avuto successo nel coinvolgere i territori, soprattutto nel settore privato. La sensibilizzazione territoriale, specialmente tra i giovani, è considerata cruciale in un contesto in cui i problemi di discriminazione sono legati all'attivismo di estrema destra e xenofobia.

Un sondaggio del 2009, che ha coinvolto numerose organizzazioni, ha evidenziato che le aziende partecipanti vedono come principali vantaggi della Charta il rendere visibile l'impegno e promuovere la creazione di reti. Le aspettative future riguardano lo scambio di buone pratiche e l'implementazione del sito web, con una particolare enfasi su guide, pubblicazioni e newsletter. Per quanto riguarda la gestione delle politiche per la diversità, le Risorse Umane sono predominanti nelle grandi imprese e nelle pubbliche amministrazioni, mentre i Consigli di Gestione e Supervisione giocano un ruolo chiave per le PMI e le fondazioni/associazioni. Le categorie con l'attuazione più avanzata delle politiche di diversità includono genere, conciliazione tra vita e lavoro, e nazionalità. Un dato interessante emerso dal sondaggio è che il settore privato, soprattutto le piccole e medie imprese, è più soddisfatto del raggiungimento degli obiettivi rispetto alla pubblica amministrazione.

#### **4.2.3 La Carta della Diversità di Bruxelles Capitale di Regione (Belgio)**

In Belgio, secondo la struttura federale del Paese, ciascuna regione autonoma ha sviluppato la propria iniziativa riguardo alla diversità. Dall'anno 2002, la regione fiamminga ha avviato un piano d'azione, la regione vallona ha istituito una carta della diversità, mentre la regione di Bruxelles Capitale ha promosso, dal dicembre 2005, una carta della diversità specifica per le aziende. La firma della Carta della Diversità di Bruxelles Capitale è stata effettuata in collaborazione con il Ministro del Lavoro e dell'Economia del Belgio, l'Unione delle Imprese di Bruxelles (UEB) e il Ministero di Bruxelles Capitale.

Nel contesto di Bruxelles, la Carta è stata introdotta a seguito di una ricerca condotta dall'ULB (Université Libre de Bruxelles) e dall'Università di Leuven sul tema delle discriminazioni nel mercato del lavoro. Questo studio ha evidenziato livelli significativi di discriminazione verso i lavoratori marocchini e turchi, rilevando disparità salariali, difficoltà nell'ottenere lavoro o reinserimento e la mancanza di rappresentanza a livelli apicali nel settore privato. In risposta, il Ministro del Lavoro e dell'Economia Benoît Cerexhe ha presentato un piano d'azione articolato in sei punti, tra cui l'adozione della Carta come quinto punto.

La Carta di Bruxelles impegna le organizzazioni ad intraprendere azioni di sensibilizzazione e formazione sulle tematiche della non discriminazione e della diversità per i responsabili e i collaboratori delle risorse umane. Inoltre, si incentiva a promuovere e rispettare il principio di

non discriminazione in tutte le fasi della gestione delle risorse umane, riflettere la diversità della società brussellese, con particolare attenzione a quella culturale ed etnica, e concretizzare la politica di diversità in un piano specifico, eventualmente sviluppato con il supporto di un consulente per la diversità fornito dalla Regione di Bruxelles Capitale.

Aderendo alla Carta, le organizzazioni si impegnano in sei punti, compresi la promozione del principio di non discriminazione e l'implementazione di un piano della Diversità nei due anni successivi. Approvato il piano dal comitato della Carta, le organizzazioni ricevono un'etichetta diversité, utilizzabile per le comunicazioni esterne per due anni.

Attualmente, la Carta di Bruxelles conta 162 adesioni, principalmente nel settore privato, con 75 aziende impegnate nella costruzione e implementazione di un Diversity Plan. Alcune aziende di rilievo che hanno aderito includono Colruyt, Exki, Sodexo, GDF Suez. Sebbene la Carta di Bruxelles sia meno supportata da letteratura e strumenti rispetto a iniziative analoghe in Francia e in Germania, offre alle imprese aderenti la possibilità di consultare un esperto in materia di non discriminazione e diversità. Un aspetto distintivo è l'etichetta della Diversità, agendo come marchio di qualità per le aziende, sebbene il suo impatto effettivo sulle pratiche aziendali richieda attenzione per evitare un uso superficiale o meramente commerciale.

#### **4.2.4 Il Charter de la Diversidad (Spagna)**

La Carta della Diversità in Spagna è stata ufficialmente lanciata a Madrid nel marzo 2009 dall'Istituto Europeo per la Gestione della Diversità, con il sostegno del Ministero per le Pari Opportunità. La presentazione di questa carta era stata anticipata durante la conferenza finale del progetto PROGRESS The Business Case of Diversity a Bruxelles nell'anno precedente. La creazione e la promozione della Carta sono state guidate dall'Istituto Europeo per la Gestione della Diversità e dalla Fondazione Alares, formando così la Fundación para la Diversidad en España, responsabile della coordinazione del Charter de la Diversidad. L'elaborazione del documento è scaturita da un'iniziativa dell'Istituto Europeo per la Gestione della Diversità, che ha coinvolto 96 esperti provenienti da vari settori economico-sociali, come imprese, istituzioni, amministrazioni pubbliche, mondo accademico e associazioni. Questo gruppo di esperti ha collaborato alla redazione dei principi della Carta, cercando di affrontare le reali sfide territoriali.

Gli obiettivi della Carta sono quelli di promuovere la gestione della diversità e l'integrazione delle buone pratiche nelle imprese e organizzazioni spagnole di diversi settori. Si mira a sviluppare una strategia che migliorino l'efficienza e la competitività del sistema economico nel rispetto della diversità. I punti chiave di adesione alla Carta includono la sensibilizzazione, il progresso nella costruzione di una forza lavoro diversificata, la promozione dell'inclusione, l'considerazione della diversità in tutte le politiche di gestione delle persone, la promozione della conciliazione dei tempi di famiglia, lavoro e tempo libero, il riconoscimento della diversità dei clienti e la comunicazione interna ed esterna dell'impegno verso la diversità.

Attualmente, più di 670 imprese e organizzazioni hanno firmato la Carta, tra cui PSA Peugeot Citroën, DKV, EMC2, Orange, Novartis, Iberdrola, Grupo Alares, Citi, Allianz, AXA, Grupo Femxa, Caixa Bank, Ferrer. Le aziende aderenti non sono soggette a tasse di iscrizione, mentre le organizzazioni partner contribuiscono finanziariamente al funzionamento della Carta con una quota annuale. La carta spagnola è attiva nell'organizzazione di seminari, incontri per lo scambio di buone pratiche e webinar sulla responsabilità sociale d'impresa e sulla diversità. Inoltre, sono prodotti studi valutativi e documenti di orientamento alle politiche, come un libro bianco sulla diversità. La collaborazione con la Camera di Commercio di Madrid, due importanti università e alcune associazioni d'impresa contribuisce a migliorare l'efficacia delle attività della Carta, facilitando il collegamento con poli e organizzazioni datoriali, esperti e accademici per supportare le politiche per la diversità promosse dalla Carta spagnola.

Il più recente studio condotto dall'Eurobarometro sulla discriminazione nell'Unione Europea, effettuato nel 2012 in 27 Paesi membri (prima dell'ingresso della Croazia), ha evidenziato un ampio consenso tra i cittadini europei riguardo alla formazione dei datori di lavoro e dei lavoratori sulle tematiche legate alla diversità (79%), al monitoraggio delle procedure di assunzione (76%) e al controllo della composizione della forza lavoro (69%). L'iniziativa delle Carte europee della Diversità emerge come uno strumento di notevole rilevanza in questa prospettiva. I risultati attesi da coloro che promuovono e aderiscono a queste Carte comprendono il riconoscimento crescente del valore della diversità a tutti i livelli, lo sblocco del suo potenziale e i benefici per le organizzazioni coinvolte.

Sebbene l'esistenza delle Carte sia un elemento positivo, il sistema si basa su impegni volontari e la loro efficacia dipende notevolmente dal contesto politico dei singoli Paesi in cui vengono promosse. Nonostante i dati quantitativi siano favorevoli alle adesioni alle Carte, l'impatto

effettivo varia considerevolmente da Paese a Paese e da organizzazione a organizzazione, rendendo difficile una valutazione accurata delle conseguenze di tali iniziative a livello nazionale.

Nel 2014, la DG Giustizia della Commissione Europea ha pubblicato il rapporto "Panoramica sull'attuazione e sull'impatto della gestione della diversità tra i firmatari della Carta della Diversità nell'Unione Europea". Il rapporto, redatto da Manfred J. Wondrak, raccoglie dati da undici sondaggi nazionali condotti tra maggio e settembre 2014, coinvolgendo complessivamente 1826 organizzazioni, corrispondenti al 26% del campione considerato. Le risposte ricevute da organizzazioni con meno di 250 dipendenti, principalmente piccole e medie imprese (70% del totale), confermano l'importanza del coinvolgimento delle PMI nella gestione della diversità, dato il loro ruolo significativo nell'economia dell'Unione Europea. Solo il 3% dei firmatari delle Carte intervistati erano amministrazioni pubbliche.

La valutazione complessiva delle Carte evidenzia che, per la maggioranza delle organizzazioni aderenti (95%), queste hanno avuto un impatto positivo sulle politiche e sulle attività legate alla diversità. Tuttavia, la media di valutazione, su una scala da 1 (nessun impatto) a 5 (impatto molto forte), si attesta a 3,23, con variazioni significative tra i Paesi, come la Francia (3,27) e la Spagna (3,88), che hanno implementato le Carte da più tempo. Gli ambiti di maggiore attenzione per le imprese coinvolte riguardano principalmente le pari opportunità di genere (48%), seguite dall'età (46% per gli anziani, 45% per i giovani), dalla disabilità (44%) e dall'origine etnica, razziale o nazionale (28%). L'orientamento sessuale e l'identità di genere ricevono meno attenzione, rispettivamente con il 16% e il 15% di focus.

Solo una piccola percentuale di organizzazioni aderenti alle Carte (6% del totale, 104 imprese) ha fornito dati relativi all'aumento della diversità nella loro forza lavoro, ad esempio con un +29% di persone coinvolte in programmi di equilibrio vita-lavoro e un +28% di persone appartenenti a minoranze etniche che sono entrate negli organigrammi. Pur essendo dati rappresentativi solo di una frazione del campione, sono rilevanti poiché indicano come il lavoro attraverso le Carte possa avere effetti tangibili sulla composizione della forza lavoro delle aziende coinvolte.

Un dato rilevante è che circa i due terzi delle organizzazioni che hanno aderito alle Carte hanno integrato la diversità nella loro cultura aziendale, il 56% l'ha incorporata nella comunicazione interna ed esterna e il 46% ha rivisto le procedure di gestione delle risorse umane includendo

principi di non discriminazione e promozione della diversità. Tuttavia, solo il 19% utilizza indicatori di monitoraggio per valutare le proprie politiche di diversità, evidenziando la necessità di strumenti più chiari ed efficaci per valutare le pratiche e le iniziative delle aziende.

Il sondaggio ha anche indicato che la gestione e la promozione della diversità possono avere un impatto economico positivo, riscontrato nel 25% delle imprese intervistate. Dalle politiche di diversità sono emersi miglioramenti significativi in varie aree di lavoro, come l'integrazione della diversità nella politica di responsabilità sociale (60%), comportamenti più rispettosi della diversità (47%), riduzione dei conflitti interni dovuti a differenze culturali o di età (46%) e un miglioramento della capacità di attirare e trattenere talenti (46%).

Per quanto riguarda l'integrazione delle politiche di diversità nelle strategie organizzative, il 57% delle organizzazioni ha indicato una persona responsabile della gestione della diversità. Di queste, il 52% è integrato nell'area delle risorse umane, il 25% fa parte del top management, mentre solo il 7% è assegnato alla responsabilità sociale d'impresa. Più del 60% delle organizzazioni ha creato meccanismi di reporting sulle attività di diversity direttamente collegati ai consigli di amministrazione.

Le Carte europee, inclusi gli esempi illustrati in questo capitolo, hanno avuto origini e sviluppi diversi. In Francia e, in misura maggiore, nel caso della Carta della Regione di Bruxelles, l'iniziativa ha avuto origine come risposta istituzionale a un clima politico e sociale caratterizzato da discriminazioni etniche e razziali. In Germania, invece, sono state principalmente le imprese a lanciare e promuovere l'iniziativa della Carta.

Tuttavia, come evidenziato da studi precedenti sulla Gestione della Diversità, i contesti storici, sociali ed economici in cui vengono adottati i principi di diversity influenzano notevolmente la definizione della diversità e, di conseguenza, l'approccio alla sua gestione. Queste differenze dipendono dalle varie situazioni storiche, dalla maturazione dei diritti e dei principi di base nei rispettivi Paesi e dalla modalità in cui le istituzioni e le imprese si sono occupate della diversità.

L'origine e le caratteristiche delle diverse Carte europee riflettono in parte queste "diversità delle Carte europee della diversità" e sollevano la questione dell'armonizzazione o standardizzazione degli strumenti di diversity nell'Unione Europea. La Commissione Europea svolge un ruolo fondamentale in questo processo, specialmente attraverso il supporto offerto tramite la Piattaforma di scambio, che consente di integrare le diverse proposte di diversity a

livello nazionale. Un'analisi dei testi delle Carte e del loro funzionamento mostra che, pur presentando alcune differenze, tutti i documenti condividono elementi comuni: un approccio basato sull'impegno volontario delle singole aziende o enti, coinvolgimento iniziale di gruppi limitati di imprese promotori per estendere gradualmente le adesioni, testi brevi basati su affermazioni di principio con poche azioni concrete, e una visione olistica della diversità che comprende discriminazioni legate a età, disabilità, genere, provenienza, religione e orientamento sessuale, oltre a una forte collaborazione con le istituzioni pubbliche fin dall'inizio.

Il doppio obiettivo di coinvolgere sia il settore pubblico che quello privato, insieme all'approccio inclusivo di queste iniziative, rappresenta elementi interessanti. Tuttavia, si può affermare che, in generale, le strutture e le iniziative europee legate alle Carte sono fortemente orientate agli affari, mirando principalmente a promuovere l'adozione di strumenti di gestione della diversità nel settore privato. Questo è evidenziato dai casi di studio elencati dalla Commissione Europea come buone pratiche. Il focus principale delle politiche della diversità è quindi principalmente, per la Commissione Europea e per i promotori delle Carte nei vari Paesi, nel contesto più ampio dell'occupazione e dello sviluppo economico, come dimostra anche la natura del punto di contatto operativo a Bruxelles per la Piattaforma, CSR Europe, un aggregatore di imprese sul tema della responsabilità sociale d'impresa (RSI).

L'adesione e la soddisfazione per le Carte europee sono maggiori per le imprese rispetto alle pubbliche amministrazioni, probabilmente a causa delle sfide più complesse che queste ultime devono affrontare. La trasposizione di strumenti concepiti principalmente per il settore privato all'ambito pubblico non è sempre lineare, poiché le politiche di diversità per le pubbliche amministrazioni coinvolgono aspetti più complessi e devono essere parte di una strategia più ampia che considera la relazione con i cittadini e l'inclusione positiva. Le autorità locali, in particolare, devono affrontare una varietà di strutture, iniziative e strumenti che possono essere collegati a un approccio complesso alla diversità, piuttosto che all'adozione di uno strumento unico. Questo riflette la complessità maggiore delle pubbliche amministrazioni rispetto alle imprese. La terminologia utilizzata nelle Carte può risultare inadatta ai sistemi amministrativi complessi, che rispondono a logiche diverse. Potrebbe essere auspicabile che siano sviluppate Carte o iniziative simili più adatte alle sfide e alle esigenze delle pubbliche amministrazioni.

### **4.3 Soddisfazione del paziente come metrica di performance**

La soddisfazione del paziente è un concetto relativo che ha radici negli anni '60, ma la ricerca attiva sull'argomento è stata avviata nei tardi anni '70 e primi anni '80. Ciò ha comportato la sostituzione dell'idea di 'quantità di vita' con un concetto più centrato sul paziente di 'qualità della vita'. La soddisfazione del paziente incorpora i bisogni percepiti dal paziente, le sue aspettative dal sistema sanitario e l'esperienza delle cure sanitarie. Questo concetto multidimensionale comprende aspetti sia medici che non medici delle cure sanitarie. Nel settore sanitario sono state sviluppate varie teorie sulla soddisfazione del paziente, tra cui la teoria del valore dell'aspettativa, che propone che le credenze, i valori e le aspettative pregresse del paziente influenzino la sua soddisfazione, e la teoria della qualità delle cure sanitarie, che enfatizza l'importanza del processo interpersonale di cura nel garantire la soddisfazione del paziente. La revisione della letteratura mette in luce molti fattori che possono influenzare la soddisfazione del paziente, suddividendoli in fattori legati al fornitore o al paziente. Tra i fattori legati al fornitore vi sono la competenza del medico, le abilità di comunicazione interpersonale, il comportamento del personale ospedaliero, l'accesso alle cure, le strutture di base e l'infrastruttura. I fattori legati al paziente includono le caratteristiche sociodemografiche, lo stadio della malattia e la percezione del paziente di una relazione di fiducia e di coinvolgimento nelle decisioni riguardanti le proprie cure.

Il paziente moderno è più informato e istruito, ha accesso a informazioni e ha aspettative elevate dal sistema sanitario. Pertanto, è oggi più cruciale che mai affrontare le questioni legate alla fornitura di servizi in questo contesto. Un paziente con percezioni positive ha maggiori probabilità di tradurle in risultati positivi, mentre atteggiamenti negativi e insoddisfazione possono portare a scarsa adesione e, in casi estremi, a un passaparola negativo che scoraggia altri dal cercare cure dal sistema sanitario. Studi indicano che individui in Africa evitano i centri locali di cure primarie persino per malattie gravi a causa della percezione di bassa qualità delle cure offerte.

Pertanto, la ragione di attribuire grande importanza alla soddisfazione del paziente è la sua connessione con una migliore aderenza alle istruzioni mediche, la ricerca tempestiva di cure da parte del paziente e una maggiore comprensione e ritenzione delle informazioni fornite dai fornitori di cure sanitarie, contribuendo così a esiti favorevoli per la salute. La soddisfazione

del paziente costituisce anche un indicatore della qualità delle cure e la sua valutazione può contribuire al miglioramento dei servizi sanitari basandosi sul feedback del paziente.

In Pakistan, diversi studi sono stati condotti sulla soddisfazione del paziente, concentrandosi principalmente su aree specifiche come il reparto di emergenza, la chirurgia day-care o le sezioni di medicina di famiglia all'interno degli ospedali. Questo sondaggio è stato sviluppato per esplorare un'altra componente cruciale dei servizi ospedalieri, ossia il Dipartimento di Day Hospital (OPD) di un ospedale. A tale scopo, è stato scelto un ospedale di terzo livello a Lahore, con l'obiettivo di valutare il livello di soddisfazione dei pazienti nei confronti dei servizi OPD, focalizzandosi sull'interazione medico-paziente, la registrazione, l'area di attesa e le strutture sanitarie complessive. I risultati di questo studio si prevede possano fornire utili informazioni all'amministrazione ospedaliera e ai responsabili del sistema sanitario a vari livelli, al fine di implementare interventi mirati e significativi.

In aprile 2013, è stata condotta una ricerca descrittiva trasversale ( Ahmad M. et al, 2013) presso un ospedale di terzo livello a Lahore. La popolazione di studio comprendeva i pazienti che frequentavano il Dipartimento di Day Hospital (OPD) dell'ospedale. Per selezionare un campione di 250 pazienti, è stata utilizzata la tecnica di campionamento sistematico casuale, considerando la frequenza media precedente delle visite al OPD come dimensione della popolazione.

Il questionario sviluppato per la raccolta dati includeva domande aperte e chiuse sulla storia sociodemografica dei pazienti, la soddisfazione con il medico, la registrazione, l'area di attesa e altri aspetti dei servizi sanitari. Dopo un test pilota e opportuni emendamenti, il questionario è stato utilizzato per raccogliere i dati dai pazienti, previo consenso informato e volontario.

Dei 250 pazienti campionati, due questionari erano incompleti, quindi ne sono stati analizzati 248. La rappresentanza tra uomini e donne era equa, con un'età media dei partecipanti di  $34 \pm 1,58$ . La maggior parte dei pazienti era disoccupata (63%), sposata (64%), e riportava soddisfazione nei confronti del medico (94%).

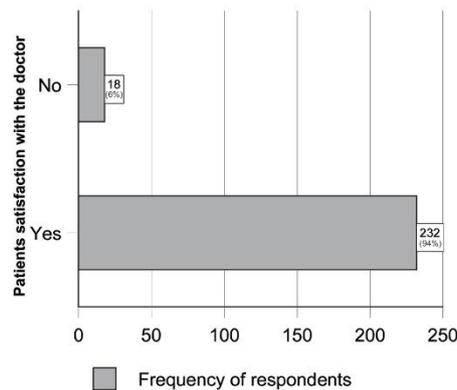


Fig.1: Soddisfazione dei pazienti con il medico

L'interazione medico-paziente è stata valutata su una scala di Likert a 5 punti (Nasser M. et al, 2012) esplorando rispetto, privacy, confidenzialità, abilità comunicative, consenso informato e risposta alle domande dei pazienti. Risultati generali riguardanti la struttura sanitaria e il personale hanno indicato che la maggioranza dei pazienti riteneva l'ospedale pulito (94%) e adeguatamente ventilato (90%), con personale rispettoso (89%) e giusto (80%) nell'area di attesa. La maggioranza non ha avuto difficoltà a trovare la reception (95%), e una grande percentuale sarebbe tornata all'ospedale (89%).

L'indagine attuale ha cercato di valutare il livello di soddisfazione dei pazienti riguardo a vari aspetti dell'assistenza sanitaria in un ospedale di terzo livello a Lahore. La soddisfazione del paziente è un concetto multidimensionale influenzato non solo da fattori legati ai medici, ma anche dagli aspetti dell'esperienza del paziente con la struttura sanitaria. L'attenzione è stata focalizzata sulla soddisfazione dei pazienti nei confronti del proprio medico, rivelando che il 94% di coloro che hanno visitato il Dipartimento di Day Hospital (OPD) era soddisfatto del medico. Questa risposta positiva è responsabile di una maggiore adesione alle visite di follow-up e alla corretta assunzione dei farmaci prescritti, contribuendo così a un risultato più positivo per la salute del paziente. È interessante notare che risultati contrastanti sono emersi da uno studio scozzese, dove solo il 52% dei pazienti si è dichiarato ragionevolmente soddisfatto del proprio medico (Richard M. et al, 1973). Le opinioni dei pazienti sull'interazione medico-paziente sono state esaminate, con la maggior parte dei pazienti che ha ritenuto il medico cortese (98%), attento all'ascolto (88%), disponibile a discutere della malattia (87%), chiaro nelle istruzioni sulla medicazione (82%), propenso al follow-up (80%) e in grado di mettere a proprio

agio durante l'esame (79%). Questo è in linea con studi internazionali che riportano che l'88-92% dei pazienti si sente trattato con rispetto e dignità. Un'indagine a Karachi ha evidenziato che il 58,6% dei pazienti ha dichiarato che il consenso veniva richiesto prima dell'esame, e il 62,4% ha confermato che il medico preservava la privacy. La qualità della comunicazione del medico durante la raccolta della storia e la discussione con il paziente ha un impatto significativo sul risultato della salute del paziente. Inoltre, è emerso che il 48% dei pazienti ritiene che i medici non spieghino gli effetti collaterali dei farmaci, e il 33% afferma che non spieghino il motivo della prescrizione.

I pazienti sono stati consultati riguardo alla pulizia dell'ospedale, alla ventilazione, alla posizione della reception e alla disponibilità di posti a sedere e servizi igienici nell'area di attesa. La maggior parte dei pazienti si è detta soddisfatta di questi aspetti. Un altro studio condotto presso l'Università della Carolina del Nord a Charlotte ha riportato una soddisfazione elevata per il tempo di attesa, l'accessibilità dei servizi e la pulizia della struttura. Tuttavia, uno studio all'Istituto PIMS di Islamabad ha rilevato che solo il 54% dei pazienti era soddisfatto del tempo di attesa, dell'accessibilità dei servizi, della riservatezza e della pulizia della struttura.

Secondo il protocollo dell'ospedale, i pazienti devono ottenere una ricevuta dalla reception prima di sottoporsi all'esame del medico. La maggior parte dei pazienti ha trovato la reception facilmente individuabile. Una volta nell'area di attesa, i pazienti hanno interagito con l'assistente responsabile di assegnare loro un numero per la visita dal medico. I pazienti hanno riferito di essere trattati in modo giusto e rispettoso dallo staff nell'area di attesa. Questi aspetti, riguardanti l'atteggiamento dello staff nei confronti dei pazienti, possono influire notevolmente sulla reputazione di un ospedale e costituiscono un elemento cruciale per la soddisfazione del paziente. Risultati simili sono stati ottenuti in uno studio condotto a Rawalpindi, in Pakistan, dove il 92,3% dei pazienti ha trovato conveniente la registrazione presso la reception dell'ospedale e il 96% era soddisfatto dell'atteggiamento dello staff della reception.

Una percentuale significativa di pazienti (89%) si è dichiarata soddisfatta e disposta a tornare all'ospedale, rappresentando una risposta incoraggiante e indicando un elevato grado di soddisfazione dei pazienti nei confronti della struttura ospedaliera. La soddisfazione del

paziente può fungere da indicatore indiretto o sostitutivo della qualità del medico o delle prestazioni dell'ospedale. L'elevata soddisfazione riscontrata nello studio potrebbe essere attribuita al fatto che l'ospedale è privato Tengilimoglu D. et al,1993).

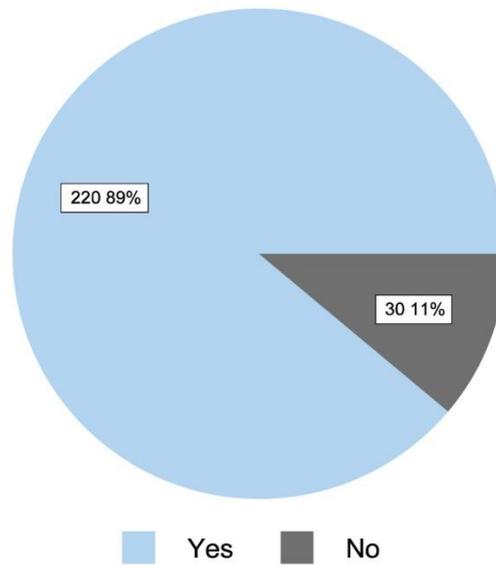


Fig.2: Risposta dei pazienti alla rivisitazione della struttura sanitaria(Professional Med J,2013)

## Capitolo 5: Sfide e Barriere

### 5.1 Criticità culturali, organizzative e strutturali

L'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) nel 1978 rappresenta uno dei momenti più significativi nella definizione delle strutture e delle politiche della Repubblica italiana. Al SSN va riconosciuto il merito dei risultati ottenuti dal Paese in termini di prolungamento della vita e di lotta alle malattie. Tuttavia, già dalla fine degli anni Ottanta, diverse voci critiche hanno sollevato questioni e incongruenze del sistema, tra cui:

La difficoltà nel gestire la diffusione esponenziale delle patologie croniche.

Il crescente carico per le famiglie nella cura di disabili, malati cronici e anziani non autosufficienti.

Le sfide nel sostenere le spese per i servizi, a causa dell'aumento dei costi delle tecnologie e dei farmaci e della continua crescita della domanda di prestazioni.

La difficoltà nel trovare un equilibrio nel sistema ambientale e societario per evitare una società "a somma zero" in cui da un lato si produce malattia e dall'altro si curano le patologie causate da politiche errate.

Il persistere e in molti casi l'aggravarsi di forme di disagio psicofisico, legate a condizioni di lavoro e vita negative, connessi all'abuso di sostanze psicotrope e alla diffusione di ansia e depressione.

La mancata realizzazione di un vero universalismo e grandi squilibri territoriali nell'offerta sanitaria.

I ritardi nel tentativo di spostare risorse dalla medicina ospedaliera a quella del territorio e dell'assistenza domiciliare.

Con il Trattato di Maastricht del 1993, gli obiettivi di salute sono diventati parte delle politiche sociali europee, con un crescente interesse per prevenzione, informazione ed educazione sanitaria. Dal 2000, le strategie di sanità pubblica e di prevenzione hanno ricevuto ulteriori

impulsi a livello internazionale, seguendo le indicazioni dell'OMS, della Commissione europea, del Consiglio e del Parlamento europei, favorendo principi di prevenzione basata sull'evidenza, integrazione sociosanitaria e salute in tutte le politiche.

La pandemia da Covid nel 2020 ha accentuato le sfide esistenti, richiedendo una riflessione approfondita sulle criticità e la necessità di rivedere l'organizzazione sanitaria italiana, in particolare per quanto riguarda la medicina del territorio. La funzione cruciale della medicina di comunità è emersa come fondamentale durante la pandemia, affrontando le patologie croniche, le disabilità e le crisi umanitarie con un approccio di popolazione e territorio. Negli ultimi anni, gli esami critici sulle performance del sistema sanitario italiano convergono nell'affermare l'alta qualità del nostro Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Anche durante la pandemia, il SSN ha dimostrato una notevole prontezza di risposta, evidenziata dall'adesione della popolazione alle misure e alla campagna vaccinale, nonché dall'instancabile impegno del personale sanitario, soprattutto ospedaliero.

Nonostante l'impatto negativo della pandemia, molti indicatori confermano l'efficacia della sanità italiana su scala internazionale. La longevità e la gestione delle malattie croniche negli anziani, insieme agli investimenti nella prevenzione, rimangono punti di forza, sebbene oscurati in parte da dati finanziari storici, quali il basso finanziamento pubblico sotto la media europea, l'incremento rilevante della spesa privata a carico dei cittadini e il mancato raggiungimento degli obiettivi di equità e universalismo.

Per quanto riguarda i successi, l'Italia primeggia nell'età media della popolazione (48 anni contro i 44,4 dell'Europa a 27) e nella speranza di vita, che, dopo un temporaneo calo nel 2020, si stabilizza nel 2021 a 82,4 anni. L'indicatore sulla salute percepita dagli anziani con malattie croniche migliora costantemente dal 2009, e la spesa per l'indennità di accompagnamento aumenta del 11,9% tra il 2011 e il 2020.

I dati negativi mettono in luce una spesa sanitaria in rapporto al PIL nel 2020 mediocre, confermata dall'OCSE, posizionando l'Italia in una fascia medio-bassa rispetto all'UE ante-1995 e con una percentuale superiore rispetto ai Paesi UE post-1995. La spesa sanitaria privata risulta sorprendentemente elevata, rappresentando il 76,3% del totale, una delle cifre più basse in Europa, con un divario significativo rispetto agli standard UE pre e post-1995. Questo divario

è accentuato dalla spesa personale (out-of-pocket), principalmente a causa di tempi di attesa nel servizio pubblico.

La carenza di finanziamento pubblico si riflette negativamente nel settore ospedaliero, con un tasso di ospedalizzazione acuta nel 2019 più basso in Europa. La mancanza di posti letto dedicati alla cura a lungo termine per gli anziani risulta essere critica, con meno di 2 posti letto ogni 100 anziani residenti nel 2019, posizionando l'Italia al di sopra solo di Polonia e Lettonia.

Le differenze territoriali e sociali emergono chiaramente, con variazioni nella speranza di vita e nella spesa sanitaria pubblica pro-capite tra Nord, Centro e Sud. La disparità nella spesa sanitaria annuale tra regioni è significativa, con picchi in PA di Bolzano, PA di Trento, Valle d'Aosta e Liguria, e una distanza tra il valore minimo e massimo del 34,8% nel 2020. Analoghe differenze emergono nell'assistenza domiciliare, con Abruzzo, Sicilia, Veneto, Basilicata e Emilia-Romagna in testa, e Valle d'Aosta, Calabria, Puglia, Lazio e Bolzano con coperture più basse. Questi divari sono evidenziati anche nell'accesso alle cure, nella prevenzione e nella spesa farmaceutica pro-capite. Le disuguaglianze, storiche e pandemiche, sono descritte in dettaglio dall'Istituto nazionale della medicina della povertà.

Numerosi altri dati confermano le disparità nelle performance e nella qualità dei servizi sanitari regionali, come indicato dall'Indice sintetico di performance sanitaria regionale di Crea-Sanità, che varia dal 61% (PA di Bolzano) al 21% (regione Calabria) nella sua edizione 2021.

In breve, pur con risultati positivi, l'Italia affronta sfide significative legate all'ineguaglianza nella distribuzione dei servizi sanitari e alle diversità regionali, come evidenziato sia dalle valutazioni delle performance che dagli obiettivi di sviluppo sostenibile.

La prolungata emergenza dovuta alla pandemia da SARS-CoV-2 ha innescato un aumento del finanziamento pubblico e delle opportunità di specializzazione per i medici, seppur spesso ritenuto insufficiente. Tuttavia, parallelamente a questi sviluppi, si sono verificati:

- Un significativo aumento della mortalità, seconda solo a quella registrata durante la Prima guerra mondiale e la pandemia influenzale del 1918.
- Una diminuzione della speranza di vita alla nascita, scesa da una media di 83,2 anni nel 2019 a 82,3 anni nel 2020, con successiva ripresa nel 2021.

- Una riduzione dei posti letto per degenza ordinaria per acuti rispetto alla popolazione, con una diminuzione del 13,5%.

- Un peggioramento degli stili di vita, in particolare per il consumo eccessivo di alcol (aumentato dal 15,8% al 16,8%) e il fumo di tabacco (cresciuto dal 18,7% all'18,9%), entrambi in rottura con una precedente tendenza discendente. L'obesità ha registrato un incremento del 1% rispetto all'anno precedente, portando l'incidenza dell'eccesso di peso nella popolazione italiana al 45,9%, dopo anni di sostanziale stabilità.

- Conseguenze significative su altre patologie, con un marcato aumento di disturbi psichiatrici e disagio psicologico, specialmente tra gli adolescenti. Il contestuale intasamento delle strutture ospedaliere e la sospensione delle prestazioni ordinarie per i pazienti non Covid hanno contribuito al peggioramento della prevenzione e della tempestività delle cure per numerose patologie importanti.

L'analisi statistica sintetica dell'ASviS a livello nazionale, parallela a quella europea precedentemente citata, rivela che, dopo un miglioramento costante fino al 2019 nell'ambito dell'Obiettivo 3 dell'Agenda ONU (Salute e benessere), nel 2020 l'indice nazionale registra una netta diminuzione. Questa flessione è attribuibile a diversi indicatori negativi riscontrati nel medesimo anno, come evidenziato nello studio.

La pandemia ha evidenziato in modo chiaro le lacune e le carenze del Sistema Sanitario Nazionale italiano, già segnalate in passato. In particolare, sono emerse criticità legate alla disponibilità di posti letto per abitante, rivelatisi insufficienti, alla carenza di personale, soprattutto nel settore infermieristico, e alle sfide nel campo della medicina e della sanità territoriale ed extra-ospedaliera. Ulteriori aree problematiche includono l'integrazione sociosanitaria, la diffusione della telemedicina e le disparità di performance tra regioni e territori. La gestione della crisi epidemica ha introdotto una nuova complessità epidemiologica e gestionale, impattando negativamente sui livelli complessivi di performance e sulla capacità di risposta alle esigenze della popolazione.

La pandemia da SARS-CoV-2 ha evidenziato notevoli lacune nel Sistema Sanitario Nazionale italiano, suscitando un dibattito e azioni istituzionali senza precedenti a livello mondiale, europeo e italiano. L'ampio consenso sull'urgente necessità di una "resilienza trasformativa"

ha portato a un'intensa attività di ricerca di strumenti e modelli per superare le carenze nei sistemi di salute globali.

A livello europeo, il Piano Next Generation EU (NG EU) si è rivelato cruciale, con il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) in Italia, approvato nel luglio 2021, rappresentando un passo significativo verso la costruzione di sistemi sanitari più robusti.

Riguardo ai principi del diritto alla salute, emergono diverse prospettive innovative:

**Promozione del benessere e qualità della vita:** Un approccio integrato basato sulla "Salute in tutte le politiche", coinvolgendo casa, città, scuola, lavoro, ambiente e clima, è considerato fondamentale. La recente proposta del Ministro della Salute relativa al Sistema Nazionale Prevenzione Salute dai Rischi Ambientali e Climatici riflette l'evoluzione verso l'approccio One Health e Planetary Health.

**Continuità assistenziale e collaborazione tra professionisti:** La continuità assistenziale, sia tra i professionisti che tra i diversi livelli di assistenza, è un tema centrale. La collaborazione tra vari professionisti, l'implementazione di percorsi diagnostico-terapeutici condivisi e investimenti in infrastrutture sostenibili sono ritenuti essenziali.

**Conessioni e collaborazioni:** La promozione di connessioni tra governi, Paesi, e le tre sfere della società (statualità, socialità e mercato) è fondamentale per affrontare le sfide globali. La cooperazione tra settore pubblico e privato, così come il superamento delle divisioni tra discipline scientifiche e ambiti applicativi, è considerato essenziale.

**Organizzazione dei servizi sanitari:** L'implementazione e integrazione dei flussi informativi sono cruciali per il monitoraggio efficace dell'assistenza territoriale. Strutture come le Case della Salute, Presidi Territoriali di Assistenza, Ospedali di Comunità e altri progetti proposti nel PNRR rappresentano una risposta alle esigenze di presa in carico e integrazione dei servizi di prevenzione e tutela della salute.

In sintesi, la pandemia ha sollevato la necessità di una riflessione approfondita sulla gestione della salute a livello globale, incoraggiando azioni concrete per affrontare le lacune nei sistemi di salute nazionali e internazionali.

La pandemia ha evidenziato in modo significativo il ruolo cruciale del capitale umano nel settore sanitario. La risposta tempestiva ed efficace delle strutture durante l'epidemia e la resistenza del sistema sanitario italiano alle varie ondate sarebbero state impossibili senza l'impegno e la competenza del personale. Affrontare il rilancio e la ristrutturazione del nostro sistema sanitario richiede un riconoscimento fondamentale del valore del capitale umano per garantire la qualità delle cure e il corretto funzionamento del sistema, sottolineando la necessità di sostenerlo e rafforzarlo.

In termini di rafforzamento, è essenziale affrontare il divario italiano riguardante la fornitura di personale sanitario, in particolare infermieristico. Mentre il numero di medici per la popolazione generale è simile alla media dei Paesi europei più grandi, la carenza di infermieri in Italia è significativa, con valori notevolmente inferiori rispetto ai Paesi di riferimento. Questo divario si estende ulteriormente quando si considera la popolazione anziana, con un numero di infermieri e medici per mille abitanti over 75 molto al di sotto della media dei Paesi considerati. Il contesto attuale è complicato dalla contrazione del personale medico nel recente passato, dall'invecchiamento della forza lavoro medica e dalle previsioni negative per i flussi di uscita nei prossimi anni. Le sfide psicologiche, come lo stress lavoro-correlato, accentuato dalla pandemia, e le prospettive di pensionamento volontario aggiungono ulteriori pressioni al sistema.

Al di là delle questioni numeriche, la riflessione sulle professioni sanitarie deve considerare anche gli aspetti qualitativi, specialmente alla luce dei cambiamenti clinici e organizzativi. L'interdisciplinarietà diventa cruciale, richiedendo un'innovazione nei percorsi formativi attraverso l'introduzione di formazione interprofessionale (Fip). I cambiamenti richiedono un adattamento dei modelli organizzativi interni alle strutture sanitarie, spostandosi da un'organizzazione fortemente burocratizzata a un modello basato su un management diffuso. La transizione è essenziale per rispondere alle sfide sempre più complesse della salute.

Inoltre, la governance multilivello deve affrontare le criticità tra il management apicale e il middle management, mentre il personale sanitario sottolinea la necessità di migliorare l'organizzazione, la comunicazione, le relazioni umane e gestire lo stress lavoro-correlato. Soluzioni come lo sviluppo di forme di leadership costruttiva, il riconoscimento delle competenze e la chiarezza dei ruoli emergono come strategie fondamentali per il successo del sistema.

## 5.2 Sfide nell'attuazione delle politiche di inclusione

Negli ultimi due decenni, c'è stato un notevole impegno da parte degli studiosi e dei decisori politici nel promuovere iniziative volte a riconoscere, accettare e valorizzare le diversità culturali tra gruppi etnici. Questo segna un cambiamento rispetto all'approccio tradizionale del melting pot, che mirava ad assimilare le minoranze nel mainstream a scapito delle loro identità culturali. Questo nuovo accento sull'accettazione delle differenze ha generato una nuova e crescente corrente di pensiero su come gestire persone e organizzazioni per ottenere performance efficaci in un ambiente aziendale globalmente competitivo. Questo implica lo sviluppo di concetti gestionali e tecniche applicative per affrontare le sfide e cogliere le opportunità derivanti da una cultura sempre più diversificata. Tali sfide e opportunità includono l'influenza culturale sulla soddisfazione lavorativa, sui pregiudizi intergruppo, sui livelli di cooperazione e sulle performance individuali e di gruppo nel loro complesso. Questo articolo esamina la "letteratura sulla cultura" e cerca di sintetizzare le scoperte della ricerca sugli effetti della diversità culturale su questioni e attributi relativi al comportamento lavorativo comparativo di vari gruppi etnici.

Di fronte alle conclusioni miste della ricerca e agli obblighi sociali e legali delle organizzazioni di accogliere la diversità culturale, i manager in posizione pratica hanno la responsabilità di decidere non se, ma quando e come sfruttare e trarre vantaggio dagli aspetti positivi della diversità culturale, evitando allo stesso tempo i suoi svantaggi. Il primo passo consiste nel comprendere che uno degli obiettivi principali della diversità è quello di riconoscere le individualità delle persone. Questo richiede alle organizzazioni di passare da modelli operativi mono-culturali a modelli multiculturali, seguendo un processo di sviluppo in tre fasi (Gottfredson, 1992). La prima fase è caratterizzata da una struttura demograficamente e culturalmente omogenea, come ad esempio nelle aziende giapponesi tradizionali che impiegano esclusivamente uomini giapponesi. La seconda fase prevede una diversificazione culturale tra i ranghi dell'organizzazione, ma mantiene una leadership culturalmente omogenea, come spesso accade nelle organizzazioni americane attuali. La terza e ultima fase è rappresentata da un modello veramente diversificato in cui l'accoglienza multiculturale è evidente in tutta l'organizzazione. Le aziende in questa fase valorizzano la diversità e la promuovono attraverso varie iniziative, quali la formazione bidirezionale, l'adattamento reciproco, l'interdipendenza e l'apprezzamento delle differenze culturali. La ricerca offre diverse indicazioni per una gestione

efficace e di successo della diversità culturale. È essenziale il sostegno e l'impegno della dirigenza aziendale, inclusa la formazione sulla diversità per i dirigenti stessi al fine di superare le barriere organizzative. Inoltre, la diversità dovrebbe essere parte integrante degli obiettivi aziendali, compresi i programmi di sensibilizzazione, piuttosto che essere vista come un semplice adempimento tecnico dell'azione positiva o di simili attività legalmente obbligatorie. È fondamentale stabilire un meccanismo per rendere i manager responsabili del raggiungimento degli obiettivi di diversità, con riflessi diretti sui processi di valutazione delle prestazioni. È importante anche garantire linee di comunicazione aperte per la trasmissione di idee, lamentele e feedback, mentre le pratiche organizzative dovrebbero tenere conto delle esigenze legate alla diversità culturale, come le festività religiose, le preferenze alimentari e le modalità di abbigliamento. Queste azioni dimostrano rispetto e sostegno per la diversità culturale e sono fondamentali per il successo della gestione della diversità. Inoltre, è cruciale per i manager abbandonare pratiche radicate in vecchi modelli mentali e adottare nuove strategie volte a modificare la cultura e le politiche organizzative, creando così un ambiente di lavoro più inclusivo e accogliente per tutti i dipendenti.

Le sfide provenienti da un ambiente lavorativo sempre più diversificato richiedono un'approfondita ricerca di nuove strategie per gestire il comportamento. I tradizionali modelli di gestione focalizzati eccessivamente sull'efficienza e sulla redditività potrebbero risultare inadeguati per comprendere appieno la complessità dell'organizzazione multiculturale del futuro. Un'attenzione maggiore verso le attuali tendenze di strutture organizzative non gerarchiche, decentralizzate e più flessibili rappresenta un passo positivo in avanti. Tuttavia, la creazione di un clima che accetti e valorizzi appieno le opportunità e le sfide di una forza lavoro diversificata risulta essere l'elemento chiave per il successo nell'affrontare questa nuova realtà lavorativa

## CONCLUSIONI

Le criticità culturali, organizzative e strutturali nel sistema sanitario italiano rappresentano sfide significative che richiedono interventi mirati e strategie di miglioramento. Queste criticità, che affondano le radici in diverse dinamiche interne ed esterne al sistema, hanno un impatto diretto sulla qualità e sostenibilità dell'assistenza sanitaria offerta ai cittadini. L'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale nel 1978 ha segnato un importante passo avanti, tuttavia, nel corso degli anni, diverse critiche hanno evidenziato le carenze e le lacune del sistema, tra cui la gestione delle patologie croniche, il crescente carico per le famiglie nell'assistenza ai malati, l'aumento dei costi delle tecnologie e dei farmaci, e la persistenza delle disuguaglianze territoriali nell'offerta di servizi sanitari.

La pandemia da COVID-19 ha ulteriormente amplificato queste criticità, mettendo in luce la necessità di riforme e miglioramenti urgenti nel sistema sanitario italiano, in particolare per quanto riguarda la medicina del territorio e la continuità assistenziale. La risposta alla pandemia ha evidenziato sia le potenzialità che le fragilità del sistema sanitario italiano, sottolineando l'importanza di investire nel capitale umano, nella gestione efficace delle risorse e nella promozione di politiche di inclusione e diversità.

Tuttavia, l'implementazione di politiche di inclusione nel contesto sanitario si confronta con diverse sfide, tra cui la resistenza al cambiamento culturale, i pregiudizi e le discriminazioni latenti, la gestione dei conflitti legati a questioni culturali, i costi aggiuntivi e la complessità delle iniziative, l'identificazione psicologica e il turnover del personale ed il coinvolgimento della dirigenza aziendale.

Affrontare queste sfide richiede un approccio strategico e multidimensionale, che includa politiche organizzative incentrate sull'inclusione e la diversità, programmi di formazione mirati a sensibilizzare il personale su queste tematiche, processi decisionali equi e trasparenti ed una cultura aziendale che valorizzi e promuova la diversità come fonte di vantaggio competitivo ed innovativo. Solo attraverso un impegno concreto e coordinato a tutti i livelli dell'organizzazione sarà possibile affrontare e superare le criticità esistenti, garantendo un'assistenza sanitaria equa, accessibile e di qualità per tutti i cittadini italiani.

## RINGRAZIAMENTI

Vorrei riservare questo spazio finale della mia tesi di laurea ai ringraziamenti verso tutti coloro che hanno contribuito, con il loro instancabile supporto, alla realizzazione della stessa.

Grazie alla mia relattrice Menozzi Anna per avermi guidato e supportato nella fase più importante del mio percorso accademico.

Grazie a mio padre, ovunque tu sia sappi che ogni cosa che faccio è per te. Spero di averti reso fiero oggi.

Grazie a mia madre, la mia àncora. Senza il tuo continuo appoggio e la determinazione che mi hai trasmesso, oggi non sarei qui a concludere uno dei percorsi più importanti della mia vita.

Grazie al mio fidanzato Matteo, per avermi trasmesso la sua forza e il suo coraggio. Grazie per tutto il tempo che mi hai dedicato. Grazie perché ci sei sempre stato.

Grazie a tutti coloro che hanno attraversato il mio cammino: gli amici, i compagni di università, i colleghi e chiunque abbia incrociato la propria vita con la mia, donandomi qualcosa di prezioso. Ognuno di voi è stato un complice in questa avventura, contribuendo in modo unico a rendere il percorso ricco di emozioni e di sfide, in alti e bassi. Sono tanti i momenti memorabili che riaffiorano nella mia mente, eppure le parole sembrano incapaci di rendere giustizia a tutti loro. Saranno le mie emozioni, i miei sorrisi e persino le mie lacrime a testimoniare la profondità del mio affetto e della mia gratitudine verso di voi. Grazie per aver reso questo traguardo così straordinario e indimenticabile.

Infine, dedico questa tesi a me stessa, ai miei sacrifici e alla mia tenacia che mi hanno permesso di arrivare fin qui.

## BIBLIOGRAFIA

Adams, D.L. (1995). *Health Issues for Women of Color: A Cultural Diversity Perspective*. Thousand Oaks, SAGE Publications.

Affronti, M. et al. (2014). *Responsabilità ed equità per la salute dei migranti: un impegno da condividere*. Atti del XIII Congresso Nazionale SIMM, Agrigento, 14-17 maggio 2014, Bologna, Pendragon.

Ahmad M, Zafar A, Griffin S, Ahmad S, Orakzai N, Fayyaz F. *An audit of patients' satisfaction after adult day-case surgery at Ayub Teaching Hospital, Abbottabad*. J Ayub Med Coll Abbottabad 2005,17(1):22-25

Alvesson, M. (2010). *Self-doubters, strugglers, storytellers, surfers and others: Images of self-identities in organization studies*. Human Relations, 63, 193-217.

Amy E. Randel, Christopher D. Zatzick Simon, Jone L. Pearce. (2017). *Optimal Distinctiveness and Human Resource Development in Identity as a Foundation to Human Resource Development*. New York: Routledge.

Anderson, L.M., Scrimshaw, S.C., Fullilove, M.T., et al. (2003). *Culturally Competent Healthcare Systems: A Systematic Review*. American Journal of Preventive Medicine, 24(1), 68-79.

Anand, R. (1999). *Cultural Competence in Health Care: A Guide for Trainers (2nd ed.)*. Washington, NMCI Publications.

Armstrong, C., Flood, P.C., Guthrie, J.P., Liu, W., MacCurtain, S., & Mkamwa, T. (2010). *The impact of diversity and equality management on firm performance: Beyond high-performance work systems*. Human Resource Management, 49(6), 977-998.

Barabino, M.C., & Jacobs, B. (2000). La diversità nella gestione delle risorse umane. In D. Boldizzoni & L. Manzolini (Eds.), *Creare valore con le risorse umane. La forza dei nuovi paradigmi nella direzione del personale* (pp. 1-24). Guerini e Associati: Milano.

Barabino, M.C., Jacobs, B., & Maggio, M.A. (2001). *Il Diversity Management*. Sviluppo & Organizzazione, 184, 19-31.

Beach, M.C., Price, E.G., Gary, T.L., et al. (2005). *Cultural Competence: A Systematic Review of Health Care Provider Educational Interventions*. *Medical Care*, 43(4), 356-373.

Bezrukova, K., Thatcher, S.M.B., & Jehn, K. (2007). Group Heterogeneity and Faultlines: Comparing Alignment and Dispersion Theories of Group Composition. In K.J. Behfar & L.L. Thompson (Eds.), *Conflict in Organizational Groups: New Directions in Theory and Practice* (pp. 57-92). Evanston, IL: Northwestern University Press.

Blau, P.M. (1977). *Inequality and Heterogeneity*. New York: Free Press.

Bombelli, M.C. (2003). *Uguali o diversi? Per un utilizzo consapevole del diversity management*. *Economia & Management*, 5, 99-110.

Bombelli, M.C. (2004). *Diversity Management: Motivazioni, problematiche e prospettive di utilizzo*. In L. Mauri & L.M. Visconti (Eds.), *Diversity Management e società multiculturale. Teorie e prassi* (pp. 111-132). Franco Angeli: Milano.

Bombelli, M.C. (2009). *Reinterpretare il Diversity Management: Dalla diversità alla pluralità*. *Sviluppo & Organizzazione*, 231, 45-48.

Brewer, M.B. (2012). Optimal Distinctiveness Theory: Its History and Development. In P.A.M. Van Lange, A.W. Kruglanski, & E.T. Higgins (Eds.), *Handbook of Theories of Social Psychology* (pp. 81-98). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Cattacin, S., Chiarenza, A., & Domenig, D. (2013). *Equity Standards for Health Care Organisations: A Theoretical Framework*. *Diversity and Equality in Health and Care*, 10(4), 249-258.

Chao, G.T., & Moon, H. (2005). The Cultural Mosaic: A Meta-theory for Understanding the Complexity of Culture. *Journal of Applied Psychology*, 90(6), 1128-1140.

Chattopadhyay, P., Glick, W.H., Miller, C., & Huber, G.P. (1999). *Determinants of Executive Beliefs: Comparing Functional Conditioning and Social Influence*. *Strategic Management Journal*, 20(8), 763-789.

Chiarenza A. (2018). Strategie innovative per rispondere alla diversità nei servizi sanitari: dalla 'competenza culturale' alla capacità di garantire equità e rispetto delle differenze. *Politiche sanitarie*, Volume 19.

Chiarenza, A. (2006). Servizi sanitari culturalmente competenti. *Janus*, 21, 63-70.

Chiarenza, A. (2008). Servizi sanitari migrant-friendly ed aperti alle diverse culture: l'esperienza dell'azienda USL di Reggio Emilia. In C. Baraldi, V. Barbieri, & G. Giarelli (Eds.), *Immigrazione, Mediazione Culturale e Salute* (pp. 47-59). Franco Angeli: Milano.

Chiarenza, A. (2012). Developments in the Concept of Cultural Competence. In D. Ingleby, A. Chiarenza, W. Devillé, & I. Kotsioni (Eds.), *Inequalities in Health Care for Migrants and Ethnic Minorities* (pp. 113-128). Antwerp, Belgium: Garant.

Chavez, C.I., & Weisinger, J.Y. (2008). *Beyond Diversity Training: A Social Infusion for Cultural Inclusion*. *Human Resource Management*, 47(2), 331-350.

Collicelli, C. (2023). Le criticità della sanità italiana e il necessario cambiamento di paradigma. *Recenti Progressi in Medicina*.

Cross, T., Bazron, B., Dennis, K., & Isaacs, M. (1989). *Towards a Culturally Competent System of Care: A Monograph on Effective Services for Minority Children Who Are Severely Emotionally Disturbed* (Vol. 1). Silver Spring, MD: National Association of Social Workers.

Cuomo, S., & Mapelli, A. (2007). *Diversity Management. Gestire e valorizzare le differenze individuali nell'organizzazione che cambia*, Guerini e associati: Milano.

Carton, A.M. and Cummings, J.N. (2012). *A theory of subgroups in work teams*. *Academy of Management Review*, 37, 441-470.

Dass, P., Parker, B. (1999). *Strategies for managing human resource diversity: From resistance to learning*. *Academy of Management Executive*, 13(2), 68-80.

Dobbin, F. (2009). *Regulating discrimination. The paradox of weak State*, in F. Dobbin (a cura di), *Inventing Equal Opportunity*, pp. 1-21. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Dobbin, F, Kalev, A. (2016). *Perché falliscono i programmi per la diversity*, *Harvard Business Review*, Luglio/Agosto, p. 16-25.

Donatus, I.A. (2007). *Cultural Diversity: Implications For Workplace Management in Journal of Diversity Management*, Vol 2, 1-6.

Domenig, D. (2007). *Das Konzept der transkulturellen Kompetenz*, in D. Domenig (a cura di): *Transkulturelle Kompetenz: Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe*, 2. ollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, Bern, Verlag Hans Huber, pp 165-189.

Dr. Fatima Mukhtar, Dr. Aftab Anjum, Dr. Muhammad Aslam Bajwa, Shahzana Shahzad, Shahzeb Hamid, Zahra Masood, Ramsha Mustafa, (2013). *Patient satisfaction in Professional Med Journal*, Volume 20, 973-980.

Engebretson, J., Mahoney, J., Carlson, E.D. (2008). *Cultural competence in the era of evidence-based practice*, J Prof Nurs, 24 (3): 172-178.

Epstein, M. (2009). *Transculture: a broad way between globalism and multiculturalism*, Am J Econ Sociol, 68 (1): 327-353.

Fosti, G., Larenza, O., Longo, F., Rotolo, A. (2012). *Caratteristiche e criticità del settore sociosanitario italiano: quali prospettive di policy?* in L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto Oasi 2012, 4, 168-183.

Friday, E., Friday, S.S. (2003). *Managing diversity using a strategic planned change approach*, Journal of Management Development, 22(10), 863-880.

Gallegos, J.S. (1982). *The ethnic competence model for social work education in White W* (a cura di), *Color in a white society*, Silver Spring (MD), National Association of Social Workers.

Gallegos, J.S., Tindall, C., Gallegos, S.A. (2008). *The need for advancement in the conceptualization of cultural competence*, Advances in Social Work, 9 (1): 51-62.

Gonzalez, J.A. (2010). *Diversity change in organizations: A systemic, multilevel, and non linear process*, The Journal of Applied Behavioral Science, 46(2), 197-219.

Green, J.W. (1998). *Cultural awareness in the human services: a multi-ethnic approach*, 3rd ed, Boston, Allyn & Bacon.

Harrison, G., Turner, R. (2010). *Being a 'culturally competent' social worker: making sense of a murky concept in practice*, Br J Soc Care, 21: 1-18.

Harrison, G.A., Price, K.H., Bell, M.P. (1998). *Beyond relational demography: time and the effects of surface- and deep-level diversity on work group cohesion*. Acad. Manag. J. 41:96–107.

- Hogg, M.A. (2007). *Uncertainty-identity theory*. In M.P. Zanna (Ed.) *Advances in experimental social psychology* (pp. 69-126). San Diego, CA: Academic Press.
- Hornsey, M.J. and Hogg, M.A. (1999). *Subgroup differentiation as a response to an overly inclusive group: A test of optimal distinctiveness theory*. *European Journal of Social Psychology*, 29, 543-550.
- Johnson, Y., Munch, S. (2009). *Fundamental contradictions in cultural competence*, *Social Work*, 1: 1-18.
- Kanter, R. (1977). *Men and Women of the Organization*. New York: Basic Books.
- Kashima, E.S., Kashima, Y., and Hardie, E. (2000). *Selftypicality and group identification: Evidence for their separateness*. *Group Process and Intergroup Relations*, 3, 97-110.
- Kirkpatrick, D., Phillips, J. J., Phillips, P. P. (2003). *Getting results from diversity training*. In *dollars and cents*, *HR Focus*, 80(10), 3-4.
- Knights, D., Willmott, H. (1989). *Power and subjectivity at work: From degradation to subjugation in social relations*. *Sociology*, 23, 535-558.
- Kossek, E.E., Lobel, S.A. (1996). *Managing diversity. Human resource strategies for transforming the workplace*, Oxford, UK: Blackwell Publishers.
- Kumas-Tan, Z., Beagan, B., Loppie, C. et al (2007). *Measures of cultural competence: examining hidden assumptions*, *Acad Med*, 82 (6): 548-557.
- Kymlika, W. (2010). *Testing the liberal multiculturalist hypothesis: normative theories and social science evidence*, *Can J Polit Sci*, 43 (2): 257-271.
- Leininger, M. (1978). *Transcultural nursing: concepts, theories and practices*, New York, John Wiley and Sons.
- Leininger, M. (1995). *Transcultural nursing: concepts, theories, research, and practice*, Columbus (OH), McGraw-Hill College Custom Series.
- Longo F. e Ricci A. (2018). Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario italiano in *Rapporto OASI 2018*, Collana CERGAS Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale della SDA Bocconi School of Management, 1, 1-25.

- Manderson, L., Reid, J. (2010). *Cultural competence in health care: a critical review of the literature, in The Health Care System: An International Perspective*, Vol. 3, P. T. Kristensen & N. Abrahamson (a cura di), Santa Barbara, CA: Praeger, pp. 245-266.
- McGough, H., Fitzpatrick, J.J., Dean, E. (2011). *Culturally competent healthcare*, Journal of Transcultural Nursing, 22 (3): 213-214.
- McGuire, D., Bennett, J., Carillo, R., Scott, S., Sternberg, S. (2006). *Cultural competence in the era of evidence-based practice*, J Prof Nurs, 24 (3): 172-178.
- McNamara, B., Trsek, K., Marriott, J., Graham, S., Stepaniuk, K. (2009). *Cultural competency in health: a review of the evidence*, 7(2), 67-70.
- Metge, J. (2009). *Globalization and culture change: a view from New Zealand*, Ethnology, 36 (4): 315-326.
- Mistry, J. (2005). *Identifying and tracking new forms of risk in corporate globalization*, J Bus Res, 58 (5): 594-602.
- Naseer M, Zahidie A, Shaikh BT. *Determinants of patient's satisfaction with health care system in Pakistan: a critical review*. Pak J Public Health 2012;2(2):56-61
- Nelson, T., Quick, J.C. (2008). *Organizational behavior: foundations, realities, and challenges*, 6th ed, Mason, OH, Thomson South-Western.
- O'Conner, P. (2009). *Understanding organizational culture: a cultural change approach*, Journal of Change Management, 9 (4): 427-438.
- Ogden, J. (2003). *Some problems with social cognition models: a pragmatic and conceptual analysis*, Health Psychol, 22 (4): 424-428.
- Papadopoulos, I. (2006). *Promoting cultural competence in health care through a research-based intervention in the UK*, Diversity Health Soc Care, 3 (1): 17-29.
- Peters, B.G. (2008). *Advanced introduction to public policy*, Cheltenham, UK, Edward Elgar Publishing.

- Pinto, A.D., Bloch, G., Penn, A. (2011). *The problem of decontextualization in global health education: a case study on ethical challenges in an international health elective*, International Journal of Ethics Education, 1(3), 233-246.
- Rao, S., Logossah, K., Nijhawan, R. (2006). *Cultural competency in health care: evaluating the outcomes of a cultural competency training among health care professionals*, Journal of Evaluation in Clinical Practice, 12 (2): 210-216.
- Richardson IM, Howie IG, Durno D, Gill G, Fordyce ID. *Study of General Practitioner Consultations in North-East Scotland*. J.R.Coll Gen Pract 1973 Feb;23. British Journal of General Practitioners
- Sawyer, J. (2007). *Groups in harmony and tension: international human rights NGOs in Taiwan*, Human Rights Quarterly, 29 (2): 412-430.
- Schram, S.F. (2006). *Pragmatism and the relationship between cultural competence and social justice*, Social Work Education, 25 (8): 865-880.
- Shafritz, J.M., Ott, J.S., Jang, Y.S. (2005). *Classics of organization theory*, 6th ed, Mason, OH, Thomson South-Western.
- Shore, B. (2008). *Empathy, cultural competence and the self-aware therapist*, Family Therapy, 35 (4): 305-316.
- Srivastava, A., Bartol, K. (2006). *Cultural diversity's impact on interaction process and performance: comparing homogeneous and diverse task groups*, Journal of Cross-Cultural Psychology, 37 (3): 212-232.
- Sue, D.W. (2006). *Cultural competency: from philosophy to research and practice*, J Community Psychol, 34 (2): 237-245.
- Tate, P., Pohorecky, Z., Hanley, A. (2011). *Cultural competency training for health professionals*, Diversity Health Soc Care, 3 (2): 107-116.
- Tengilimoglu D, Kisa D, Dziegielewska SF. *Patient satisfaction in Turkey: differences between public and private hospitals*. J Community Health 1999; 24(1): 73-91
- Tropp, L.R., Wright, S.C. (2001). *Ingroup identification as the inclusion of ingroup in the self*, Pers Soc Psychol Bull, 27 (5): 585-600.

Wax, R. (2004). *From agency to access: the role of government in fostering participation in the arts*, *Journal of Arts Management, Law, and Society*, 34 (4): 281-298.

Wilkerson, J., Arango, M., Meurer, L., Pefanco, M., Waters, V. (2009). *A phenomenological exploration of cultural competence*, *J Transcult Nurs*, 20 (2): 134-142.