

INIZIATIVA OSPEDALIERA

LA RIVISTA DELL'ANAAO ASSOMED



Firenze 2024

QUINTA CONFERENZA NAZIONALE
AREA FORMAZIONE FEMMINILE
ANAAO ASSOMED

**LE REGIONI DELLE DONNE
CHE CURANO CONTRO
LA SANITÀ DISUGUALE**

INIZIATIVA OSPEDALIERA

LA RIVISTA
DELL'ANAAO
ASSOMED

Supplemento a
Dirigenza Medica 2/2025
Il mensile dell'Anaa Assomed

Anaa Assomed

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

Direttore

Pierino Di Silverio

Direttore responsabile

Silvia Procaccini

Comitato di redazione:

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

Coordinamento redazionale

Ester Maragò

Progetto grafico e impaginazione

Giancarlo D'Orsi

Editore

Homnya srl
Sede legale:
Via della Stelletta, 23
00186 Roma
email: info@homnya.com

Ufficio Commerciale

info@homnya.com
Tel. +39 06 45209 715

Stampa

STRpress, Pomezia (Rm)
Registrazione al Tribunale
di Milano n.182/2002
del 25.3.2002. Anno XXiv

Diritto alla riservatezza:
"Dirigenza Medica" garantisce
la massima riservatezza dei dati forniti
dagli abbonati nel rispetto della legge
675/96

Finito di stampare
nel mese di febbraio 2025

INDICE NUMERO 1/2025

1	PRESENTAZIONE Sandra Morano
3	LE RAGIONI DELLA DIFFERENZA DAL PASSATO AL FUTURO: IL RUOLO CRUCIALE DELLE MEDICHE E DELLE LORO FORME DI RAPPRESENTANZA Giovanna Vicarelli
4	LE RAGIONI DELLA RELAZIONE E DELLA DIGNITÀ NEL LAVORO DI CURA CONTRO LA DISUMANIZZAZIONE DEL LAVORO Gabriella Marini
5	CONTRO LE AGGRESSIONI AL PERSONALE SANITARIO Eleonora Albanese, Santina Castellino
6	LA DIGNITÀ DEL LAVORO IN SANITÀ Carlo Lusenti
7	L'ESPERIENZA DEL GRUPPO DONNE ANAAO TOSCANA Lucia Miligi
8	IL LAVORO DI CURA E IL BISOGNO DI UNA FORMAZIONE POST LAUREA DA RIPENSARE LA TESTIMONIANZA Rossella Melcarne
9	LA FORMAZIONE POST-LAUREA E LA FUGA DEI GIOVANI MEDICI Berenice Tulelli
9	LE RAGIONI DELL' AUTOREVOLEZZA. LEADERSHIP FEMMINILE: QUALE, E PER QUALE SANITÀ? MEDICHE IN CARRIERA E LEADERSHIP Alessandra Spedicato
11	LE RAGIONI DELLE DONNE CHE CURANO CONTRO LA SANITÀ DISUGUALE STRESS ED EPIGENETICA Rosita Gabbianelli
12	PROMUOVERE LA LEADERSHIP FEMMINILE IN SANITÀ Federica Meta
12	IL FEMTECH COME VALORIZZAZIONE DELLA MEDICINA DI GENERE Valeria Leuti
13	SPLENDORI E MISERIE DELL' INTELLIGENZA ARTIFICIALE: UN PASSAGGIO EPOCALE E UNA SANITÀ PREVALENTEMENTE FEMMINILE SPLENDORI E MISERIE DELL'INTELLIGENZA ARTIFICIALE Francesco Varanini
14	LE RAGIONI DELLE SCELTE: ESSERE SINDACALISTE IN SANITÀ L'IMPEGNO DELLE SOCIETÀ SCIENTIFICHE E DELLE ASSOCIAZIONI PROFESSIONALI Valeria Dubini
15	DOCUMENTO CONGIUNTO
16	PREMIO SPECIALE AFF

DONNE INSIEME PER CAMBIARE VERSO

**SANDRA
MORANO**
RESPONSABILE
AREA FORMAZIONE
FEMMINILE

La V Conferenza Anaa Donne si è aperta nel momento forse più difficile della sanità pubblica italiana. E lo ha fatto presentando una valutazione dei quasi dieci anni di attività dell'**Area Formazione Femminile**, la prima esperienza del genere in ambito sindacale e professionale delle donne in Sanità. Questo **luogo-tempo** di crescita delle professioniste si è rivelato necessario per superare il **disagio, la sindrome dell'intruso e la mimesi**, uniche vie di esistenza delle donne nei luoghi istituzionali della cura, dove, non previste, faticano ancora a trovare la loro strada, come la Alice nel paese delle meraviglie.

Un titolo, un programma: Dalle Regioni alle Ragioni

I lavori si sono articolati a partire da un tema politico molto discusso negli ultimi tempi, l'orizzonte tanto ristretto quanto fallimentare della **Autonomia Differenziata**, il progetto politico per una **sanità che si vuole diseguale**, non inclusiva. Un progetto che stride con lo sguardo al femminile informato all'accoglienza.

Lo svolgimento della V Conferenza è stato come un viaggio che, a partire da un orizzonte fatto di "piccole patrie" - **le Regioni**-, si è allargato al dispiegamento di tante **Ragioni**, illustrate in successive sessioni: **Le Ragioni delle Donne**.

LE RAGIONI DELLA DIFFERENZA

Il contesto e il racconto. Il protagonismo istituzionale delle donne che curano, in marcia da decenni (Vicarelli), arriva in un mondo del lavoro oggi sempre più frustrato, e coincide

con la loro ricerca di una propria, differente identità, insieme alla necessità di ri-orientare e ri-organizzare il Sistema Sanitario. Temi da tempo segnalati con preoccupazione all'attenzione generale, e che oramai riguardano tutti.

A partire da riferimenti al ruolo nei movimenti politici di figure di pioniere in Medicina (Betti), sono emerse le tappe del lavoro svolto finora dalla AFF, un cammino oramai ricco di esperienza e documentazione (Procaccini) che ha acquisito le caratteristiche di un **laboratorio-scuola** che guarda anche all'Europa.

Un passaggio epocale: i tanti volti dell'Hi tech in Medicina e una Sanità prevalentemente femminile. Un vastissimo patrimonio di tecnologia, digitalizzazione, ingegneria biomedica e AI è ormai entrato nei luoghi della cura e nel rapporto medico paziente. In questo scenario, come nelle corsie, le donne sono oramai in maggioranza, e il bisogno di confronto, la ricerca di alleanze e di condivisione sono quanto mai necessari. Discutere nella tavola rotonda **Splendori e Miserie dell'intelligenza Artificiale** i temi più controversi di un cammino parallelo in settori differenti, dialogare insieme con ingegnere arrivate a lavorare per gli stessi obiettivi negli stessi luoghi, dal letto del paziente alla sala operatoria, dentro e fuori dall'ospedale, è stato indubbiamente l'aspetto più innovativo di questa Conferenza.

LE RAGIONI DELLA RELAZIONE E DELLA DIGNITÀ DELLA FORMAZIONE NEL LAVORO DI CURA

Le Ragioni delle donne contro la disumanizzazione del lavoro caratterizzano costantemente l'impegno della AFF, che è stato illustrato (Marini) attraverso le nostre numerose prese di posizione contro il maltrattamento dei lavoratori e lavoratrici in Sanità.

La violazione della dignità del lavoro in sanità trova la punta dell'iceberg nelle aggressioni al personale sanitario (Albanese, Castellino) ma viene documentata anche dai quesiti inviati al Servizio Legale dell'Anaa (Lusenti). Senza

ignorare il penoso, quotidiano esodo del personale dal SSN e la pessima qualità della formazione nella esperienza dei nostri giovani professionisti (Liuzzi, Melcarne Tulelli).

LE RAGIONI DELL'AUTOREVOLEZZA sono state riprese dopo il precedente seminario (*Leadership Femminile: Quale e Per Quale Sanità* Roma, giugno 2024,) e arricchite da altri dati rilevati da una survey rivolta anche a colleghe europee, lanciata in collaborazione con la FEMS (Spedicato), che conferma un differente vissuto e una più responsabile interpretazione del ruolo della leadership femminile, soprattutto nelle nuove generazioni.

LE RAGIONI DELLE DONNE CONTRO LA SANITÀ DISEGUALE descrivono iniquità che colpiscono il lavoro e la salute soprattutto al femminile, e che definiscono la tappa cruciale di una maggioranza in cammino: un quinto stato simbolicamente rappresentato nella nostra copertina. Se avevamo dubbi sulla tossicità da lavoro, nelle donne, e specificamente in carriera, un aggiornatissimo update ci è stato fornito dalle ultime evidenze in materia di epigenetica (Gabbianelli), e l'incontro in una affiatata tavola rotonda di tante colleghe rappresentanti di **Società Scientifiche** ci ha arricchito di più realistiche convergenze capaci di orientare più giuste politiche e pratiche di cura.

MERITIAMO DI ESSERE PREMIATE

A corollario delle tante Ragioni qui espresse, la V Conferenza si è conclusa con una inedita iniziativa: la istituzione del **Premio Speciale AFF** a "*colleghe che abbiano contribuito a migliorare la relazione di cura e la cooperazione nei luoghi di lavoro*".

Sono le occasioni come queste - purtroppo ancora poche nel panorama generale - che riescono nonostante tutto a far emergere aspetti finora poco valorizzati: il differente bisogno di giustizia, la consapevolezza dei propri e altrui talenti, all'insegna della solidarietà e non dell'individualismo. Dietro la maggior parte di noi ci sono storie quasi sempre in salita, molti ostacoli e pochi riconoscimenti: **meritiamo di essere premiate.**



LE RAGIONI DELLA DIFFERENZA

Giovanna Vicarelli
Direttrice Scientifica
del Criss Sociologa,
Direttrice scientifica
Univpm



DAL PASSATO AL FUTURO: IL RUOLO CRUCIALE DELLE MEDICHE E DELLE LORO FORME DI RAPPRESENTANZA

Se ci si interroga, con lo sguardo della sociologia storica, sui fattori esplicativi della lenta inclusione femminile, in Italia, nei campi del lavoro qualificato, in specifico medico, si può individuare nella debolezza dello stato e del mercato, nonché nella forza delle comunità locali e parentali alcune delle cause di lungo periodo da prendere in considerazione. Da un lato, gioca un ruolo determinante la lenta crescita dello stato sociale in Italia e il procrastinare nel tempo la creazione del SSN. Ad essa si collegano i processi di scarsa modernizzazione delle burocrazie pubbliche, con la conseguente limitata valorizzazione della dimensione tecnica e scientifica. Dall'altro, non possono, neppure, esseri sottaciuti i limiti di una economia fragile e spesso arretrata, con evidenti caratteri di dualismo nel mercato del lavoro e con forti esperienze corporative. A fronte di ciò si pone il ruolo dominante di una cultura (sia cattolica che laica) centrata sulla famiglia a cui si riserva funzioni di autotutela degli individui, con una posizione femminile tanto cruciale per la sopravvivenza di questo sistema, quanto necessariamente confinata nei limiti della sfera privata.

È in questo contesto che le professioni, compresa quella medica, hanno cercato la loro collocazione sia nel settore pubblico che in quello privato, talvolta sommando lavori nell'uno e nell'altro, non potendo contare su un inserimento lavorativo forte e riconosciuto né nello Stato né nel mercato. Non meraviglia, dunque, che di fronte a vincoli strutturali così forti, che connotano un modello italiano di sviluppo con caratteri particolaristici, meritocratici e familistici, le strategie femminili di inclusione nelle aree più forti e difese del lavoro professionale, abbiano assunto toni poco accesi, di quasi invisibilità, lasciando spesso che fossero

le contraddizioni del sistema ad aprire spazi inusitati entro cui inserirsi e prendere lentamente posizione. In questa ottica il processo di inclusione delle donne negli ambiti professionali sembra assumere i caratteri di *un adattamento silenzioso in un ambiente ostile*, entro cui le donne hanno trovato solo nicchie lavorative fino agli anni Settanta, quando il percorso è divenuto più agevole ma non risolutivo, come i dati più recenti dimostrano. Non sembra, dunque, inutile riferirsi al concetto di *“révolution respectueuse”* coniato per le donne ingegnere per interpretare il processo di inclusione femminile nella medicina. Esso può essere caratterizzato, ci sembra, dalla *“insoumission discrète”* delle *pioniere* (da fine Ottocento ai primi due decenni del Novecento), cui ha fatto seguito una presenza “modesta” delle *innovatrici* (dagli anni Venti agli anni Ottanta del Novecento), fino al “silenzio fattivo” delle odierne *professioniste* (dagli anni Novanta alla pandemia).

Con queste dinamiche alle spalle, ci si può interrogare sul futuro delle mediche nel sistema sanitario italiano, a partire dal riconoscimento che, per andamenti demografici oltre che per merito, esse si trovano ad assumere sempre più posizioni apicali. Sapranno le donne “prendere la parola” e uscire allo scoperto come *dirigenti* di struttura complessa e/o in posizioni direttive (cioè, di direttrici generali e direttrici sanitarie delle ASL/AO) per cercare e offrire soluzioni tanto al professionalismo in crisi che alla debolezza del Servizio Sanitario Nazionale? Le attuali condizioni di destrutturazione del sistema sanitario pubblico e di precarizzazione del lavoro professionale in esso, ne fanno una sfida difficile da accogliere e per certi versi quasi impossibile. Si potrebbe, infatti, immaginare che, come Sisifo, le mediche si trovino ad aver spinto faticosamente il maso del lavoro professionale e della cura, dalla base alla cima del monte, ma una volta raggiunta la cima, vedano il sasso tornare nuovamente ai piedi del monte, con la costrizione a dover ricominciare nuovamente la salita; quasi che la presa in carico femminile della salute sia una fatica inutile e sinonimo di una audacia non apprezzabile. D'altro canto, in un momento in cui il SSN sta mostrando tutte le sue debolezze e una parte del personale sanitario (a partire dai medici) si è già avviato verso una “Great Resignation cioè una Grande fuga”, chiedere alle mediche di essere positive e costruttive appare molto difficile. Tuttavia, a fronte di una sfida così grande, oggi si pone una altrettanto grande perdita che risiede nel diritto universalistico alla salute e in un processo di cura che sia comprensivo tanto degli aspetti tecnici e clinici che di una presa in carico complessiva del paziente e della sua salute. In questa direzione sarebbe necessario un grande progetto di *voce* cioè di creazione di consenso e di progettazione per un effettivo rilancio del sistema pubblico e di valorizzazione della professione medica a partire dalla componente femminile. In altri termini, occorrerebbe passare dalla *Great Resignation* ad una *Great Re-Negotiation* che deve necessariamente passare dal coinvolgimento del personale e dalla messa in discussione delle attuali modalità di lavoro nel SSN, un processo entro cui l'Anaa-Formazione Donne ha avuto e può svolgere ancor più oggi un ruolo strategico.



LE RAGIONI DELLA RELAZIONE E DELLA DIGNITÀ NEL LAVORO DI CURA

Gabriella Marini
Vice Segretaria Anaa
Assomed Abruzzo



CONTRO LA DISUMANIZZAZIONE DEL LAVORO: L'IMPEGNO DELL'AREA FORMAZIONE FEMMINILE

La **disumanizzazione** del lavoro è un tema affrontato dall'Area Formazione Femminile esplorando in modo significativo la disumanizzazione del lavoro femminile, ed evidenziando come le donne, in molte professioni e settori, siano spesso sottovalutate e prive del giusto riconoscimento.

L'AFF ha analizzato le complesse dinamiche che sostengono un'organizzazione del lavoro che penalizza ancora oggi l'impegno delle lavoratrici e propone nuovi modelli attraverso iniziative di formazione ed educazione. Nel 2018 - in seno al 24° Congresso Nazionale si parla di rappresentanza e autorità: *"Verso una sanità orientata dalle donne"* - che ripropone la centralità dell'etica della cura e della relazione, tra chi cura e chi le cure le riceve; al punto di titolare la terza Conferenza nazionale nel 2019 *"Dal mercato della cura alla società del care"*, auspicando, come riportato da un editoriale pubblicato su *Dirigenza medica* *"è tempo di una società della cura che finalmente ci appartenga"*.

Sempre nel 2019 la sfida delle mediche e delle dirigenti sanitarie dell'AFF si arricchisce di una nuova visione: ridisegnare i luoghi della cura con la collaborazione di architette esperte. Per l'AFF una svolta importante nel processo di umanizzazione del lavoro consiste nel progettare e costruire strutture innovative pensate in relazione circolare e non gerarchica, con l'attività dei presidi territoriali esistenti e con la specializzazione degli ospedali. Per l'AFF bisogna abbandonare la standardizzazione dell'arte medica, tornando a privilegiare le nostre unità di misura, quali l'etica professionale, la relazione tra curante e cu-

rato e il benessere.

Il 2021, in piena pandemia, è l'anno della pubblicazione del libro *"La Sanità che vogliamo, le cure orientate dalle donne"*, un progetto inviato al programma *Next Generation EU* e accolto con favore dal già Presidente del Consiglio Mario Draghi che con una lettera ringraziava per *"il contributo fornito con le utili testimonianze"*. Il testo è frutto del lavoro delle mediche e delle dirigenti sanitarie dell'AFF insieme con architette, psicologhe, economiste, filosofe, giornaliste. Un elenco di priorità che mirano a suggerire cambiamenti strutturali per costruire la salute del futuro restituendo il giusto ruolo alle competenze.

Restando nel 2021, è dedicata alla memoria di Sara Pedri un'iniziativa dell'AFF in seno all'assemblea dei segretari aziendali che si è tenuta a Bari, che titola *"Soffrire sul lavoro non è una fatalità"*. Il richiamo è ad un saggio di *Christophe Dejours* noto psichiatra e psicoanalista francese della Scuola di psicologia del Lavoro (Paris XIII), autore del libro *"Si può scegliere. Soffrire sul lavoro non è una fatalità"*, sul suo impatto sulla salute mentale e sul benessere dei lavoratori. Infatti il titolo della quarta conferenza, che si è tenuta a Roma nel Maggio 2022 è stato *"Soffrire sul lavoro non è un destino. Le donne al governo della sanità tradita"*. Il tradimento avviene a partire dall'organizzazione, perché è sulla pelle delle donne che si è massimamente accanita, prima occultata dalla storica disparità, poi messa tragicamente in evidenza durante il Covid. È in questa circostanza che si registrano numerosi traumi legati allo stress, soprattutto nei reparti in cui è massima la presenza delle donne.

Nel Dicembre 2022 vengono proposte alternative al modello aziendalistico nel Webinar *"Con occhi di donna"*, che precede l'omonimo seminario residenziale presso la facoltà di Economia dell'Università Politecnica delle Marche in cui si affrontano le domande *"Il modello di governance della sanità è fallito? Esistono alternative?"* Seguono proposte operative per iniziare a concretizzare un nuovo approccio alla cura che richiede multidisciplinarietà e una visione olistica delle organizzazioni sanitarie.

Nel 2023 con un articolo sul quotidiano sanità, Sandra Morano titola *"Oltre la retorica del soffitto di cristallo: le vite delle donne, il bisogno di essere umani e quei NO al modello performante"*.

Nel 2024 nel seminario studio *"Leadership femminile, quale e per quale sanità?"* emerge come lo spirito di coesione sia l'elemento fondamentale che permette di affrontare qualsiasi sfida, anche quella di eliminare le barriere all'accesso ai vertici della società e del sistema sanitario.

Concludo riportando un nostro intervento sul Quotidiano Sanità che cita così *"Nella Sanità pubblica la salute non si compra e non si vende, e più ci si allontana dai pazienti, meno si esercita quella professione unica che abbiamo scelto per passione e per sempre"*.



LE RAGIONI DELLA RELAZIONE E DELLA DIGNITÀ NEL LAVORO DI CURA

Eleonora Albanese
Comitato Direttivo Cosmed



Santina Castellino
Dirigente Medica Nefrologa
Ospedale di Taormina



CONTRO LE AGGRESSIONI AL PERSONALE SANITARIO: NORD, CENTRO E SUD LO STATO DELL'ARTE

Il tema della violenza contro gli operatori sanitari ha assunto particolare rilevanza con episodi in costante crescita numerica al punto da rappresentare un importante problema di salute pubblica. Secondo i dati OMS, tra l'8% il 38% degli operatori sanitari subisce violenza fisica a un certo punto della propria carriera mentre molti di più sono i minacciati e gli esposti ad aggressioni verbali da parte di pazienti e familiari.

Dai dati di letteratura emerge che il fenomeno colpisce in particolare servizi di emergenza urgenza, Ps e 118, strutture psichiatriche, sia ospedaliere che territoriali. Nel 2023 l'Osservatorio Nazionale sulla Sicurezza degli Esercenti le Professioni Sanitarie e Socio-Sanitarie (ONSEPS) ha raccolto oltre 16000 segnalazioni di aggressioni nei confronti di operatori sanitari in tutta Italia con più di 18000 operatori coinvolti. Dai dati Inail, emerge che nel triennio 2020-2022 i casi di violenza in sanità sono circa 6000 e, di questi, il 70% coinvolge le donne. In un'indagine del 2024, condotta da Anaao Assomed, l'81% dei responders riferisce di essere stato vittima di aggressioni fisiche o verbali. Di questi, il 23% riferisce aggressioni fisiche e il 77% verbali mentre il 75% ha assistito personalmente ad aggressioni ai colleghi. Le aggressioni sono compiute dal paziente solo nella metà dei casi (51,3%) mentre i parenti sono responsabili del 42,3% degli eventi, soprattutto in Pronto Soccorso. Il dato allarmante è che ben il 69% dei sanitari non denuncia l'aggressore.

Il contesto normativo

Raccomandazione n. 8 del 2007 del Ministero della Salute: considera gli episodi di violenza contro gli operatori sanitari eventi sentinella della presenza nell'ambiente di lavoro di situazioni di rischio o di vulnerabilità e, come tali, devono es-

sere segnalati attraverso il flusso SIMES, (Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità, istituito nel 2009). La raccomandazione incoraggia l'analisi dei luoghi di lavoro e dei rischi correlati nonché l'adozione di iniziative e programmi volti a prevenire gli atti di violenza.

Dlgs 81/2008: il datore di lavoro deve valutare anche i rischi collegati allo stress lavoro-correlato (art. 28 comma 1), ma in ambito sanitario quest'obbligo è scarsamente rispettato sia in riferimento alle aggressioni che rispetto al burnout di cui sono spesso concausa.

Legge 113/2020: prevede, in caso di aggressioni, reclusione fino a 16 anni, sanzioni fino a 5.000 euro e protocolli operativi con le forze di polizia per garantire interventi tempestivi. Oltre alla istituzione dell'Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie presso il Ministero della Salute.

Legge 34/2023: "Novità in tema di contrasto agli episodi di violenza nei confronti del personale sanitario" che modifica l'art. 583-quarter del CP.

Il CCNL 2019-2021 ha introdotto per la prima volta, nell'ambito del confronto aziendale, la possibilità di intervenire sulle misure concernenti la salute e la sicurezza sul lavoro, anche con riferimento alle aggressioni, prevedendo una vera e propria responsabilizzazione delle Aziende verso tale problematica.

Lo stato dell'arte nelle Regioni

La raccomandazione n.8/2007 declina le possibili strategie per un programma di prevenzione, tuttavia le Regioni prese in esame (Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Lazio, Puglia e Sicilia) solo dal 2020 stilano linee di indirizzo sul tema. Nelle quali viene fatta la distinzione tra misure preventive di tipo strutturale/tecnologico e misure organizzative. Le prime includono il potenziamento di sistemi di allarme e di dispositivi di sicurezza piuttosto che l'installazione di circuiti di videosorveglianza o il miglioramento del confort dei luoghi di attesa. Le misure organizzative comprendono la sensibilizzazione del personale a segnalare eventuali violenze, il miglioramento della comunicazione con i cittadini, la definizione di politiche e procedure per la sicurezza. Tutte le regioni hanno poi puntato sulla formazione degli operatori sanitari attraverso la costituzione di una task force di istruttori o l'attivazione di corsi. Emilia Romagna, Toscana e Lazio richiedono feedback alle aziende relativamente alla corretta applicazione delle linee di indirizzo.

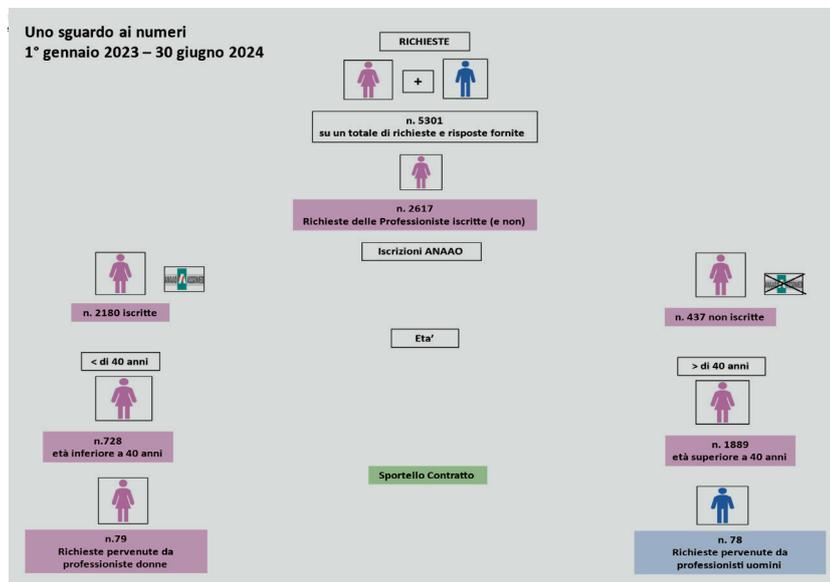
Conclusioni

È necessario sensibilizzare i cittadini sulle condizioni di lavoro del personale sanitario, educandoli ad atteggiamenti rispettosi, con l'ausilio delle associazioni dei malati, e definire misure e strumenti per spingere alla segnalazione degli episodi di violenza individuando all'interno di ogni UOC un referente per rischio violenze. E promuovere la formazione del personale apicale ad una leadership collaborativa, aperta al dialogo, in grado di creare senso di appartenenza e unità, per ridurre le dinamiche conflittuali.



**LE RAGIONI
DELLA RELAZIONE
E DELLA DIGNITÀ
NEL LAVORO DI CURA**

**LA DIGNITÀ
DEL LAVORO IN SANITÀ
ATTRAVERSO I QUESITI
AL SERVIZIO LEGALE DELL'ANAAO**



Carlo Lusenti
Responsabile
Ufficio Legale
Anaa Assomed



L'articolo 3 della Costituzione Italiana sancisce il principio di eguaglianza senza distinzione di sesso, razza, lingua, religione, opinioni politiche, condizioni personali e sociali.

Un articolo importantissimo per le donne italiane fin dalla sua entrata in vigore. La stessa Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea prevede che la parità tra uomini e donne deve essere assicurata in tutti i campi. In una Repubblica fondata sul lavoro una piena uguaglianza fra i sessi non può prescindere dalla parità anche sul piano lavorativo.

È un fatto certo che le conquiste delle donne italiane, negli ultimi tre quarti del secolo scorso, siano state tante e forse quel "soffitto di cristallo" negli ultimi anni è stato infranto. Ma si può e si deve fare ancora di più. Quest'anno, all'esito del monitoraggio e della rilevazione delle attività dell'Ufficio legale del 2023 e del primo semestre del 2024, abbiamo ritenuto utile sviluppare un opuscolo, ad uso interno, dedicato all'Area Formazione Femminile – versione integrale disponibile sul sito dell'Associazione -, valido strumento per sviluppare il confronto tra le colleghe mediche e non solo, attraverso la condivisione di criticità e soluzioni delle stesse, al fine di individuare modelli efficienti in grado di rafforzare e agevolare il governo della sanità al "femminile". Il lavoro, senza alcuna pretesa di esaustività, ha realizzato una disamina delle richieste pervenute all'Ufficio Legale dell'Anaa Assomed dalle iscritte (e non) all'Associazione, ciò nel doveroso monitoraggio di un panorama giuridico in continua evoluzione e nell'intento di fornire uno spunto di riflessione sui temi affrontati, e auspichiamo risolti, dal 1° gennaio 2023 al 30 giugno 2024. Aver "scansionato" le richieste (nella tabella sono riportati i numeri della rilevazione al "femminile"), ci ha consentito di fotografa-

re i bisogni più diffusi. Il primo dato è che se analizziamo le richieste di consulenza tra genere maschile - femminile sono più o meno divise al 50%; mentre se si fa riferimento all'iscrizione all'Associazione la consulenza è fornita prevalentemente alle iscritte; se le dividiamo per fascia di età scegliendo il cutoff dei 40 anni si evidenzia come il servizio venga utilizzato prevalentemente da iscritte maggiore di 40 anni. A questi numeri sono aggiunti i risultati dello "sportello contratto", ulteriore servizio avviato a seguito della firma della pre-intesa contrattuale. Rispetto agli argomenti richiesti abbiamo selezionato le dieci questioni prevalenti e individuato il filo comune: il tema relativo alla conciliazione dei tempi e dell'organizzazione tra vita e lavoro.

Quali considerazioni su questa quantità di bisogni? Le norme cambiano continuamente nel tempo; sono anche migliorate, fanno parte di un assetto di diritti sociali che si sono rafforzati e continuamente evolvono, in certi periodi più rapidamente in certi periodi in modo più incerto, in altri momenti retrocedono diventano anche diritti negati, non riconosciuti e questo fenomeno ha una radice, una ragione: la pressione sociale influenza il legislatore. Le leggi sono buone o cattive perché inseguono la realtà sociale e la realtà è ciò che noi siamo in grado di rappresentare per cambiare il mondo. Il quadro normativo di tutele è ancora incompleto e spesso è il diritto vivente ad "anticipare" il legislatore nel rispondere alle nuove esigenze legate ai cambiamenti in atto nella società.

Nella "partita attuazione dei valori costituzionali" un ruolo fondamentale hanno giocato la Corte Costituzionale e la giurisprudenza; il più delle volte solo alle sollecitazioni giurisprudenziali ha fatto seguito l'adozione di riforme legislative, sia in termini di garanzie lavorative, sia come tutela della lavoratrice madre, sia rispetto al tema conciliazione vita lavoro, per non parlare del profilo sociale e della tutela giuridica della donna, della libertà sessuale della possibilità di accesso alla politica fino al tema più che mai attuale, purtroppo, della lotta alla violenza.

"Bisogna esserci!". Questo lo diceva Tina Anselmi, la prima donna ad aver ricoperto la carica di Ministro della Repubblica Italiana; il primo Ministro del Lavoro che ha promosso la legge per parificare e chiudere la forbice salariale, il primo Ministro della salute che ha dato "vita" all'articolo 32 della Costituzione, la legge 833 del 1978. Una donna che ha cambiato con impegno la legislazione italiana perché ha capito che per cambiare il mondo bisogna esserci ma soprattutto che, quando le tematiche dei diritti fondamentali non sono analizzate in modo bilanciato, ma sono "giocate una contro l'altra", diventa impossibile ragionare in termini reali e i diritti fondamentali vengono strumentalizzati ideologicamente. Non è sufficiente fare gli spettatori: ci vuole un impegno diverso per cambiare la realtà e per cambiare la realtà vale ancora oggi ciò che diceva sempre Tina Anselmi "Quando le donne si sono impegnate nelle battaglie le vittorie sono state le vittorie per tutta la società". La politica che vede le donne in prima linea è la politica di inclusione, di rispetto delle diversità e di pace e tutti sappiamo quanto oggi c'è bisogno di inclusione, rispetto delle diversità e pace.

LE RAGIONI DELLA RELAZIONE E DELLA DIGNITÀ NEL LAVORO DI CURA

Lucia Miligi

Anaao Assomed, Toscana



L'ESPERIENZA DEL GRUPPO DONNE ANAAO TOSCANA: LA MARATONA CULTURALE

Nel panorama della sanità italiana, la questione di genere rappresenta un tema centrale che merita una riflessione approfondita. Il Gruppo Donne ANAAO Toscana ha intrapreso dal 2023 un percorso innovativo attraverso il progetto *La Maratona Culturale* con l'obiettivo di UNIRE, INFORMARE E COMUNICARE, CRESCERE E ARRICCHIRE, sensibilizzando e informando i professionisti della sanità su questioni legate alle disparità di genere, alla medicina di genere e alle problematiche quotidiane del settore. Il progetto si è strutturato intorno a tre principali attività:

1. LE PILLOLE DI GENERE:

Uno degli strumenti di maggiore impatto è stata la rassegna *Le Pillole di Genere*, pubblicazioni mensili che dal 2023 hanno contribuito a diffondere conoscenze su temi di grande rilevanza clinica, sociale e sindacale. Attraverso articoli pubblicati sul blog di Anaao Toscana, il progetto ha esplorato numerosi argomenti, tra cui:

- Le differenze di genere nelle malattie cardiovascolari, che continuano a essere sottovalutate nella pratica clinica
- Lo smart working, con un'analisi delle opportunità e delle difficoltà per il personale sanitario, in particolare per le donne
- La violenza nei confronti del personale sanitario, una piaga sempre più diffusa, affrontata con due approfondimenti specifici volti sulla necessità di maggiori tutele
- La fibromialgia, un esempio paradigmatico di come la medicina di genere possa portare a nuovi approcci diagnostici e terapeutici
- Il rapporto tra tumore della mammella e turni di lavoro, un tema di crescente interesse per la comunità scientifica, che mette in luce l'impatto delle condizioni lavorative sulla salute delle donne
- La medicina narrativa, come strumento per migliorare la relazione medico-paziente e comprendere meglio le esperienze vissute dai pazienti
- L'uso della formazione tramite simulazione, con particolare riferimento alle differenze di genere nella gestione dell'arresto cardiaco

2. IL QUESTION TIME:

Un appuntamento mensile in presenza e da remoto, un luogo di confronto e supporto per le lavoratrici della sanità affrontando questioni cruciali per la professione, tra cui:

- Maternità e tutela delle lavoratrici, con riflessioni sulle difficoltà nel bilanciare carriera e vita privata e la necessità di rafforzare le misure di sostegno
- Gestione delle ferie arretrate, un problema spesso sottovalutato che incide sulla qualità della vita lavorativa

- Mobilità lavorativa, con un'analisi delle opportunità e difficoltà legate agli spostamenti tra strutture sanitarie
- Tutela legale dei sanitari, un tema di grande rilevanza per la protezione dei professionisti della salute
- Parità di genere nelle commissioni di concorso, per garantire trasparenza e equità
- Mobbing e demansionamento, fenomeni che richiedono strategie di prevenzione e gestione
- Smart working, con un approfondimento sui pro e i contro
- Retribuzione dei dirigenti medici e sanitari, per stimolare una riflessione sulle disuguaglianze salariali e la necessità di una maggiore valorizzazione delle competenze.

L'attività del Question Time ha permesso di affrontare queste tematiche in modo concreto, offrendo strumenti di supporto e soluzioni.

3. STAFF ROUND TALKING ABOUT IT:

Rappresenta il terzo asse con incontri con esperti di alto profilo su temi selezionati dal Gruppo Donne Anaao Toscana. Questi incontri hanno fornito occasioni di approfondimento e di scambio di buone pratiche, contribuendo a una crescita professionale basata sul confronto e sulla condivisione delle esperienze.

Tra gli argomenti trattati di recente, spiccano:

- La violenza sul lavoro e le strategie di prevenzione, un tema di particolare urgenza alla luce dell'aumento delle aggressioni al personale sanitario.
- La medicina narrativa, strumento per migliorare il rapporto con il paziente e favorire un approccio più empatico e personalizzato alla cura.

Gli Staff Round hanno rappresentato un momento formativo cruciale, consolidando la consapevolezza sulla necessità di una prospettiva di genere nella pratica clinica e organizzativa.

A distanza di un anno dal suo avvio, La Maratona Culturale si è affermata come un'iniziativa di grande rilievo per la sanità toscana e non solo. Le Pillole di Genere e il Question Time hanno coinvolto un pubblico qualificato, offrendo spunti di riflessione su tematiche cruciali per la medicina di genere e per la tutela delle professioniste sanitarie. Gli Staff Round hanno consentito un approfondimento formativo su argomenti specifici, favorendo il dialogo tra esperti e professionisti del settore.

L'esperienza del Gruppo Donne Anaao Toscana dimostra come sia possibile costruire un percorso culturale inclusivo, in grado di sensibilizzare le istituzioni e il personale sanitario su questioni fondamentali per l'evoluzione del sistema sanitario. Il successo di questa iniziativa pone le basi per un futuro ancora più ambizioso, in cui il dialogo, la formazione e la condivisione di conoscenze continuino a essere strumenti chiave per promuovere un cambiamento reale.

**IL LAVORO DI CURA
E IL BISOGNO
DI UNA
FORMAZIONE
POST LAUREA
DA RIPENSARE**

Rossella Melcarne
Chirurga generale,
Università La Sapienza –
Roma



**RIPENSARE I BISOGNI FORMATIVI
ALLA LUCE DELLA DIFFERENZA:
UNA TESTIMONIANZA**

Mi presento, sono Rossella Melcarne, chirurgo generale, dottoranda dell'Università Sapienza di Roma. In merito al tema del dibattito di questo tavolo su "il lavoro di cura e il bisogno di una formazione post-laurea da ripensare", cercherò di portarvi brevemente quella che è la mia esperienza recente da medico in formazione in chirurgia generale e, negli anni, quella che è la mia personale lettura della situazione attuale. Perdonate quindi la mia franchezza e assenza di dati numerici a supporto delle mie parole.

Dell'esistenza di "dinamiche di genere" in ambito chirurgico me ne accorsi fin dai primi tempi in cui iniziai la scuola di specializzazione: avevo dato la mia desiderata per la "chirurgia senologica", accolta con mia grande gioia dall'allora Direttore di Scuola, e avevo iniziato il mio training con i chirurghi dell'equipe della Breast Unit del Policlinico Umberto I. Il Primario era un Professore Ordinario anziano, molto autoritario e autorevole, il suo aiuto un ottimo chirurgo che seguiva bene a imitare la sua autorevolezza. I miei colleghi specializzandi erano quattro, tutti uomini. Quindi, mi trovavo ad essere l'unica donna (tra l'altro nuova arrivata) in quell'equipe. Della Senologia mi sono innamorata subito: ho amato la multidisciplinarietà di questa branca, la necessità di interfacciarsi e collaborare con le diverse figure professionali che prendono in carico la paziente e, spesso, la vulnerabilità di quest'ultima. Proprio questo aspetto, durante il mio primo anno, mi ha particolarmente colpito e fatto riflettere. Vedevo come spesso le pazienti si rapportassero in maniera differente con me, quell'unica donna dell'equipe: in un momento di fragilità, che colpiva il corpo e spesso la mente, in cui le donne venivano "messe a nudo" e "mutilate" (passatemi il termine brutale) di quello che ancora oggi viene considerato un simbolo identificativo di femminilità, queste ricercavano non solo *conforto* nella figura maschile...ma spesso ap-

provazione, una accettazione silenziosa del loro corpo, riponendo in loro, in quel momento di debolezza, il desiderio di non essere "rifiutate". L'uomo era per loro il medico saggio, ma anche colui che durante il momento di *priva-*

zione, di *difetto*, non le aveva abbandonate. Aveva, con mio stupore, una chiave più facile, per accedere empaticamente al colloquio.

Da queste osservazioni, ho capito che dovevo anche io, da donna, trovare la mia chiave...che non poteva essere quella della confidente/amica in cui c'era il rischio di essere trascinata, né al contrario di rischiare di rimanere apatica e mera precettrice di raccomandazioni.

Il percorso che ho quindi intrapreso da quel momento mi ha aiutata a crescere come medico nel rapporto con il prossimo, non dimenticando mai il rispetto dovuto alla persona che ho di fronte e al suo vissuto, e ad apprezzare sempre più la Senologia, in quanto mi permetteva, più di qualsiasi altra specialità chirurgica, di non tralasciare l'aspetto umano.

Ecco, quello che mi è stato chiaro è come fosse importante *valorizzare* - in quello specifico contesto allora, ma poi durante tutto il mio percorso di specializzazione - le *differenze* e non appiattirle, perché erano una ricchezza in primis per il *paziente*.

Educare quindi all'arricchimento che arriva dalla diversità: evitando la cristallizzazione in stereotipi psicologicamente ed emotivamente dannosi.

Favorendo la consapevolezza emotiva già durante il percorso di studi in medicina, attraverso l'educazione al dialogo, tra pari, con gli insegnanti, con gli infermieri/ausiliari, con i pazienti...rispettando le diversità. Credo che al di là di quelli che sono corretti e imprescindibili "precetti" politici (evitare le disparità agendo sul "gender pay gap", gestione della maternità/figli, abolire le discriminazioni etc.), il modello di cambiamento debba avvenire a livello *educativo*, e l'Università non può sottrarsi dalla promozione di modelli relazionali "sani".

Deve fornire gli strumenti a giovani medici, donne e uomini, indistintamente, per svolgere in maniera consapevole la professione di domani, accrescendo la capacità degli studenti di esplorare il loro pieno potenziale e costruire un ambiente educativo equo e inclusivo. Per esempio, incoraggiare un approccio partecipativo in classe, ponendo domande anziché fare affermazioni, consente alle persone più giovani di avere un ruolo attivo nel proprio processo di apprendimento; questo consente di promuovere la cosiddetta "alfabetizzazione emotiva", le abilità interpersonali e sociali, il pensiero critico, le competenze civiche.

Favorire la discussione, il dialogo, sempre.

Offrire modelli sani.

I problemi, se così vogliamo definirli, che viviamo nel lavoro, come donne, sono frutto di una stereotipizzazione di genere rispetto ai mestieri che avvengono sin dall'infanzia ed è un problema globale; la famiglia, la TV, la radio e i film sono gli elementi che influenzano maggiormente le scelte delle bambine e dei bambini; c'è sicuramente bisogno di un maggiore accesso a diversi modelli professionali da un'età più precoce. E quindi, concludendo, io credo che ripensare alla formazione post-laurea parta da molto lontano...o meglio...debba partire da un ripensamento globale dell'educazione scolastica, che miri a favorire curiosità, riflessione, desiderio di confronto, e in cui non si abbia paura di vivere il confronto con ciò che è diverso.



IL LAVORO DI CURA E IL BISOGNO DI UNA FORMAZIONE POST LAUREA DA RIPENSARE

Berenice Tulelli

Chirurga pediatrica
Chef de Clinique Assistant
Hôpital Femme Mère
Enfant, Lyon



LA FORMAZIONE POST-LAUREA E LA FUGA DEI GIOVANI MEDICI: UN FENOMENO DA AFFRONTARE

Il sistema sanitario italiano si trova ad affrontare una delle sue sfide più gravi: la fuga dei giovani medici all'estero. Il 71% dei medici e odontoiatri sotto i 55 anni sta valutando l'ipotesi di emigrare o lo ha già fatto. Questo fenomeno, noto come "grande fuga", è il risultato di condizioni economiche e lavorative sfavorevoli, oltre che di una percezione diffusa della maggiore qualità della formazione specialistica all'estero.

Un sistema formativo in crisi

Uno dei principali ostacoli è l'imbuto formativo: il numero di contratti di specializzazione è inferiore ai candidati, lasciando molti laureati in un limbo professionale. Inoltre, l'organizzazione della specializzazione in Italia è spesso rigida e burocratica, mentre all'estero, come nel Regno Unito, esistono percorsi formativi più strutturati e meglio retribuiti.

Il costo di questa emorragia è enorme. Secondo i dati OCSE, tra il 2019 e il 2021 circa 40.000 laureati italiani sono emigrati, portando con sé un investimento di circa 3,6 miliardi di euro in formazione, a vantaggio di altri paesi.

Strategie per invertire la tendenza

Le soluzioni a questo problema richiedono un approccio strategico. Tra le misure necessarie:

- Una programmazione a lungo termine del numero e della qualità degli specialisti da formare.
- Un collegamento più efficace tra formazione e mondo del lavoro, per garantire un accesso rapido all'occupazione.
- Lo sblocco del turnover per favorire il ricambio generazionale.

Il confronto con l'estero

Paesi come il Belgio e la Francia offrono condizioni migliori per la formazione chirurgica. In Francia, il 56% degli specialisti chirurgici è rappresentato da donne, con parità salariale rispetto agli uomini. In Italia, invece, solo il 5% dei direttori di dipartimento di chirurgia pediatrica è donna, contro il 25% in Francia. Ho poi riportato la mia esperienza personale in questi due paesi, sottolineando le differenze del percorso specialistico e dell'inserimento professionale.

Conclusione

È fondamentale ripensare la formazione post-laurea per trattenere i giovani talenti in Italia. Riforme strutturali, migliori condizioni di lavoro e incentivi economici possono contrastare questa emorragia e garantire un sistema sanitario più forte e sostenibile per il futuro.

LE RAGIONI DELL' AUTOREVOLEZZA. LEADERSHIP FEMMINILE: QUALE, E PER QUALE SANITÀ?

Alessandra Spedicato

Presidente FEMS
(Federazione Europea dei
medici dipendenti)



MEDICHE IN CARRIERA E LEADERSHIP: CARATTERISTICHE, ESPERIENZE E BISOGNI IN EUROPA

L'analisi sulla leadership femminile in medicina, realizzata in collaborazione con la Prof.ssa Giovanna Vicarelli e la Prof.ssa Elena Spina – Univ. Politecnica delle Marche, ha coinvolto quattro Paesi europei: Italia, Francia, Croazia e Repubblica Ceca. Lo studio nasce dalla necessità di affrontare tre problemi centrali: la governance medica non politica nella sanità pubblica, le difficoltà nella conciliazione tra vita privata e lavoro, e la scarsa rappresentanza di donne in posizioni apicali, nonostante la crescente femminilizzazione della professione medica (dati ENPAM, 2023). I Paesi selezionati offrono un panorama eterogeneo per la femminilizzazione della professione e il welfare. La Repubblica Ceca, ad esempio, ha assistito a questo fenomeno con 20 anni di anticipo rispetto all'Italia; la Croazia presenta una quasi parità tra donne e uomini leader in sanità; mentre in Francia si registra un valido supporto alla famiglia e alla maternità.

Caratteristiche delle partecipanti

Il campione include 237 mediche: 61 italiane, 46 francesi, 34 croate e 96 ceche. In Italia, l'80% delle

intervistate ha più di 56 anni, riflettendo l'accesso alla posizione per quelle donne pioniere che hanno attraversato il processo di femminilizzazione della professione medica tra gli anni '70 e '80. Al contrario, negli altri Paesi la distribuzione per età è più equilibrata, con una rappresentanza significativa anche tra le donne sopra i 40 anni.

L'80% delle mediche è attualmente in una relazione, sebbene il tasso di donne single sia più elevato in Italia (21%) rispetto al 15% degli altri Paesi. La presenza di figli mostra ulteriori differenze: in Repubblica Ceca solo l'8% non ha figli, contro il 26% in Italia. Le italiane, spesso appartenenti a una generazione che ha sacrificato la vita privata per la carriera, hanno in media meno figli rispetto alle colleghe straniere, complice il basso tasso di natalità e la carenza di politiche di sostegno alla famiglia. In Francia, al contrario, alcune intervistate hanno anche 4-6 figli, grazie a politiche di welfare più solide.

Ruoli ricoperti e soddisfazione

In Repubblica Ceca (68%) e Croazia (82%), molte mediche occupano posizioni apicali, come capi dipartimento, mentre in Francia (30%) e Italia (12%) prevalgono ruoli di responsabili di team. Circa il 60% delle partecipanti esercita una posizione di comando da oltre 5 anni, garantendo solidità alle osservazioni raccolte. La soddisfazione per il ruolo è moderata: meno del 50% si dichiara soddisfatta, con variazioni significative tra i Paesi. In Repubblica Ceca,

LE RAGIONI DELL' AUTOREVOLEZZA. LEADERSHIP FEMMINILE: QUALE, E PER QUALE SANITÀ?

il 64% delle mediche leader è soddisfatto, ma il 16% non ricoprirebbe nuovamente lo stesso ruolo. In Italia, il 25% è deluso o non rifarebbe la scelta, mentre in Croazia questa quota raggiunge il 31%.

Un dato interessante riguarda il significato attribuito alla leadership: in Italia e Francia, rispettivamente il 30% e il 25% delle intervistate ritiene che lavorare abbia senso solo se si ricoprono posizioni apicali. Tuttavia, molte sottolineano la difficoltà di raggiungere tali ruoli, contribuendo alla fuga dal sistema sanitario di professioniste non adeguatamente valorizzate.

Esigenze e problematiche emerse

Le richieste delle partecipanti evidenziano problematiche comuni, ma anche specificità legate al contesto sociale e al welfare.

- **Italia:** emerge la necessità di maggiore flessibilità oraria, sostegno alla genitorialità (es. asili aziendali, part-time) e un cambiamento culturale per promuovere la parità di genere e il rispetto del ruolo professionale, soprattutto da parte dei colleghi maschi.
- **Francia:** le mediche pongono l'accento sul benessere personale, proponendo attività sportive e la creazione di network con altre colleghe per scambiarsi supporto e informazioni.
- **Repubblica Ceca:** le richieste riguardano la riduzione del carico lavorativo, miglioramenti retributivi e adeguamenti strutturali negli ospedali (es. arredi e bagni).
- **Croazia:** prevalgono richieste mirate, come controlli sanitari regolari, pasti sani, definizione chiara di ruoli e mansioni, congedi per malattia e contrasto al multitasking.

Questa diversità richiama la piramide di Maslow: il benessere personale e professionale dipende dal soddisfacimento dei bisogni fondamentali, che variano in base al contesto socioeconomico.

Leadership e formazione

Le intervistate descrivono le leader in sanità come determinate, competenti, resilienti e dotate di autoestima. Tuttavia, in Italia, Francia e Croazia emerge il

desiderio di migliorare la propria leadership, percepita come non pienamente efficace o riconosciuta. Uno degli obiettivi dello studio era identificare buone pratiche promosse da donne leader in sanità. Purtroppo, non sono emersi esempi significativi e condivisi. Le poche iniziative menzionate riguardano la comunicazione e il benessere organizzativo, come briefing emozionali, attività di team building e una gestione relazionale più empatica. In Italia, una leader ha valorizzato gli interessi scientifici del personale come strategia di miglioramento.

Suggerimenti e riflessioni

Le risposte raccolte hanno evidenziato confusione rispetto al concetto di equità: molte partecipanti hanno proposto soluzioni per migliorare la conciliazione vita-lavoro, piuttosto che l'equità sul posto di lavoro. Le mediche italiane hanno suggerito di ridefinire i criteri di performance e di insegnare l'empowerment femminile alle nuove generazioni. In Croazia, le proposte sono state più aderenti al tema dell'equità, includendo cambiamenti culturali e politici, educazione alla leadership e politiche per favorire le donne in posizioni di comando.

Conclusioni

Le donne leader in sanità non si definiscono attraverso qualità stereotipicamente femminili come empatia o cura, ma enfatizzano determinazione, competenze e autostima. Tuttavia, il costante riferimento al bisogno di ulteriore formazione suggerisce una percezione di insicurezza o di insufficiente riconoscimento del loro ruolo.

Dallo studio emerge che non esiste una ricetta unica per garantire un maggiore accesso delle donne a ruoli di leadership. Le sfide variano in base ai contesti sociali e di welfare, ma si evidenzia la necessità di un cambiamento strutturale nei sistemi sanitari. La mancanza di sostegno e il sacrificio richiesto dal ruolo apicale rischiano di scoraggiare le nuove generazioni, già poco inclini a ricoprire posizioni di comando senza un miglioramento delle condizioni lavorative e della formazione.

L'insegnamento della leadership dovrebbe essere programmato a livello accademico e istituzionale, coinvolgendo facoltà di medicina, ordini professionali, sindacati e società scientifiche, al fine di preparare meglio le future generazioni ad affrontare le sfide del settore sanitario in evoluzione.



LE RAGIONI DELLE DONNE CHE CURANO CONTRO LA SANITÀ DISUGUALE

Rosita Gabbianelli

Professoressa Ordinaria di Biochimica, Unità di Biologia Molecolare e Nutrigenomica, Scuola di Scienze del Farmaco e dei Prodotti della Salute, Università degli Studi di Camerino



STRESS ED EPIGENETICA: INFLUENZA DELLO STRESS SULLA SALUTE

Lo stress modula le risposte epigenetiche che regolano l'espressione dei nostri geni favorendo il processo di invecchiamento e le patologie associate. La risposta allo stress è soggettiva e dipende dall'entità e dalla frequenza con cui si verifica l'evento stressogeno. È possibile quantificare l'invecchiamento biologico mediante la misura delle variazioni epigenetiche in specifiche aree del nostro epigenoma. L'accelerazione dell'età epigenetica consiste nella variazione dell'età biologica di un individuo che può differire da quella cronologica; i fattori che possono accelerare l'età biologica sono lo stress, la malnutrizione, l'esposizione a sostanze tossiche, i farmaci, l'inattività, etc..

Che conseguenze ci sono sulla salute in seguito allo stress lavorativo? Studi su uomini e donne provenienti da 27 studi di coorte in Europa, USA e Giappone suggeriscono che lo stress da lavoro (es. tensione lavorativa, lavoro prolungato per molte ore) è associato a un rischio moderatamente elevato di patologie coronariche (CVD) e ictus. In una analisi prospettica svolta su partecipanti sani di età superiore ai 50 anni seguiti per 13 anni, è stato valutato l'impatto dello stress lavorativo sull'incidenza di CVD. I risultati hanno mostrato che elevate richieste fisiche e bassa ricompensa rispetto alle loro controparti, così come lavori fisici attivi e lo sforzo fisico elevato rispetto allo sforzo fisico di bassa entità, sono associati a un rischio più elevato di CVD. Un orario di lavoro protratto (>55 ore/settimana) è stato associato a un aumento del rischio di patolo-

gie croniche come ictus o cancro al seno; un eccesso di lavoro è un fattore di rischio in grado di ridurre le ore di sonno e la difficoltà ad addormentarsi. In una corte finlandese l'associazione tra stress lavorativo e lo squilibrio del rapporto tra sforzo e ricompensa, hanno accelerato l'età epigenetica di circa due anni. La ricerca condotta sul personale sanitario nel periodo del COVID-19 ha permesso di ampliare la ricerca in questo ambito; una meta-analisi, mostra che almeno uno su cinque operatori sanitari segnala sintomi di depressione e ansia e quattro operatori sanitari su dieci soffrono di difficoltà a dormire e/o insonnia. I tassi di ansia e depressione sono più alti tra le operatrici sanitarie e il personale infermieristico. In un'altra meta-analisi, la prevalenza complessiva di ansia, depressione, stress, sindrome da stress post-traumatico, insonnia, disagio psicologico e burnout risultano significativamente aumentati nelle donne, gli infermieri e gli operatori sanitari in prima linea rispetto agli uomini, ai medici e agli operatori sanitari di seconda linea. In uno studio effettuato su infermieri giordani (73% donne), la maggior parte (64%) soffre di disturbo da stress acuto (ASD) a causa delle condizioni di stress durante la pandemia e quindi è a rischio di disturbi post-traumatici da stress (PTSD); oltre un terzo degli infermieri è affetto anche da un disagio psicologico: gli infermieri più giovani sono risultati più inclini rispetto a quelli più anziani. Nello studio osservazionale trasversale condotto 2 mesi dopo l'istituzione del lockdown in Argentina sul personale medico, si osserva che la prevalenza di stress era del 93,7%, della sindrome da burnout del 73,5%, dell'ansia del 44% e della depressione del 21,9%. Non è stata osservata alcuna associazione tra la frequenza e la specializzazione medica, mentre relativamente al genere, la frequenza della sindrome da burnout, ansia e depressione era significativamente più alta tra i residenti e i medici che lavoravano nel pronto soccorso. In uno studio trasversale condotto in infermieri di terapia intensiva e di pronto soccorso in 26 ospedali pubblici di Madrid, nel periodo del COVID-19, parte del personale ha riferito di lavorare con la paura di essere infettato e ha segnalato carichi di lavoro elevati, inadeguato rapporto tra pazienti-infermieri, e turni che non hanno permesso loro di disconnettersi o riposare, mentre si assumevano maggiori responsabilità nella gestione dei pazienti con COVID-19. In conclusione, lo stress rappresenta un fattore di rischio importate con capacità perturbanti i meccanismi epigenetici. La risposta individuale allo stress varia in base al genere e un orario di lavoro prolungato riduce le ore di sonno e aumenta il rischio di patologie croniche come l'ictus e la neoplasia al seno. I dati del periodo COVID-19 hanno evidenziato significative conseguenze correlate allo stress nelle donne e nei giovani operatori sanitari. Una programmazione dell'orario di lavoro con pause (ad es. ogni quattro ore) potrebbero contribuire a migliorare il benessere fisico ed emotivo.

Linee guida per la formazione e la pratica clinica con istruzioni chiare e precise possono essere di aiuto per parte del personale sanitario (es. infermieri), così come gli interventi volti a fornire una maggiore organizzazione e supporto sociale possono aiutare la gestione dello stress.



LE RAGIONI DELLE DONNE CHE CURANO CONTRO LA SANITÀ DISUGUALE

Federica Meta
Giornalista



PROMUOVERE LA LEADERSHIP FEMMINILE IN SANITÀ: UNA NECESSITÀ STRATEGICA

La **leadership** femminile in sanità non è solo una questione di uguaglianza di genere, ma rappresenta un argomento centrale per il futuro del settore stesso. In un contesto in cui la maggior parte del personale sanitario è composta da donne, la loro sottorappresentazione nelle posizioni di vertice evidenzia un paradosso che non può più essere ignorato.

Le donne, con la loro capacità innata di gestire e risolvere problemi complessi, portano innovazione e cambiamenti positivi nelle organizzazioni. Adottano un approccio alla gestione che non solo valorizza la collaborazione e l'empatia, ma integra anche una prospettiva olistica fondamentale per affrontare le sfide sanitarie moderne. Questa visione inclusiva è essenziale per migliorare l'efficienza operativa e la qualità delle cure, contribuendo a creare sistemi sanitari più resilienti e adattabili. L'inclusione delle donne in ruoli di leadership consente anche di diversificare le strategie decisionali. La presenza femminile nei tavoli decisionali favorisce discussioni più equilibrate e soluzioni più creative. Ogni leader por-

ta con sé un patrimonio di esperienze personali e professionali che arricchiscono il processo decisionale e guidano l'innovazione.

Investire nella leadership femminile significa anche affrontare direttamente il divario di genere attraverso politiche mirate di sviluppo delle competenze e mentoring. Queste iniziative sono cruciali per superare le barriere che le donne affrontano nel loro percorso professionale, offrendo loro gli strumenti necessari per emergere come leader efficaci. Inoltre, creare ambienti di lavoro flessibili e supportivi è cruciale per consentire alle donne di conciliare le responsabilità professionali e personali, rendendole così più pronte ad assumere ruoli di leadership.

Le donne leader sono spesso in prima linea nel promuovere politiche sanitarie che rispondono alle esigenze delle comunità. La loro capacità di comprendere e rappresentare una vasta gamma di esperienze umane le rende particolarmente adatte a sviluppare soluzioni sensibili e inclusive che promuovono il benessere generale.

Promuovere la leadership femminile in sanità non è solo un imperativo etico, ma una necessità strategica per costruire un sistema sanitario più equo, innovativo e rispondente alle esigenze del 21° secolo. Il futuro della sanità dipende dalla capacità di abbracciare e valorizzare il potenziale delle donne leader, trasformandole in catalizzatori di cambiamento positivo.

LE RAGIONI DELLE DONNE CHE CURANO CONTRO LA SANITÀ DISUGUALE

Valeria Leuti
Founder di Tech4Fem,
esperta di FemTech e
divulgazione sulla salute
delle donne



IL FEMTECH COME VALORIZZAZIONE DELLA MEDICINA DI GENERE

Nel **panorama** tecnologico attuale, il **FemTech** è un settore emergente che sta guadagnando sempre più importanza.

FemTech, abbreviazione di *Female Technology*, è un settore giovanissimo (nato a partire dal 2016) che utilizza tecnologie innovative per migliorare la salute e il benessere delle donne, coprendo un'ampia gamma di prodotti e servizi, tra cui app di monitoraggio del ciclo mestruale, strumenti diagnostici per malattie specifiche femminili e piattaforme di telemedicina specializzate.

Il FemTech racchiude un'ampia varietà di aziende e startup che si occupano di salute e benessere, dedicate a condizioni e patologie che:

- sono specifiche delle donne
- colpiscono le donne in modo diverso dagli uomini
- colpiscono le donne in modo sproporzionato rispetto agli uomini

Questo settore risponde alla necessità di affrontare le disuguaglianze di genere in materia di salute e offre soluzioni personalizzate per le esigenze specifiche delle donne.

Se pensiamo che le donne rappresentano il 50% del-

la popolazione mondiale ma l'80% delle sperimentazioni su farmaci e terapie è effettuata sui soli uomini, ci rendiamo immediatamente conto dell'urgenza di trovare nuove soluzioni per porre rimedio a quello che viene definito il **Women's Health Gap**. Il potenziale economico del mercato FemTech è in continua crescita, con stime che prevedono un valore di 50 miliardi di dollari entro il 2025.

Questo sviluppo è guidato dalla crescente consapevolezza e dalla domanda di soluzioni sanitarie su misura per le donne.

Le start-up e gli investitori stanno riconoscendo l'importanza di sviluppare prodotti che rispondano a queste esigenze, aprendo nuove opportunità di business e ricerca.

Un aspetto cruciale del FemTech è il suo ruolo nella sanità pubblica. La tecnologia può valorizzare la **medicina di genere**, migliorando la diagnosi e il trattamento delle malattie femminili e accrescendo le competenze del personale medico-sanitario.

Ad esempio, i sensori indossabili permettono di monitorare costantemente i parametri vitali delle pazienti, facilitando una diagnosi precoce e una gestione più efficace delle condizioni croniche.

Le app di educazione sanitaria forniscono inoltre informazioni aggiornate e personalizzate, migliorando così le competenze degli operatori sanitari.

L'**intelligenza artificiale** (AI) sta rivoluzionando il FemTech, permettendo analisi predittive avanzate e personalizzazione dei trattamenti.

Tuttavia, è fondamentale affrontare il **bias di genere presenti nei dati** utilizzati per addestrare i mo-

delli AI. Questi bias possono portare a risultati inaccurati e perpetuare le disuguaglianze esistenti. Per garantire un'applicazione sicura ed efficace dell'AI, è essenziale sviluppare dataset bilanciati e implementare strategie di verifica e validazione rigorose.

La collaborazione tra sviluppatori di AI ed esperti in salute delle donne è cruciale per assicurare che queste tecnologie siano equamente efficaci per tutti.

Infine la **collaborazione** tra il **mondo medico-sanitario** e le **aziende FemTech** è fondamentale per il futuro della salute delle donne. I professionisti sanitari, aprendosi all'adozione di nuove tecnologie, contribuiscono attivamente alla loro evoluzione con un ruolo cruciale. Allo stesso tempo, le aziende FemTech necessitano del feedback continuo da parte dei medici per migliorare i loro prodotti. Questa sinergia può contribuire significativamente a colmare il divario nella salute delle donne, offrendo soluzioni innovative e su misura.

Con un approccio critico e costruttivo, il FemTech rappresenta una straordinaria opportunità per rivoluzionare la salute delle donne e migliorare l'efficienza della sanità pubblica.

Sfruttare al meglio queste tecnologie ci permetterà di costruire un futuro più equo e sano per tutte le donne e rispondere con efficacia alle esigenze di salute di metà della popolazione.

Per raggiungere questi importanti obiettivi stanno nascendo in molti Paesi associazioni dedicate al settore del FemTech tra cui spicca **Tech4Fem**, la prima community in Italia dedicata al FemTech e alla salute delle donne.

Costruire network aperti e collaborativi a livello europeo e internazionale consentirà di lavorare tutte e tutti insieme per il raggiungimento della parità di genere nella salute e garantire ad ogni persona un accesso alle cure efficaci.

SPLENDORI E MISERIE DELL' INTELLIGENZA ARTIFICIALE: UN PASSAGGIO EPOCALE E UNA SANITÀ PREVALENTEMENTE FEMMINILE

Francesco Varanini

Presidente di Assoetica, autore del libro "Splendori e miserie delle intelligenze artificiali", Guerini e Associati, 2024



SPLENDORI E MISERIE DELL'INTELLIGENZA ARTIFICIALE

Certo nessuno metterà in dubbio i vantaggi che l'innovazione scientifica e tecnologica porta con sé. E così, è giusto osservare con buona disponibilità le novità che oggi vanno sotto il nome di *intelligenza artificiale*. In generale, e in particolare nel campo della medicina. Ma proprio la medicina è il campo che più di ogni altro ci stimola a non cedere ad una accettazione acritica. Infatti, più di ogni altro campo del sapere e dell'agire umano, la medicina chiama in causa il senso di responsabilità di cui ogni essere umano è chiamato a dar prova. *Medicina* vuol dire *meditare per curare*. La *cura* consiste nel saper trasformare l'ansia, il timore, la preoccupazione in progetto, in impegno teso a raggiungere uno scopo costruttivo.

Quando parliamo di rete sociale coinvolta nella cura, dobbiamo intendere che partecipa attivamente al progetto anche la persona che chiamiamo spesso *paziente* - e che invece più giustamente ci conviene chiamare *agente*: soggetto attivamente coinvolto nel curare sé stesso. Al medico e al paziente si è ormai da tempo aggiunta un'altra figura - sempre più presente in ogni processo di cura: quella del tecnico, dell'ingegnere. Essi sanno costruire, e sanno come usare, *macchine per curare*. Ma oggi siamo di fronte ad un ulteriore passaggio: sembra in qualche modo possibile *affidare la cura ad una macchina autonoma*.

Sono sempre turbato quando leggo affermazioni come queste: "Credo che saremo in grado di creare macchine capaci di distinguere il bene dal male, almeno con la stessa affidabilità degli esseri umani e, auspicabilmente, con una maggiore affidabilità". "Una volta che avremo costruito un robot morale, molte visioni apocalittiche inizieranno a recedere nell'irrelevanza. Non c'è motivo di astenersi dal costruire macchine che siano in grado di distinguere il bene dal male meglio di noi, meglio in grado di resistere alla tentazione, meglio in grado di assegnare colpe e meriti". "Diventeremo allora capaci di farci indicare dalle nostre macchine il senso della giustizia più cristallino e causalmente fondato". L'opinione di un credulone o di un fanatico, direte. Ma no: così scrive Joshua Pearl, eminente computer scientist, vincitore del Premio Turing.

Opinioni che allignano solo in una certa cultura americana, lontana da noi, potrebbe commentare qualcun altro. Ma no: leggete cosa scrive un illustre computer scientist italiano: "C'è un aspetto che è specifico, unico dell'intelligenza artificiale: i sistemi di AI potranno essi stessi prendere decisioni su basi etiche. Distinguere il bene dal male. Questo è un settore di ricerca recente destinato a espandersi". Se non bastasse, ascoltate le parole di un noto ricercatore italiano impegnato nel campo della robotica: "La saggezza artificiale è la sfida del futuro". Sto lavorando al progetto robot con



una “vita interiore etica”. Spiega il ricercatore: servono robot dotati di saggezza perché può capitare a noi umani di lanciare missili dotati di testate nucleari. Non possiamo fidarci di noi stessi. Servono quindi “robot con una coscienza”, con una “vita interiore etica”.

Qualcuno, a questo punto, dirà: sono eccezioni. Rispondo che non lo sono. Rispondo che comunque si tratta di ricerche che ricevono ricchi finanziamenti.

Va infatti ricordato anche che a spingere verso un sempre maggiore utilizzo di intelligenza artificiale nel campo della cura sono anche meri interessi economici, finanziari. Esiste oggi sempre meno la ricerca scientifica e tecnologica pura, sostenuta da finanziamenti pubblici. Dobbiamo purtroppo dire: le priorità nell'innovazione in campo medico sono scelte da speculatori disinteressati alla cura.

L'intelligenza artificiale, oggi, è il campo di innovazione che procura maggiori guadagni alla speculazione finanziaria.

Gli stessi ricercatori e computer scientist sono spinti da questa situazione a misurare le proprie capacità tecniche sul guadagno finanziario generato dalle loro innovazioni. Diventa quindi necessario, oggi, tornare a ribadire che il progetto di cura si fonda sul senso di responsabilità degli esseri umani.

Ogni persona dirà: faccio quanto mi è possibile per guarire. Il medico, anche di fronte a difficoltà, timori, compiti gravosi, è chiamato a continuare ad assumersi le proprie responsabilità. Evitando di affidarsi ciecamente a ingegneri e tecnici e alle macchine da loro costruite e gestite.

Il tecnologo, l'ingegnere, il computer scientist, sono chiamati a continuare ad assumersi la responsabilità di costruire macchine utili nei progetti di cura. Senza cedere alle aspettative degli speculatori finanziari, e senza cedere al piacere di costruire macchine capaci di agire sempre più autonomamente.

Tutti insieme, quale che sia il nostro ruolo sociale, siamo chiamati a dire: noi umani non cediamo la responsabilità della cura ad una macchina.

Se pur mai esistessero macchine dotate di una propria ‘intelligenza’ che in base a qualche parametro potesse essere definita superiore alla stessa ‘intelligenza’ umana, ugualmente continueremo a dire: scegliamo di essere noi stessi a curarci.

LE RAGIONI DELLE SCELTE: ESSERE SINDACALISTE IN SANITÀ

Valeria Dubini
Presidente AGITE
(Associazione Ginecologi
Territoriali)
Segretaria Nazionale SIGO



L'IMPEGNO DELLE SOCIETÀ SCIENTIFICHE E DELLE ASSOCIAZIONI PROFESSIONALI

Sono sempre di più le donne in sanità, sebbene ancora con evidente disparità rispetto ai ruoli dirigenziali, ma con la voglia di esserci e la possibilità di portare elementi di novità nelle possibili future declinazioni del SSN.

Eppure le nostre colleghe partecipano ancora troppo poco alle attività delle società scientifiche che dovrebbero rappresentarci: per quali motivi?

Per mancanza di tempo perché conciliare i tempi della vita e di un lavoro che non nasce per le donne non sempre è facile.

Forse anche per scarso interesse a rivestire ruoli visti magari solo come ruoli di potere e non come luoghi dove ci sia spazio per portare le proprie idee.

Forse ancora per scetticismo sul fatto che le cose possano cambiare e per un certo pragmatismo che rende più attraenti le cose da fare oggi piuttosto che pensare a quelle che potrebbero concretizzarsi in un futuro difficile da immaginare.

Questa limitata presenza colpisce a maggior ragione quando si parla di società scientifiche che si occupano di salute delle donne come quelle di cui faccio parte.

Certo la Società che rappresenta i territoriali ha un target più femminile, frutto dell'accoglienza che servizi come i consultori, interamente dedicati alla salute delle donne, possono e devono garantire.

Il territorio e anche luogo in cui da molti anni si guarda alla salute nella sua interezza dalla prevenzione alla attenzione per il contesto sociale come elemento determinante per l'origine delle patologie, ma anche come supporto alla ricerca della cura: tutte cose che per le donne sono forse parte del DNA e che sono quindi facili da comprendere e agire.

Ma oggi il momento è tale che tutte le forze dovrebbero farsi sentire per contribuire a preservare il nostro sistema sanitario universalistico: un'organizzazione territoriale forte rappresenta un elemento essenziale della sostenibilità, ma

in tutto questo la voce delle donne è indispensabile purché sia portatrice di valorizzazione delle differenze, di innovazioni, di ritmi di lavoro accettabili, in una parola di cambiamento di prospettiva.

E questo è un impegno a cui le Società scientifiche non possono sottrarsi valorizzando e ricercando queste voci.



DOCUMENTO CONGIUNTO

Silvana Agatone
Elena Barbagelata
Valeria Dubini
Antonella Lotti
Teresita Mazzei
Daniela Rega

Sapendo che il destino del SSN è la sua “dismissione” mascherata, che cosa ne pensiamo noi donne che dovremo farcene carico da ora per il futuro?

Vediamo già la verità con i nostri occhi e, fin da ora, annunciamo che non ci accontentiamo di spiccioli o *pink washing*, che mantengano intatta l’arroganza della aziendalizzazione e di una formazione obsoleta, a tutto danno delle donne. E che non vogliamo bugie, perché già ora ne reggiamo per i 3/4 il peso.

Le politiche in atto solo apparentemente promuovono miglioramenti del SSN in termini di sostenibilità ed efficacia. In realtà producono un indebolimento sempre maggiore della capacità di erogare servizi sanitari, finora garantiti come equi e gratuiti. La privatizzazione e l’esternalizzazione dei servizi, il ricorrere a cooperative e gettonisti per non affrontare in maniera seria e puntuale la sempre maggiore carenza di personale e la perdita di attrattività del lavoro nel e per il SSN, nutrono modelli organizzativi fallimentari, supini solo alle leggi di mercato, e privi dei requisiti etici necessari per promuovere il bene salute e garantire il benessere lavorativo degli operatori sanitari. Tutto questo comporta un depotenziamento del nostro sistema sanitario e un aumento delle disuguaglianze nei cittadini mettendo a rischio l’accesso universale alle cure.

Le proposte per tenere in vita un servizio sanitario pubblico e nazionale possono e devono venire soprattutto dalle donne, sempre più protagoniste e responsabili del lavoro di cura, negli ospedali e fuori, nei luoghi di formazione come nelle associazioni e società scientifiche. È ora di cambiare radicalmente il setting, ingiusto e non dignitoso, come abbiamo espresso chiaramente nel volume “La Sanità che vogliamo”.

Dovunque presenti, nelle organizzazioni di categoria che studiano, monitorizzano e supportano il lavoro femminile a garanzia dell’uguaglianza e della sua valorizzazione, nelle associazioni che promuovono la autorevolezza delle mediche in percorsi di gestione e leadership condivisa, come nelle Università che danno vita a programmi educativi per affrontare le odierne sfide culturali e sociali, **le donne che curano oggi sono chiamate a trasferire l’esperienza acquisita a tutti i livelli e ad** introdurre una relazione tra pari che, dal letto del paziente, arrivi a modificare nel profondo il diktat disumano della organizzazione aziendale e dei finalismi neoliberisti.

Il disagio espresso in questo documento è il frutto di una importante convergenza tra mediche specialiste, dirigenti sanitarie, accademiche, **preoccupate e perplesse** di fronte alla assenza di visioni per il futuro di un SSN oramai divenuto un simulacro scomodo perfino da definire.

La sanità che vogliamo.

Oggi che le donne che curano sentono sulle proprie spalle tutto il peso di quello che fu il miglior SSN, in continuità con il rigore che le ha portate all’attuale protagonismo, esprimono l’esigenza di un profondo ripensamento che parta dall’accoglimento dei bisogni di curanti e curati, da soddisfare attraverso differenti modelli organizzativi e formativi. Anche dall’analisi del contesto europeo emerge la consapevolezza che, nonostante le nuove generazioni di mediche possano trovare una strada già tracciata, essa non riscontra interesse nei progressi di carriera oggi così propagandati. L’attuale contesto organizzativo, in Italia e negli altri paesi in cui è stato analizzato, svela che il piacere sperato nella maggiore responsabilità, che oggi si declina come leadership, non può esistere in un clima di sfacelo e in un contesto degradato, come un lavoro che sacrifica e non libera, non contempla miglioramenti nella sfera relazionale, affettiva, familiare, e finisce col creare conflitti con le istanze che avevano portato alla scelta professionale, soprattutto nelle generazioni più giovani.

#Donneinsiemepercambiareverso

Più che essere destinatarie di specchietti per allodole, le professioniste, oggi in maggioranza nel mondo della sanità, aderenti e rappresentanti di varie associazioni, sindacali e professionali, società scientifiche e accademia, ben al corrente della attuale crisi, sono consapevoli di dover giocare un ruolo cruciale in questa partita.

Per questo sono pronte a mettere a disposizione competenze e visioni differenti, in un programma comune, fatto di studio, proposte di ricerca e formazione che unisca tutte le protagoniste.

Donne in prima linea per mettere a disposizione di tutti le risposte e le strategie per correggere una traiettoria sbagliata e dalle conseguenze catastrofiche per la sanità pubblica e l’unico diritto che la Costituzione definisce “fondamentale”.

MERITIAMO DI ESSERE PREMIATE

PREMIO SPECIALE AFF PER IL CONTRIBUITO A MIGLIORARE LA RELAZIONE DI CURA E LA COOPERAZIONE NEI LUOGHI DI LAVORO

A RITA NONNIS CHIRURGA SENOLOGA AOU SASSARI



Nel corso della V Conferenza Nazionale delle Donne Anaa Assomed si è svolta la cerimonia di assegnazione della prima edizione del Premio Speciale Area Formazione Femminile. Il premio, dedicato alle colleghe che hanno realizzato pratiche cliniche e luoghi di lavoro ispirati ad accoglienza ed equità, è stato conferito alla dott.ssa Rita Nonnis, Chirurga Senologa dell'AOU Sassari. Le motivazioni del Premio sono state illustrate dalla Prof.ssa Teresita Mazzei. Nonnis ha costruito la sua lunga carriera di chirurga in un settore notoriamente complesso e a prevalenza maschile. Con coraggio e visione, già negli anni '90 è stata pioniera della videolaparoscopia in Sardegna e da oltre 25 anni la sua vocazione professionale si è centrata sulla cura del tumore al seno. La sua attività è sempre andata oltre la pratica medica con un impegno costante nel campo della formazione e della divulgazione scientifica e ha contribuito a diffondere conoscenze e a formare nuove generazioni di professionisti attraverso l'insegnamento non solo delle tecniche chirurgiche, ma anche dei principi di relazione e di alleanza di cura. Anche grazie al suo instancabile lavoro e alla collaborazione con le associazioni di pazienti e delle donne è riuscita a istituire la Breast Unit presso la sua Azienda, rappresentando un punto di riferimento essenziale e

garantendo un approccio integrato e multidisciplinare nella diagnosi e cura del tumore mammario. Nella sua attività lavorativa si è sempre rapportata con la Società civile e con il territorio anche attraverso iniziative di informazione e di promozione della salute della donna, sempre in prima linea per i loro Diritti organizzando e partecipando a molteplici iniziative volte all'uguaglianza sociale, le pari opportunità, la lotta al patriarcato e alla violenza di genere. In un contesto sanitario così fortemente in difficoltà quale quello che stiamo vivendo riconoscere il lavoro delle donne e premiare le mediche che con il loro approccio e visione femminile, insieme al loro impegno supportato dalla passione e dal coraggio, vuole rappresentare uno stimolo e un incentivo a contribuire al cambiamento non solo del sistema sanitario, ma anche al miglioramento e al progresso dell'intera società.

Torino
28 febbraio 2025
8.30/16.30

Sala Conferenze
Ordine dei Medici di Torino
Corso Francia, 8



Convegno
Area Formazione Femminile
Anaa Assomed /
Fondazione Pietro Paci

Evento accreditato
per tutte le professioni sanitarie
N. 889-442828 ed.1 - crediti ECM 6

Il cambiamento della scena di cura Medici, Ingegneri, Intelligenza Artificiale

La trasformazione dello scenario di cura: medici, ingegneri e AI

Il passaggio epocale all'Itech in Medicina avviene nel momento di sua più grave crisi, ma anche di grandissima innovazione, e rende non più rinviabile la necessità di un confronto tra i vari attori operanti sulla stessa scena, tanto ambita quanto resa vuota di mezzi e risorse umane.

È sotto gli occhi di tutti, e a tutte le latitudini, una realtà in cui spazi e ruoli dei medici fanno da sfondo all'emergere di differenti professionalità, specie nell'ambito della realizzazione/progettazione/certificazione di dispositivi tecnologicamente complessi e di nuove soluzioni organizzative. Uno scenario che appare attrattivo e sempre più

aperto ai non medici e, viceversa, quasi respingente per chi ha elevato a sua mission il giuramento di Ippocrate. Per questo appare utile un incontro-confronto tra gli attori in gioco, una contaminazione, per molti versi inedita, che riproponga in versioni dialoganti nuove parole d'ordine nel futuro della Sanità, della sua organizzazione e formazione. Per ridisegnare gli spazi che dovranno rimanere propri delle vocazioni professionali e quelli che, nella carenza sempre maggiore di tempo e di relazione, vedono apparire nuovi professionisti. Con l'obiettivo comune di rafforzare e realizzare il migliore e maggior beneficio del invitato di pietra, il famoso paziente, cui deve essere votato nella sua interezza il sistema sanitario.



Con la collaborazione di

