

pillole di genere

del gruppo di lavoro Donne Anaao Toscana



Un anno di voci e storie,
con lo sguardo delle
Donne di Anaao Toscana

Introduzione

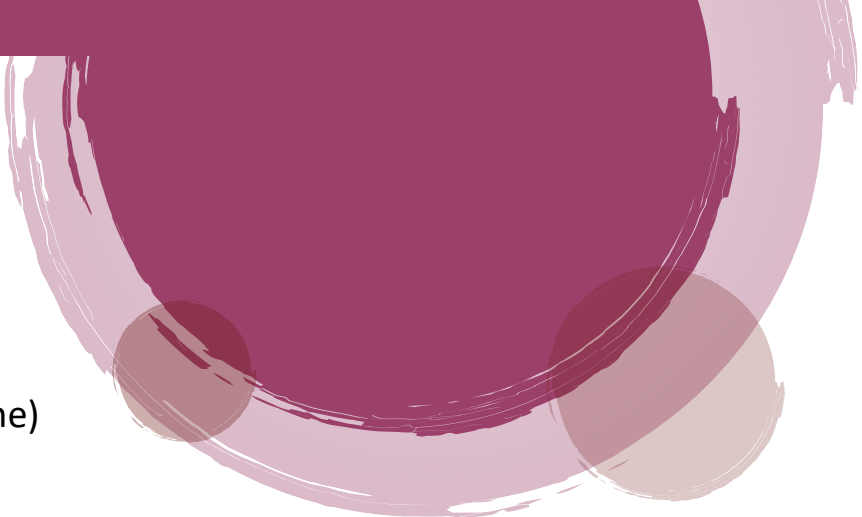
Il Gruppo di Lavoro Donne Anaao presenta, anche quest'anno, l'edizione annuale del proprio lavoro e così siamo ormai al terzo anno del progetto de "La Maratona culturale".

In questi anni il nostro lavoro si è arricchito di nuove esperienze e di nuovi stimoli. Le sfide che coinvolgono la Sanità pubblica sono infatti sempre più forti e, purtroppo, i segnali spesso sono allarmanti.

Abbiamo cercato di cogliere entrambi parlando delle opportunità e delle cautele che sono necessarie nell'uso dell'Intelligenza Artificiale in Medicina e dell'"Aiuto al morire" e quindi della questione del fine vita, ma anche di ambienti stressogeni e della "sofferenza della professione medica", cercando sempre di cogliere anche l'aspetto di genere che è il nostro fil rouge.

Le "Pillole di genere" hanno avuto larga diffusione e allo stesso tempo gli "Staff Round", sparsi nel corso dell'anno, hanno visto ampia partecipazione, segno che la direzione intrapresa è quella giusta. Gli Staff Round sono strumenti utili che ci permettono di discutere di argomenti importanti per la realtà sanitaria, ma anche di portare alla luce settori del mondo sanitario poco conosciuti eppure fondamentali per il suo funzionamento.

Il Gruppo di Lavoro ha poi portato avanti con il MeS un importante progetto per la ricerca di nuovi indicatori per le disuguaglianze di genere nel lavoro in ambito sanitario, che ha portato risultati molto soddisfacenti: l'introduzione di un ulteriore indicatore



di valutazione (di equità di genere)
a fianco di quello già introdotto
(e frutto di precedente collaborazione)
del c.d. “soffitto di cristallo”.

Anche di questo lavoro diamo atto nella presente
edizione riportando la relativa pubblicazione su “Il Sole24Ore Sanità”
(<https://www.ilsole24ore.com/art/tante-donne-corsia-ma-poche-vertici-cosi-toscana-si-misura-e-si-combatte-gender-gap-AHPyWY6B>).

Ci accingiamo così a consegnare questa raccolta, fiduciose che verrà colta nella
sua complessità e che verranno compresi il lavoro e l'abnegazione, spesso
nascosti, di tante e tanti.

In un mondo così complesso, il sistema sanitario sta subendo duri colpi per
problemi antichi, cui si aggiungono criticità del tutto nuove, portate dalle
evoluzioni tecnologiche e dalle trasformazioni della società.

Il Gruppo di Lavoro Donne Anaao Toscana non vuole stare a guardare, ma, al
contrario, cogliere le trasformazioni e le criticità e modificarle in stimoli e valori,
avendo come faro la cultura della qualità del lavoro, della salute e della
sicurezza di tutte e tutti.

Lucia Miligi
Coordinatrice Maratona Culturale Gruppo Donne Anaao Toscana

Paola Rosignoli
Avvocata Consulente Gruppo Donne Anaao Toscana



Pillole di Genere 2025

“Una donna senza nome ha dato il volto al primo manichino per la rianimazione cardiopolmonare.”

22 Gennaio - Alda Mazzei

Qualcuno l’ha definita la **donna più baciata nel mondo.**

Ma Lei non è solo questo, Lei ha ispirato artisti, scrittori, poeti e con Lei è nato **l’addestramento in simulazione della rianimazione cardiopolmonare.**

Nel 1890 a Parigi in località Quai Du Louvre veniva estratto dalle acque della Senna il **corpo senza vita di una giovanissima ragazza.**

Su di esso non vi erano segni di violenza e si suppose che la morte fosse legata ad una malattia, ad esempio la tubercolosi, oppure ad una caduta accidentale nelle acque gelide del fiume o addirittura ad un suicidio.

Al mistero della sua morte si aggiungeva la delicata bellezza e l’etereo sorriso del suo viso. **La donna era bellissima ed il suo viso sembrava sorridesse come quello di Monna Lisa.**

Poiché non si riusciva a stabilirne l’identità il suo corpo rimase per un po’ di tempo in un obitorio vicino a Notre Dame.

La donna era talmente bella che il personale della struttura continuò a tenerla esposta nell’attesa che qualcuno le desse finalmente un nome. La notizia del ritrovamento di questa ragazza si divulgava e numerose persone, fra cui poeti ed artisti, si recavano all’obitorio e restavano affascinati da quel viso e da quel sorriso, ma nessuno riuscì a identificarla. Nel frattempo, un dipendente dell’Istituto, forse affascinato dalla bellezza della ragazza pensò di realizzare una copia del suo volto applicandole un calco in gesso.

Furono pubblicate molte storie romantiche ispirate a questo mistero. Secondo una di esse, la sua morte era il risultato di una storia d’amore non corrisposto, e questa leggenda si diffuse



in tutta Europa così come le riproduzioni della sua maschera mortuaria. Una serie di maschere mortuarie e di riproduzioni d'arte funeraria ritraenti quel volto con quel sorriso si diffusero in tutta Europa e perfino Oltreoceano. E dai primi del '900 in poi l'opera andò oltre i confini di quell'arte funebre per incontrare successo in svariate altre forme d'espressività, dalla pittura alla scultura alla fotografia.

Per un lungo periodo il calco del suo viso fu riprodotto dalle abili mani di un artigiano italiano, un certo Mastro Lorenzi, specializzato in busti e calchi in gesso di persone famose. L'artigiano espose il calco in formato originale in una stanza della sua bottega in compagnia di altre maschere.

Grazie a lui il suo volto divenne popolare e i turisti la cercavano nelle bancarelle dei mercati di quartiere. Rimase a lungo esposta anche in un atelier di uno stilista di moda. Tutti gli intellettuali più famosi parlavano della ragazza della Senna e ad ognuno di loro si scatenava l'immaginazione.

Albert Camus filosofo e giornalista francese premio Nobel per la letteratura nel 1957 paragonò il suo sorriso a quello della Gioconda; un sorriso che nemmeno la rigidità della morte era riuscita a toglierle.

Il suo mezzo sorriso è ciò che attira maggiormente l'attenzione, poiché sembra felice nella sua morte o, cosa più sorprendente, sembra essere solo addormentata.

Il filosofo e scrittore la fece appendere alla parete del suo studio.

Uno scrittore scrisse di Lei: "... Il volto sorrideva, emanando un senso di grande pace interiore, ma al tempo stesso un'ombra di inganno. Se distoglievi lo sguardo da lei per un momento, e poi tornavi a guardarla, sembrava sorridere tra sé e sé dopo aver aperto gli occhi a tua insaputa ed averli richiusi appena in tempo...."

In seguito vennero prodotti romanzi, opere teatrali, sulla "Sconosciuta della Senna" ma **mai nessuno riuscì a darle un nome.**

Secondo un critico d'arte: "...i suoi capelli sono quelli di una contadina, una commessa o una vagabonda. Il suo è uno di quei visi che si vedono fra i negozi, o fra le bancarelle di una piccola città...."

Nel 1958 Peter Safar, medico anestesista austriaco emigrato a Baltimora, pubblica una innovativa tecnica di primo soccorso per le vittime di arresto cardiaco, che associa la respirazione bocca a bocca alle compressioni toraciche.

È la **nascita ufficiale della Rianimazione Cardio-polmonare** che consente di fare arrivare il sangue e quindi l'ossigeno qui contenuto al cervello ed al cuore per tenere in vita organi e tessuti.

Per potere insegnare questa tecnica era necessario qualcosa su cui esercitarsi prima di farlo sulle persone.

Il Dott. Peter Safar contattò il Sig. Asmund Laerdal di Stavanger, Norvegia che iniziò a mettere a punto un manichino di addestramento, realistico ed efficace, per insegnare la respirazione bocca a bocca.

Asmund Laerdal era un giocattolaio norvegese che nel 1955 riuscì a salvare il figlio che rischiò di morire per annegamento, rianimandolo e liberandogli le vie respiratorie dall'acqua inghiottita. Quando fu invitato dal medico austriaco Peter Safar a far parte di un progetto che doveva realizzare un manichino dotato di torso e volto per esercitarsi con la rianimazione cardio-polmonare, volle che il volto del manichino fosse il più realistico possibile. Fu allora che gli venne in mente una maschera che c'era in casa dei suoi nonni, quella della Monna Lisa annegata, e decise di usarla per il suo manichino, a cui fu poi dato il nome di Resusci Anne.

Laerdal riteneva che se si fosse realizzato per l'addestramento alla rianimazione un manichino a grandezza naturale e di aspetto estremamente realistico, gli studenti sarebbero stati maggiormente motivati ad apprendere questa procedura di salvataggio.

Ispirato dalla maschera della ragazzina colta dalla morte in età così precoce, egli commissionò ad una nota scultrice, Emma Mathiassen, di modellare il viso per il **nuovo manichino d'addestramento alla rianimazione**, che si sarebbe chiamato **Resusci Anne**.

Resusci Anne è diventato un simbolo di vita per i milioni di persone in tutto il mondo che hanno imparato le tecniche della rianimazione e da coloro le cui vite sono state salvate da una morte improvvisa. In questo modo la "Ragazza della Senna è diventata immortale".

Si è molto discusso sulla perfezione dei suoi lineamenti e sulla identità della donna.

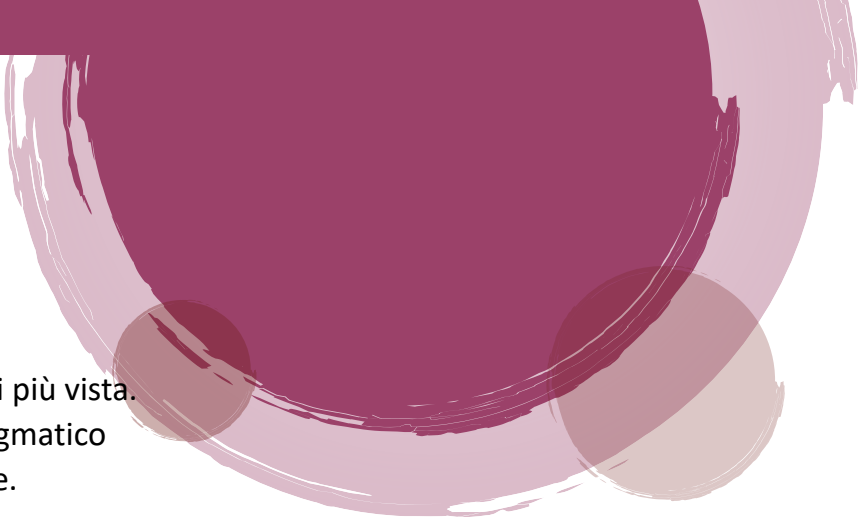
Secondo la Brigata Fluviale parigina il volto risulterebbe, infatti, troppo disteso e in salute per essere quello di una persona annegata, che invece sarebbe dovuto risultare gonfio in quanto il processo di decomposizione avviene più rapidamente nell'acqua. C'è quindi chi suggerisce che la maschera sia stata ritoccata per ottenere l'espressione perfetta. Oppure sia stata una modella professionista, bravissima a mantenere a lungo il suo viso inespressivo.

Per la sua identità sono state fatte varie ipotesi.

Secondo alcune indagini investigative dell'epoca si tratta di un'attrice ungherese di nome Ewa Lazlo, uccisa dal suo amante, Louis Argon.

Un reporter della BBC raccontò la storia di due sorelle gemelle identiche, nate a Liverpool oltre un secolo prima.

Una di loro aveva intrapreso una relazione sentimentale



con un ricco mercante ed era fuggita a Parigi, da cui non era mai tornata. Molti anni dopo l'altra sorella, recatasi in vacanza a Parigi, rimase scioccata nel vedere la maschera della ragazza annegata nella Senna che riconobbe immediatamente come la sua gemella mai più vista. In ogni caso il volto di Anne, con il suo enigmatico sorriso, ha fatto la storia della simulazione.

La simulazione nasce con il volto femminile ma si sviluppa fino ai nostri giorni con simulatori dal volto e dal corpo maschile.

Sarebbe interessante capire le motivazioni che hanno portato nel tempo ad orientarsi su manichini per simulazione dal volto maschile.

Recentemente però abbiamo capito che se vogliamo rendere le nostre simulazioni più realistiche è necessario **utilizzare manichini di entrambi i sessi**.

Un grazie di cuore ad Anne o qualsiasi sia il suo nome reale per averci permesso di addestrare tante persone a salvare vite.

Alda Mazzei

Anestesista e Rianimazione

Direttrice Centro Simulazione Medica, Azienda Universitaria Pisana

“L’Esperienza del Gruppo Donne AnaaO Toscana: La Maratona Culturale”

**6 Marzo - Lucia Miligi
per il Gruppo Donne ANAAO Toscana**



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 a 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.

Lucia Miligi per il Gruppo Donne ANAAO Toscana

**“AIUTO AL MORIRE”: LEGGE
REGIONALE RT 14 MARZO 2025, N. 16**

8 Maggio - Massimo Martelloni



**Modalità organizzative per l’attuazione
delle sentenze della Corte costituzionale
242/2019 e 135/2024**

La legge approvata dalla RT non riguarda il fine vita, che caratterizza solitamente il periodo nel quale il paziente ha

aspettative di vita ridotte, ma l’attuazione dei doveri di solidarietà che il Servizio sanitario regionale toscano è chiamato a garantire nel rispetto della libertà decisionale della persona assistita e all’interno di un mandato di tutela universalistica che è a carico del SSN in determinate condizioni estreme di salute. In altre parole questa legge, che si intitola “Modalità organizzative per l’attuazione delle sentenze della Corte Costituzionale 242/2019 e 135/2024”, prende atto che già alcune Aziende Sanitarie Toscane hanno regolamentato la materia della morte volontaria medicalmente assistita mediante delibere aziendali e che quindi era necessario coordinare l’applicazione delle sentenze con un dettato legislativo regionale che garantisse l’omogeneità della loro applicazione.

Il mandato imperativo della legge è quindi non abbandonare il paziente, garantirne la autodeterminazione, rispettarne la dignità.

La norma dispone la costituzione di una Commissione multidisciplinare permanente pubblica che verifichi la sussistenza dei requisiti per l’accesso al suicidio medicalmente assistito nonché la definizione delle relative modalità di

attuazione e che agisca in assenza di conflitti di interesse, e la costituzione di un Comitato per l’etica nella clinica, il quale agirà sia esaminando la richiesta di assistenza della persona assistita sia esaminando il parere della Commissione multidisciplinare, con funzioni di “cintura protettiva intorno a queste persone particolarmente vulnerabili”.

La legge regionale approvata è quindi una buona legge che rispetta quanto disposto dalle sentenze della Corte costituzionale 25 settembre 2019, n. 242 e 1° luglio 2024, n. 135 relative al suicidio medicalmente assistito nelle quali non è stato introdotto alcun diritto al suicidio assistito, ma il bilanciamento tra il diritto alla vita ed alla autodeterminazione, valorizzando l’inalienabile dignità decisionale di cui ogni vita è portatrice, pur attraverso precisi limiti e criteri, rispondendo alla richiesta di un aiuto concreto al morire. Nella Legge RT le Sentenze della Corte Costituzionale costituiscono sempre il faro di riferimento.

Infatti nella norma nell'art. 4 bis, dedicata alla rilevazione dei requisiti, "la Commissione verifica in via preliminare che il richiedente abbia ricevuto una informazione chiara e adeguata sulla possibilità di accedere ad un percorso di cure palliative.

Il richiedente è altresì informato del suo diritto di rifiutare o revocare il consenso a qualsiasi trattamento sanitario, anche di sostegno vitale, e della possibilità di ricorrere alla sedazione palliativa profonda continua ai sensi della l. 219/2017".

Solo quando il richiedente "conferma la volontà di accedere al suicidio medicalmente assistito la Commissione procede alla verifica dei requisiti. L'equilibrio della norma attuativa è quindi senza dubbio alcuno prudente. La funzione terza ed indipendente, poi, e priva di conflitti di interessi sia per la Commissione e sia per il Comitato per l'Etica nella clinica pubblici costituisce la garanzia ulteriore per il paziente tesa ad evitare il rischio di una morte prematura o eventuali abusi in danno di persone assistite vulnerabili. Questo è un motivo ulteriore per valutare favorevolmente la norma.

La riflessione medica in materia è stata nel tempo condivisa, sapendo che in questo caso il tema delicatissimo non è quello del fine vita, ma quello ben diverso del suicidio assistito. I medici da sempre condividono nel Codice di Deontologia le regole morali che guidano l'intera categoria.

I medici hanno compiuto in ambito etico un lungo percorso che li ha portati da una posizione paternalista, dove il paziente affidava il proprio bene salute al medico, al punto di arrivo della medicina condivisa dove la salute non costituisce più solo un necessario diritto sociale, ma assurge a diritto di libertà sotto la guida degli articoli 2, 13 e 32 della Costituzione Italiana.

Non è sfuggita pertanto alla FNOM la necessità di modificare il 6 febbraio 2020 il Codice di Deontologia Medica a fronte della Sentenza della Corte Costituzionale n. 242/2019, che, valorizzando la autodeterminazione della persona assistita, come da Legge 219/2017, indicava la incostituzionalità, per determinate condizioni di salute della disposizione dell'art. 580 del Codice Penale in materia di agevolazione del suicidio.

Fino al 2019 il Codice di Deontologia Medica recitava: – Art. 17 "Atti finalizzati a provocare la morte": Il medico, anche su richiesta del paziente, non deve effettuare né favorire atti finalizzati a provocarne la morte."

La riflessione ampia realizzata in piena pandemia portava la FNOM a dare chiari indirizzi applicativi chiarificatori in materia come segue: "Indirizzi Applicativi Allegati all'art. 17 e correlati ai sensi della Sentenza 242/19 della Corte Costituzionale La libera scelta del medico di agevolare, sulla base del principio di autodeterminazione dell'individuo,

il proposito di suicidio autonomamente e liberamente formatosi da parte di una persona tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale, affetta da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche intollerabili, che sia pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli (sentenza 242/19 della Corte Costituzionale e relative procedure), va sempre valutata caso per caso e comporta, qualora sussistano tutti gli elementi sopra indicati, la non punibilità del medico da un punto di vista disciplinare”.

La scelta pertanto libera e consapevole del paziente di accelerare un processo di morte percepito e considerato come gravemente penoso, presenti i requisiti indicati dalla Corte, laddove si concretizzi in “aiuto medico a morire”, comporta per il medico e per il personale sanitario una importante scelta morale, tanto che la Legge Regionale Toscana richiama la individuazione dei membri previsti della Commissione su base volontaria, come è su base volontaria il supporto tecnico ovvero “l’assistenza sanitaria per la preparazione all’autosomministrazione del farmaco autorizzato”.

Il limite invalicabile dell’art. 17 del CDM non è superato dalla legge toscana che cammina in accordo con la Sentenza della Corte Costituzionale in merito all’aiuto al morire nei limiti indicati e col supporto tecnico che agevola l’autosomministrazione.

In conclusione le attività svolte, nei limiti delle Sentenze della Corte Costituzionale e della Legge Regionale Toscana, dai Comitati per l’Etica Clinica e dalle Commissioni multidisciplinari non sono punibili né in sede penale, né disciplinare.

Quello che però resta alla fine di queste riflessioni è la capacità di comprendere che la scienza ci illumina, ma che solo la comprensione della sofferenza può ricordarci la nostra umanità.

A cura del Prof. Massimo Martelloni
Membro Commissione Assicurativa Nazionale ANAAO e
Consigliere Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di
Firenze

scansiona il qr code per leggere

l’articolo completo di legge regionale →



La questione del fine vita: cure palliative e suicidio medicalmente assistito

16 Giugno Simona Bonaccorso

Quando parliamo di servizio sanitario e di cure al malato lo scenario si apre prevalentemente sull'accesso ai servizi di diagnostica, sulla prevenzione, sull'opportunità di trattamento e sui tempi di erogazione.

Si parla meno di outcome del paziente e ancor meno di fine vita. Tutelare l'esistenza residua e la dignità della morte rimane ancora un concetto poco affrontato o affrontato ai margini, analizzato e sostenuto in maniera differente sul territorio nazionale, riversato troppo dolorosamente sulla famiglia quando la persona malata ha la fortuna di averne una.



Al contrario il fine vita è un tema che vede coinvolti molti medici e operatori sanitari impegnati nelle strutture ospedaliere pubbliche e l'incontro al malato morente può avvenire nei più diversi ambiti della nostra attività, non riguardando solo gli hospice, la cui distribuzione disomogenea sul territorio nazionale assicura l'accesso ad un numero troppo esiguo di persone, ma riguarda anche i reparti di degenza come le Medicine interne, le Geriatriche, le Terapie Intensive, talora anche il PS.

Infatti in un paese in cui il concetto di salute è politicamente affrontato in maniera estremamente confusa e scompaginata, caratterizzato da un lavoro immane ma disarmonico, per la mancanza di un unico comune denominatore tra il territorio e l'ospedale, tra i medici di famiglia e gli specialisti, il PS diviene non di rado l'ultima disponibile porta d'accesso di un malato affetto da patologia cronica al termine del suo percorso.

In questo caso dobbiamo essere tutti preparati ad affrontare il più corretto trattamento che allevi le sofferenze, senza accanimenti terapeutici e includa al meglio quel delicato momento della relazione al paziente e all'intero nucleo familiare.

L'Anestesista Rianimatore è spesso coinvolto in questa fase dell'assistenza per stabilire se un quadro clinico richieda procedure e manovre invasive oppure se, ritenendo le stesse sproporzionate rispetto alla prognosi, vadano sostituite da un approccio palliativo. In quest'ultimo caso è giusto far comprendere ai familiari o al malato, quando possibile, che l'approccio palliativo non è sospensione delle cure e abbandono della persona, ma è terapia per alleviare le sofferenze là dove non vi è più

marginale per una terapia che curi la malattia. L'obiettivo in questo caso sarà quello di dare dignità alla vita residua e alla morte ed è obiettivo che deve prevalere su quello di prolungare una sopravvivenza troppo dolorosa.

Si aprono, a questo proposito alcune questioni particolari che non vanno mai lasciate al caso: evitare logiche difensivistiche, condividere le scelte in team multi-disciplinari che allevi il peso psicologico di un solo professionista e renda più completa l'appropriatezza clinica, rispettare la volontà del paziente secondo quanto sancito dalle norme in materia di consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento secondo l'autodeterminazione della persona malata.

La legge 219/2017 - all'art.1 infatti fonda i propri principi sull'appropriatezza clinica e sulla proporzionalità delle cure; significa che ciò che è appropriato clinicamente, perché vi è la ragionevole probabilità che quel determinato trattamento in quella determinata persona possa modificare positivamente la prognosi e prospettare un recupero, può non risultare accettabile dal paziente ovvero può non essere proporzionato rispetto alla sua personale valutazione della qualità del possibile recupero e del rapporto tra benefici e oneri psicofisici che da quel trattamento possono derivare. Ciò che appropriatamente e quindi legittimamente può essere proposto dal medico può non essere proporzionato per il paziente e quindi può non essere accettato (autodeterminazione). Anche qui possono aprirsi scenari diversi, come lo stato di incapacità mentale, l'assenza di disposizioni anticipate di trattamento, lo stato di emergenza-urgenza nel quale si opera. Nei casi in cui la valutazione dell'appropriatezza non può essere pesata in armonia con quella della proporzionalità delle cure, deve prevalere l'appropriatezza clinica, secondo scienza e coscienza, rinviando la seconda a un momento successivo più maturo per operarne una scelta adeguata.

L'appropriatezza del pensiero clinico rispetto alla persona sofferente non è mai un processo semplice, non è abbandono né può definirsi eutanasia, è piuttosto espressione di cura appropriata alla condizione, attenta ai bisogni contingenti, ispirata ai principi dell'etica clinica ovvero al principio di "beneficialità" che guida il medico nel prioritario interesse del paziente. L'elemento centrale della questione rimane quindi la tutela della dignità della persona malata, per cui limitare i trattamenti intensivi, che abbiano il solo scopo di prolungare la fase di passaggio alla morte, non è solo lecito ma costituisce un dovere deontologico e giuridico (art. 2 Legge 219/2017) e diviene presa in carico globale del paziente.

Questo approccio va dal controllo farmacologico e assistenziale del dolore, al supporto psicologico e spirituale della famiglia fino alla gestione dell'eventuale lutto.

Le linee Guida SIAARTI e le Raccomandazioni per l'approccio alla persona morente (Update 2018), che ricordiamo rappresentano punto di riferimento imprescindibile alle quali la legge n.24/2017

richiama l'attenzione nell'attribuire ruoli di responsabilità, individuano, tra l'altro, veri e propri indicatori di qualità del fine vita.

Li riportiamo qui nei seguenti punti:

- processi decisionali condivisi con il paziente e la sua famiglia nel pieno rispetto delle loro volontà;
- comunicazione tra l'equipe, la persona ricoverata e la sua famiglia garantendo tempi e luoghi idonei da dedicare alla relazione di cura;
- continuità assistenziale ricercata attraverso confronti strutturati nell'ambito dello staff;
- supporto emozionale e spirituale garantito alla persona ricoverata e alla sua famiglia con l'obiettivo di favorire la loro capacità di affrontare la situazione;
- controllo di tutti i sintomi in grado di arrecare sofferenza fisica o psicologica;
- supporto emozionale e spirituale garantito a tutti gli operatori sanitari con l'obiettivo di prevenirne il burnout ed il disagio etico;
- processi organizzativi finalizzati alla formazione continua dei professionisti sanitari in cure palliative e assistenza al fine vita (comprese non-technical skills e percorsi di introspezione, elaborazione del lutto).

Il documento si sofferma sull'importanza della comunicazione ricordandoci che ciò che qualifica il professionista è la capacità di relazione. Una comunicazione è buona se caratterizzata da questi requisiti:

- correttezza e comprensibilità;
- coerenza e omogeneità;
- gradualità nel processo informativo;
- direzione biunivoca che renda i familiari "microfono e testimoni della persona stessa rispetto ai suoi pensieri, alle sue aspettative, alla sua biografia e alle sue volontà";
- empatica ovvero che ottimizzi la compliance, la fiducia e il senso di affidamento.
- contestualizzata negli spazi e nel tempo adeguato e necessario.

Perché comunicare non vuol dire solo informare ma rappresenta lo strumento per interagire e creare una relazione di fiducia, base per la riduzione dei conflitti, faro sulla dimensione umana del malato, cardine di un approccio etico alla malattia che genera in ogni essere umano una componente affettiva ed emotiva fatta di dolore, speranza, incredulità.

Solo così il medico sperimenta con il paziente e la sua famiglia una relazione che diventa cura oltre la guarigione e oltre ai bisogni del ricovero, una relazione che intercetta la necessità più grande, ovvero "la certezza che tutto è stato fatto".

In questo scenario qual è oggi il prezzo, in termini psicofisici, che medici e operatori sanitari pagano per mantenere il diritto ad un approccio eticamente giusto ma messo costantemente a repentaglio da logiche aziendalistiche?

Gli Ospedali rimodulati in Aziende hanno target organizzativi che attribuiscono ore e numeri alle prestazioni, privano delle risorse umane adeguate e decurtano ai professionisti quel tempo prezioso che “è tempo di cura”, come sancito dall’art. 1 della L. 219/17 e dall’art. 20 del Codice di Deontologia Medica. Tali Aziende rappresentano un luogo dove rischia costantemente di maturare la controversia tra la necessità di cura, nel significato più completo della sua definizione, e la potenzialità di “strumenti” per realizzarla.

Esiste poi un problema di distribuzione delle risorse notevolmente disomogenea per regioni nel nostro paese, compromettendo quel principio di equità di accesso alle cure palliative. Il 25 maggio 2025 in occasione della Giornata Nazionale del Solievo, la

- 1) capacità di intendere e di volere della persona malata che sceglie liberamente e consapevolmente
- 2) la patologia è irreversibile
- 3) la patologia provoca gravi sofferenze fisiche e psichiche
- 4) il paziente sopravvive solo grazie a trattamenti per il sostegno vitale.

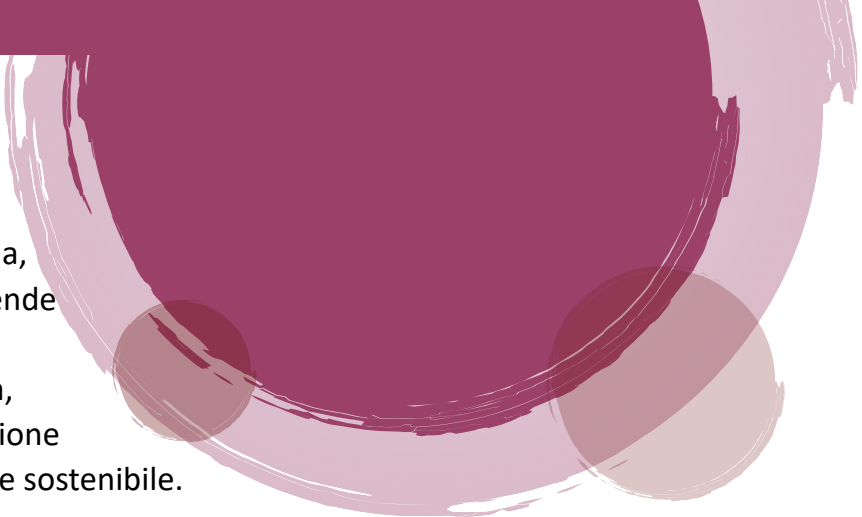
Federazione Cure Palliative e la Società Italiana di Cure Palliative hanno lanciato un vero e proprio allarme: a fronte della legge 197/2022 che fissa l’obiettivo di garantire entro il 2028 l’accesso alle cure palliative al 90 % dei malati su tutto il territorio nazionale, oggi solo il 33% dei pazienti riceve cure palliative con un divario importante tra nord e sud. I dati ufficiali del Ministero ci informano che il Trentino assicura assistenza a oltre il 70% delle persone che ne hanno bisogno, il Veneto al 55%, la Lombardia e l’Emilia Romagna riescono a dare una copertura a 40% della popolazione che la necessita, la Sicilia al 23%, la Calabria al Campania e la Sardegna sotto il 10%. Il diritto al sollievo dalle sofferenze è dunque ancora negato e non garantito omogeneamente nel nostro paese e si rimane lontani dall’obiettivo fissato.

Ancor più lontana è l’applicazione del suicidio medicalmente assistito, regolamentato in Italia per la prima volta dalla regione Toscana che approva a febbraio di quest’anno la legge regionale n. 16/2025.

Tale legge, recependo le sentenze n. 242/2019 e 135/2024 della Corte Costituzionale muove l’interesse dalla necessità di coordinare l’applicazione delle sentenze con un dettato legislativo regionale che garantisca la corretta organizzazione e l’omogeneità applicativa.

Sul principio di autodeterminazione del paziente la Corte Costituzionale ha inteso la sospensione delle cure salvavita un diritto inviolabile quando siano soddisfatti i seguenti requisiti:

Cure Palliative e suicidio medicalmente assistito rappresentano due facce della stessa medaglia nella cura del paziente



affetto da patologia grave,
ma nel primo caso si intendono le cure
rivolte ad alleviare le sofferenze delle
persone giunte, a causa della loro patologia,
alla fine della vita, nel secondo caso si intende
una procedura richiesta dal paziente che,
affetto da una grave condizione patologica,
non sta per morire ma versa in una condizione
giudicata per se stessi non più accettabile e sostenibile.

Parliamo di due condizioni diverse, sia dal punto di vista clinico sia dal punto di vista
dell'aspettativa di vita, sia dal punto di vista organizzativo gestionale, sia dal punto di vista
etico, ma accomunate dall'unico comune denominatore che è il dolore e insieme ad esso la
solitudine e la sofferenza.

Tanto ancora c'è da fare perché temi così sensibili si traducano in una reale efficiente
distribuzione dei servizi dedicati su tutto il territorio nazionale, perché nessuno si senta
indietro rispetto al diritto alla cura ma anche rispetto al diritto ad una "dignitosa morte".
Occorre uno sforzo per approfondire il problema perché se "la scienza ci illumina, solo la
comprensione della sofferenza può ricordarci la nostra umanità" (Prof. M. Martelloni).

C'è urgente bisogno di dialogo perché attraverso un approccio etico, professionale e politico
si trovino, all'interno del Sistema Sanitario Nazionale, le migliori soluzioni organizzative
necessarie a preparare i medici e gli operatori sanitari e a garantire uniformemente su tutto il
paese la tutela della vita in tutte le sue sfumature.

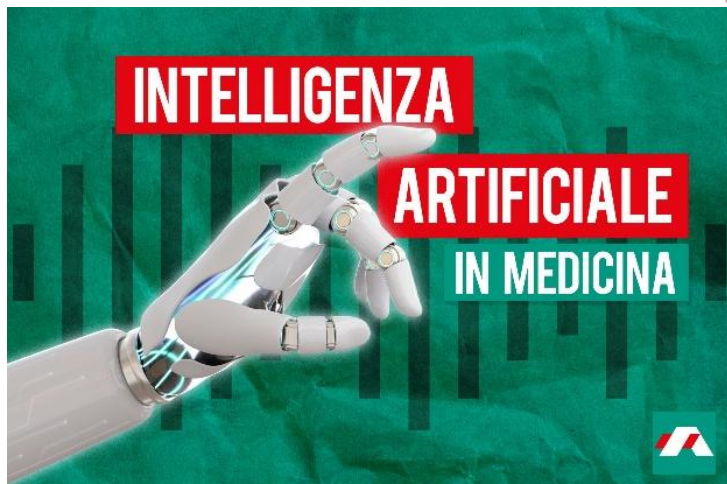
Dott.ssa Simona Bonaccorso

Anestesista Rianimatrice presso l'Azienda Ospedaliera per l'Emergenza Cannizzaro Catania

Componente Esecutivo Nazionale Anaao Assomed

Intelligenza Artificiale in Medicina: Opportunità e Cautele

30 Giugno Ildo Nicoletti



Preambolo

Dopo lo splendido incontro del 6 Giugno u.s. sulle Intelligente Artificiali (IA) in Medicina organizzato da Anaao-Assomed Toscana, mi è stato chiesto di scrivere un breve articolo che riassume i principali temi trattati in quella occasione.

Per persuadere gli scettici riguardo al contributo significativo dell'IA in vari aspetti della nostra professione, ho deciso di testare sul campo le capacità di una delle piattaforme più diffuse, ChatGPT-4o. Ho preliminarmente invitato l'IA a fare una "deep search" su tutto quanto pubblicato sull'uso delle IA in Medicina e di sintetizzarlo in un documento. Ho quindi chiesto di riassumere il documento redatto (oltre 80 pagine con circa 400 lavori consultati) in un articolo di 4-5 cartelle.

Quello che leggete qui sotto è il frutto del "nostro" lavoro collaborativo, svolto in una ventina di minuti.

Introduzione: il ruolo trasformativo dell'IA nella medicina contemporanea

L'Intelligenza Artificiale (IA) sta rapidamente ridefinendo il panorama della medicina moderna, rappresentando una delle trasformazioni più significative nell'assistenza sanitaria degli ultimi decenni. Grazie alla sua straordinaria capacità di analizzare, correlare e interpretare grandi volumi di dati clinici, l'IA si propone come uno strumento capace di supportare concretamente le decisioni diagnostiche, prognostiche e terapeutiche, aumentando l'efficacia e la tempestività degli interventi.

La validità dell'IA come strumento complementare all'attività clinica è oggi riconosciuta da un crescente corpus di letteratura scientifica, che ne documenta l'efficacia in ambiti ad alta intensità informativa. In particolare, si registrano applicazioni consolidate nell'imaging medico, dove l'IA contribuisce all'individuazione precoce di anomalie, nella diagnostica differenziale, nella generazione delle cartelle cliniche e nella medicina personalizzata, dove favorisce un approccio più mirato e individualizzato alle terapie.

Queste applicazioni non mirano a sostituire il medico, bensì a potenziarne la capacità di interpretazione e decisione, fornendo supporti avanzati ma sempre sottoposti al controllo e al giudizio clinico.

In questa prospettiva, l'IA non rappresenta una minaccia all'autonomia professionale, ma uno strumento evolutivo che, se ben integrato, può rafforzare la medicina basata sull'evidenza e rendere l'assistenza più efficace, efficiente e centrata sul paziente.

Tuttavia, l'integrazione dell'IA non è esente da rischi: la dipendenza dalla qualità dei dati, l'opacità dei processi decisionali (il cosiddetto problema della "scatola nera"), le difficoltà di integrazione nei flussi di lavoro clinici e le implicazioni etiche pongono interrogativi cruciali. Questo articolo intende offrire ai medici una panoramica ragionata dei vantaggi e delle criticità, ribadendo la necessità di una adozione responsabile e graduale dell'IA in medicina.

Vantaggi clinici: accuratezza, efficienza e medicina personalizzata

Numerose evidenze scientifiche documentano come l'Intelligenza Artificiale sia in grado di affiancare e, in taluni ambiti, addirittura superare le performance degli specialisti umani in compiti specifici e ben delimitati. Questo risultato è particolarmente evidente in ambiti in cui l'analisi di immagini e dati strutturati rappresenta una componente centrale del processo diagnostico.

In radiologia, ad esempio, piattaforme avanzate come ENDEX e Zebra Medical Vision si sono dimostrate altamente efficaci nell'identificare tumori, fratture e anomalie vascolari con un grado di accuratezza comparabile o superiore a quello degli esperti.

Ciò non significa che il radiologo venga sostituito, ma piuttosto che venga supportato da uno strumento in grado di segnalare rapidamente elementi sospetti o anomalie altrimenti difficili da cogliere, aumentando la tempestività e la precisione delle valutazioni.

In patologia digitale, l'IA contribuisce a una maggiore standardizzazione delle diagnosi istopatologiche, migliorando la sensibilità e la specificità nell'individuazione di cellule neoplastiche, nella misurazione di lesioni e nella quantificazione di biomarcatori.

Questa automazione permette non solo di ridurre la variabilità inter-osservatore, ma anche di ottimizzare i tempi di analisi, consentendo consulti più rapidi e una migliore gestione dei carichi di lavoro.

In oftalmologia, il sistema IDx-DR rappresenta una pietra miliare: si tratta del primo dispositivo di IA autorizzato dalla FDA per la diagnosi autonoma della retinopatia diabetica, in grado di fornire un risultato clinicamente utilizzabile senza necessità di revisione umana. Sebbene tale autonomia sollevi interrogativi sul piano della responsabilità e del consenso informato, essa apre anche a scenari in cui l'accesso precoce alla diagnosi diventa possibile anche in contesti privi di specialisti, ampliando la copertura e l'equità dell'assistenza.

L'IA risulta particolarmente efficace quando opera su dati strutturati e visivi, come quelli generati nei contesti diagnostici di imaging, rendendola uno strumento ideale per la diagnosi precoce, l'identificazione di pattern patologici sottili e l'ottimizzazione dei trattamenti oncologici.

Grazie alla sua capacità di analizzare simultaneamente molteplici variabili cliniche, genetiche e ambientali, l'IA sostiene in modo determinante lo sviluppo della medicina di precisione, offrendo ai clinici strumenti per intervenire con maggiore accuratezza e tempestività.

In ambito terapeutico, la sua utilità emerge nella stratificazione personalizzata dei pazienti, permettendo di adattare i trattamenti non solo alla patologia, ma anche alle specifiche caratteristiche individuali, riducendo così la probabilità di reazioni avverse e aumentando l'efficacia degli interventi. I modelli predittivi alimentati dall'IA, ad esempio, stanno rivoluzionando la gestione del rischio cardiovascolare e la farmacogenomica, consentendo di prevedere la risposta ai farmaci o la comparsa di eventi critici prima che si manifestino clinicamente.

Un ulteriore ambito di espansione, spesso sottolineato ma ancora in fase di sviluppo strutturale, è quello della telemedicina. L'integrazione dell'IA nelle piattaforme di teleconsulto, monitoraggio remoto e triage automatizzato rappresenta un'evoluzione strategica per ampliare l'accesso alle cure e personalizzare l'interazione con il paziente anche a distanza. Sistemi intelligenti possono analizzare i dati provenienti da dispositivi indossabili, segnali vitali e sintomi riportati in tempo reale, fornendo alert clinici tempestivi e suggerimenti per il follow-up. Questo approccio rafforza la continuità assistenziale e rende più efficiente la gestione delle cronicità, contribuendo a una sanità più prossima e proattiva.

Rischi e sfide: dati, spiegabilità e flussi di lavoro

Nonostante il potenziale, l'adozione dell'IA solleva numerose criticità.

La qualità e la rappresentatività dei dati sono determinanti: set di dati non diversificati possono introdurre bias clinici e compromettere l'equità dell'assistenza. Inoltre, la complessità degli algoritmi di deep learning rende spesso opachi i processi decisionali, ostacolando la trasparenza e la fiducia da parte dei clinici.

Dal punto di vista operativo, l'integrazione dell'IA nei flussi di lavoro esistenti è spesso problematica. Sistemi mal progettati possono aumentare il carico di lavoro o compromettere l'autonomia decisionale, generando frustrazione e burnout.

È essenziale adottare un design centrato sull'utente, che tenga conto dei ritmi e delle pratiche cliniche consolidate.

Etica, responsabilità e quadro regolatorio

Le implicazioni etiche e legali sono tutt'altro che marginali. Dall'anonimato dei dati alla responsabilità in caso di errore algoritmico, le sfide sono numerose.

L'IA deve operare in un quadro trasparente, con consenso informato adeguato e supervisionata da professionisti umani.

In questo senso, organismi come la FDA, la WHO e l'Unione Europea (con l'AI Act) hanno delineato linee guida convergenti: spiegabilità (explainable-AI), equità, governance dei dati, supervisione umana e responsabilità. Anche le associazioni mediche, come l'AMA, promuovono un approccio cauto e incrementale, che valorizzi il ruolo insostituibile dell'esperienza clinica.

Conclusioni: verso una medicina aumentata, non sostituita

La validità dell'IA in medicina non può essere valutata unicamente in termini di accuratezza algoritmica, ma va considerata nel suo impatto complessivo sull'ecosistema clinico e sulla relazione medico-paziente. È essenziale sottolineare che l'IA non deve essere concepita come un sostituto del professionista sanitario, ma come uno strumento capace di potenziarne le capacità decisionali e operative. La medicina è, e deve restare, un atto profondamente umano, basato non solo su dati e algoritmi, ma anche su esperienza, empatia, etica e comunicazione.

L'obiettivo dell'integrazione dell'IA non è sostituire il giudizio clinico, bensì supportarlo, liberando tempo per le attività a più alto valore relazionale e decisionale. I sistemi di IA ben progettati possono affiancare il medico nel processo diagnostico e terapeutico, suggerendo percorsi alternativi o evidenziando anomalie nei dati, ma la decisione finale deve restare nelle mani del clinico. Ciò è particolarmente importante per mantenere la fiducia del paziente, garantire la responsabilità delle scelte e valorizzare l'insostituibile capacità umana di interpretare i contesti, cogliere sfumature e personalizzare l'intervento.

L'IA può diventare uno strumento potente per aumentare le competenze cliniche, ridurre le disuguaglianze, prevenire errori e migliorare gli esiti, ma solo se viene adottata in modo responsabile, integrata armoniosamente nei flussi di lavoro e guidata da principi etici condivisi. È in questa visione di collaborazione umano-macchina, e non di delega cieca, che risiede la vera promessa dell'Intelligenza Artificiale in medicina.

Per questo, è fondamentale adottare una serie di strategie coordinate e sinergiche. In primo luogo, occorre sviluppare soluzioni di Intelligenza Artificiale ispirate a un approccio centrato sull'essere umano: la progettazione dei sistemi deve partire dai reali bisogni dei clinici e dei pazienti, tenendo conto della facilità d'uso, dell'integrazione nei flussi di lavoro e del supporto alle decisioni, piuttosto che della sola performance tecnica.

È altrettanto essenziale garantire la disponibilità e l'accessibilità a dati di elevata qualità, rappresentativi e privi di pregiudizi, su cui gli algoritmi possano basare le proprie inferenze. La robustezza dei dati rappresenta il fondamento su cui si costruisce ogni sistema affidabile, e in questo contesto

la presenza di un sistema di cartella clinica elettronica (EHR) ben progettato e interoperabile diventa un elemento imprescindibile.

Un EHR efficiente non si limita a raccogliere dati clinici, ma li struttura, li rende accessibili in tempo reale, li integra da fonti diverse (ospedaliera, territoriali, laboratori, dispositivi personali) e li rende fruibili dagli algoritmi di IA.

Senza una base informativa coerente, standardizzata e aggiornata, qualsiasi applicazione avanzata dell'IA rischia di basarsi su input incompleti o distorti, vanificando i vantaggi attesi. Pertanto, investire in EHR di qualità, interoperabili e rispettosi della privacy non è solo un prerequisito tecnologico, ma un atto strategico per abilitare l'uso efficace e sicuro dell'IA in medicina.

Un altro punto chiave è la spiegabilità dei processi decisionali: i sistemi di IA devono offrire trasparenza e rendere comprensibili le motivazioni alla base delle proprie raccomandazioni, affinché il medico possa validare, contestualizzare e assumersi la responsabilità delle scelte cliniche.

Occorre inoltre definire chiaramente i profili di responsabilità in caso di errore o malfunzionamento dell'IA, con un quadro normativo aggiornato che tuteli i pazienti senza gravare ingiustamente sui professionisti.

La formazione continua dei medici rappresenta una condizione imprescindibile: solo clinici consapevoli e competenti possono interagire con gli strumenti di IA in modo critico e produttivo, evitando sia l'abuso che l'inibizione nell'utilizzo.

Infine, è necessario incentivare una reale collaborazione interdisciplinare tra medici, ingegneri, data scientist, esperti di etica e decisori politici. Solo attraverso un dialogo costante tra questi attori sarà possibile orientare lo sviluppo dell'IA in direzione di un'innovazione eticamente fondata e clinicamente utile.

Solo così si potrà costruire una reale medicina collaborativa, dove l'IA non sostituisce, ma potenzia il giudizio clinico e la relazione con il paziente.

Prof. Ildo Nicoletti, già Professore di Medicina Interna, Università di Perugia con l'aiuto di Open AI ChatGPT-4o

Bilancio di genere: l'esperienza del CUG dell'Azienda USL Toscana Sud Est

29 Luglio Adriano Turchi

PREMESSA

A partire nel 2018 l'Azienda USL Toscana Sud Est, ha collaborato con ANAAO Toscana a una

sperimentazione pilota sul **Bilancio di Genere**

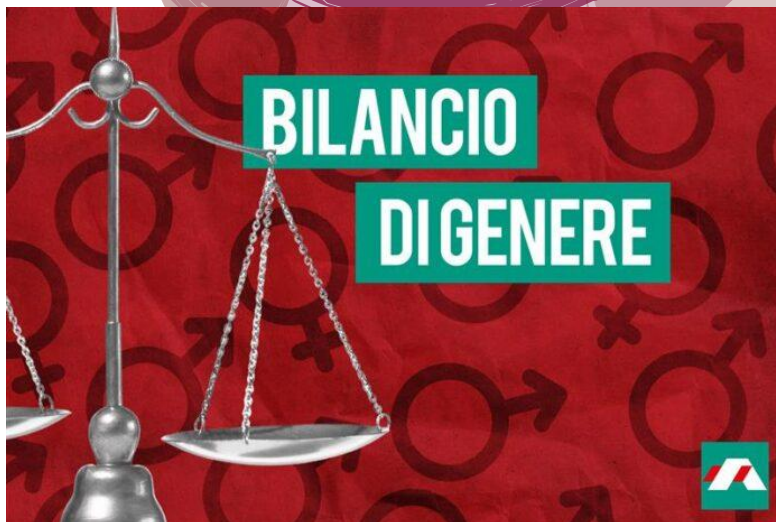
nell'organizzazione del lavoro

medico e sanitario, volta a

promuovere e ricercare le differenze di genere e il loro impatto su scala regionale.

Così, nel 2020-2021 è iniziata la ricerca/sperimentazione. Promossa da ANAAO Toscana e condotta dal

Laboratorio Management e Sanità (MeS) dell'Istituto di Management, della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, con la partecipazione dei CUG delle aziende. Una delle poche ad essere realizzate nelle nel nostro paese che ha consentito, attraverso l'identificazione di un CRUSCOTTO di otto dimensioni gender specifici (Inquadramento contrattuale, Opportunità di carriera, Età, Specialità medica, Giornate di Assenza, Vertenze, Formazione, Clima organizzativo) per i medici e sanitari di tutte le aziende sanitarie toscane, di analizzare l'impatto delle differenze di genere sull'organizzazione del lavoro e di mappare e condividere le azioni aziendali finalizzate a valorizzare e tutelare tali differenze.



GLI INDICATORI DEL BERSAGLIO MES

Dall'analisi svolta sono emerse due raccomandazioni per le aziende sanitarie volte a supportare lo sviluppo di politiche del personale lungimiranti. La prima raccomandazione ha riguardato l'inserimento di due indicatori di genere all'interno del più ampio sistema di valutazione della performance della sanità Toscana: gli indicatori del Cruscotto **E2A e E2B** rispettivamente **Percentuale Assenze per Genere** e **Soffitto di Cristallo** sono entrati a pieno titolo nel Bersaglio MeS fra gli indicatori monitorati dal sistema di valutazione della performance della sanità toscana nel 2020 e del network delle 11 regioni nel 2021, entrambi coordinati dal Laboratorio MeS.

La seconda raccomandazione ha proposto l'avvio di un osservatorio sulle politiche di welfare del personale, con particolare attenzione per il genere, che mettesse a fattor comune le esperienze delle aziende sanitarie (successi e insuccessi) attraverso il confronto periodico dei CUG (comitati unici di garanzia) aziendali e degli altri soggetti istituzionali interessati al tema come il centro di criticità relazionale della Regione Toscana e il centro della medicina di genere.

IL PASSATO RECENTE: (DE&I STRATEGY)

E CERTIFICAZIONE DI GENERE

(Effetto Bundle) La Asl Toscana Sud Est a conferma della sua attenzione alla promozione delle pari opportunità, alla promozione del benessere organizzativo, alla conciliazione lavoro-famiglia, alla inclusività e al contrasto alle discriminazioni ha proseguito la sua politica rafforzando gli strumenti, anche organizzativi, necessari a raggiungere questi obiettivi.

I passaggi principali possono essere così riassunti

CUG

Con la Delibera del Direttore Generale n.6 del 28/01/2024, l'Azienda ha completato il rinnovamento del Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (CUG), provvedendo alla sostituzione dei/le componenti dimessi, in genere a seguito di pensionamento.

PIANO AZIONI POSITIVE – P.A.P.

Il Comitato Unico di Garanzia, nel 2023 aveva predisposto un nuovo Piano triennale di Azioni Positive (PAP), avendo il precedente esaurito la sua efficacia; il documento, mirante ad introdurre e innovare le azioni positive, anche grazie a quanto realizzato con il precedente piano, è stato approvato con delibera DG 706 del 21-06-2023 con oggetto: PIANO DI AZIONI POSITIVE 2023-2025 (PAP) – DETERMINAZIONI.

GENDER EQUALITY PLAN

Molte azioni descritte nel P.A.P. sono state recepite nel GEP – Gender Equality Plan approvato con Delibera del Direttore Generale n° 1054 del 17/10/2023 con oggetto APPROVAZIONE DEL GENDER EQUALITY PLAN (PIANO DI UGUAGLIANZA DI GENERE).

DIVERSITY, EQUITY AND INCLUSION STRATEGY

Nell'ambito della lotta alle disuguaglianze l'azienda ha avviato un processo di "Diversity, Equity and Inclusion Strategy" ai cui principi si ispira l'azione di valorizzazione ed inclusione delle diversità, non solo di genere, che la ASL Toscana Sud Est intende sviluppare nel contesto lavorativo aziendale.

A tal proposito con la Deliberazione n. 696 del 13/06/2023 è stata approvata la progettualità relativa alla "strategia di diversità, equità ed inclusione" (DE&I Strategy), è stato nominato il DE&I manager ed è stato costituito un "gruppo di riflessione" (DE&I Think Tank) con il compito di perseguire una strategia di più ampia portata che elabori un percorso teso a realizzare in Azienda la "strategia di diversità, equità ed inclusione" (DE&I Strategy).

CERTIFICAZIONE DI GENERE (UNI/pdr 125:2022)

È stato inoltre intrapreso un percorso volontario di certificazione di genere ai sensi della Norma UNI/pdr 125:2022.

In data 21.10.2024 l'Ente certificatore Kiwa Cermet Italia SPA, ha rilasciato all'Azienda USL Toscana Sud Est il certificato di conformità alla prassi di riferimento UNI/Pdr 125:2022 volta ad assicurare una politica di gender equality e la creazione di un ambiente lavorativo più inclusivo e meno discriminatorio.

FARE RETE

Altro aspetto su cui vogliamo porre attenzione è la creazione di "Relazioni di Valore", un articolato sistema di "Rete" che vede il CUG al centro di scambi con altre realtà operanti su temi analoghi.

Intra-aziendale: Consigliera di Fiducia, Servizio di Sorveglianza Sanitaria, Servizio di Prevenzione e Protezione, Servizio Benessere Organizzativo e Clima Interno, Formazione, Gestione Risorse Umane Promozione della salute ecc.. OO.SS.

Extra Azienda: Rete Nazionale dei CUG, altri CUG dell'area Sanità Regionali e non, altri CUG Enti Locali, Università, Consigliere di Parità Provinciali e Regionale, Assessorati alle Pari Opportunità e politiche di inclusione. Ognuno di questi elementi alcuni legati a obblighi di legge, insieme ad altri scelti volontariamente, contribuisce alla realizzazione di politiche di gender equality e ambienti di lavoro inclusivi e, possiamo affermare che, l'effetto è maggiore della somma delle singole azioni (Effetto Bundle)

IL BILANCIO DI GENERE, COME SI INSERISCE IN QUESTO MOSAICO APPENA DESCRITTO?

Può essere considerato anch'esso una buona prassi necessario a misurare l'efficacia delle azioni descritte.

Occorre rendere strutturale il BDG come strumento operativo di monitoraggio e valutazione della destinazione delle risorse economiche in ottica di genere. Il Gender Pay Gap, il soffitto di cristallo o l'allocazione di risorse umane e strumentali in settori aziendali preferendo strutture a governo maschile rispetto a omologhe strutture a governo femminile, sono facilmente evidenziabili anche attraverso un BDG periodico.

Il BDG deve servire per indirizzare le politiche di Welfare Aziendale e Work-Life Balance.

SFIDE FUTURE

Per affrontare le sfide che ci si prospetteranno, occorre unire alcune azioni come Esistere e Divenire

Esistere

L'esistenza del CUG all'interno delle aziende pubbliche non può, e non deve, essere visto come un semplice adempimento

normativo, luogo di monitoraggio ed elaborazione di proposte ma come un vero punto di forza in quanto officina di idee e di confronto.

Crediamo che alcuni dei passaggi e delle scelte descritti brevemente siano stati positivamente influenzate dal lavoro svolto, anche tra mille difficoltà dal CUG.

Divenire

La trasformazione in corso nelle aziende (transizione Digitale, transizione Green) non potrà escludere una trasformazione culturale delle organizzazioni: più eque, più inclusive, meno discriminatorie.

Dr. Adriano Turchi

Segretario CUG Azienda USL Toscana Sud Est

“Ambiente di lavoro “stressogeno”: la sentenza della corte di cassazione”

Ottobre Paola Rosignoli



Cassazione Civile, Sez. Lav., 04 gennaio 2025, n. 123 **Straining – Responsabile il datore di lavoro che tollera un ambiente lavorativo stressogeno e non si adopera per evitare i conflitti**

La sentenza ricostruisce il c.d. *straining* e fissa alcuni principi in materia di condotta datoriale. Il termine *straining* deriva dall'inglese “*to strain*”, che vuol dire “mettere sotto pressione”.

In un contesto lavorativo chi è vittima di *straining* è sottoposto a stress continuo a causa di comportamenti (azioni o omissioni) del datore di lavoro o dei colleghi.

La figura si differenzia dal mobbing perchè non richiede una serie di comportamenti vessatori, ma può manifestarsi anche attraverso episodi, anche un singolo episodio, che provocano un disagio permanente.

Per le sue caratteristiche viene anche definito “mobbing attenuato” con un’espressione in qualche modo fuorviante.

Inizialmente, infatti, la giurisprudenza ha letto lo *straining* quale forma “minore” del mobbing e dunque necessitante dell’elemento psicologico di questo, cioè azioni intenzionalmente realizzate ai danni della vittima; successivamente lo *straining* è stato privato di tale necessaria caratteristica di tipo soggettivo ed è stato riconosciuto che “«può anche derivare, tout court, dalla costrizione della vittima a lavorare in un ambiente di lavoro ostile, per incuria e disinteresse nei confronti del suo benessere lavorativo con conseguente violazione da parte datoriale del disposto di cui all’art. 2087 cod. civ.» (Cass., 29 marzo 2018, n. 7844).

Secondo tale pronuncia lo *straining* si può verificare anche quando manchi una pluralità di azioni vessatorie (tali da non potersi configurare il mobbing, pur essendo di fronte ad una fattispecie dolosa) oppure quando il datore di lavoro consenta, anche colposamente, il mantenersi di un ambiente stressogeno fonte di danno alla salute dei lavoratori».

Un esempio del primo caso è stato, ad esempio, riconosciuto in due singoli episodi rispetto al lavoro di un sanitario al quale il primario si era rivolto aggressivamente per aver redatto una consulenza senza il suo consenso

e poi si era rifiutato di consegnare la scheda di valutazione

(Cass., 19 febbraio 2016, n. 3291).

Esempio del secondo caso lo troviamo proprio nella sentenza che commentiamo, cioè quella del datore di lavoro che tollera (senza essere animato da intento persecutorio ma a titolo di mera colpa) una condizione di lavoro lesiva della salute secondo il dettato dell'art. 2087 c.c..

Deve cioè trattarsi di condotte che siano oggettivamente mortificanti e vessatorie.

Restano fuori da tale ambito quelle condotte che derivano dalla "qualità intrinsecamente ed inevitabilmente usurante della ordinaria prestazione lavorativa" (conf. Cass., 29 gennaio 2013, n. 3028) oppure «tutto si riduca a meri disagi o lesioni di interessi privi di qualsiasi consistenza e gravità, come tali non risarcibili» (conf. Cass., sez. un., 22 febbraio 2010, n. 4063; Cass., sez. un., 11 novembre 2008, n. 26972).

In sintesi, anche in questa sentenza, la Corte di Cassazione conferma l'indirizzo già assunto in precedenza (Sez. L – , Ordinanza n. **3692** del 07/02/2023, Rv. 666621 – 01), secondo il quale "(...) in tema di responsabilità del datore di lavoro per danni alla salute del dipendente, **anche ove non sia configurabile una condotta di "mobbing"**, per l'insussistenza di un intento persecutorio idoneo ad unificare la pluralità continuata di comportamenti pregiudizievoli, è ravvisabile la violazione dell'art. 2087 c.c. nel caso in cui il datore di lavoro **consenta, anche colposamente, il mantenersi di un ambiente stressogeno** fonte di danno alla salute dei lavoratori ovvero ponga in essere comportamenti, anche in sé non illegittimi, ma tali da poter indurre disagi o stress, che si manifestino isolatamente o invece si connettano ad altri comportamenti inadempienti, contribuendo ad inasprirne gli effetti e la gravità del pregiudizio per la personalità e la salute latamente intesi, e che (da ultimo, Cass.n. 15957 del 7.6.2024; Cass. n. 3822 del 12.2.2024; n. 4664 del 21.2.2024) un ambiente lavorativo stressogeno è configurabile come fatto ingiusto, suscettibile di condurre anche al riesame di tutte le altre condotte datoriali allegate come vessatorie, ancorché apparentemente lecite o solo episodiche, in quanto **la tutela del diritto fondamentale della persona del lavoratore trova fonte direttamente nella lettura, costituzionalmente orientata, dell'art. 2087 c.c."**.

Ne parleremo più approfonditamente nel prossimo Staff Round.

Avv. Paola Rosignoli

Consulente Legale Anaao Regione Toscana

Leggi la sentenza completa →



“Ambienti stressogeni, l'importanza di riconoscere anche le nuove forme che aumentano il disagio”

11 Dicembre - Lucia Miligi

Il disagio degli operatori sanitari rappresenta un'emergenza silenziosa in costante crescita negli ultimi anni ed è oggi una delle criticità più rilevanti del sistema sanitario.



Quotidianamente, gli operatori affrontano **ritmi di lavoro serrati, elevate responsabilità, situazioni a forte impatto emotivo e una carenza di risorse.**

A questi elementi si aggiunge la pressione organizzativa, un insieme di fattori che può ridurre la motivazione e compromettere il benessere psicofisico.

Nel contesto lavorativo, inoltre, possono manifestarsi diverse forme di comportamento vessatorio o manipolatorio che incidono negativamente sul benessere del lavoratore e sull'organizzazione. Tra queste, le più rilevanti sono lo **straining**, il **mobbing** e il **gaslighting**, ciascuna con caratteristiche peculiari.

Lo *straining* consiste in un singolo atto ostile o in una situazione lavorativa organizzata in modo tale da generare condizioni di stress prolungato per il lavoratore, pur in assenza di una serie continuativa di comportamenti persecutori. Può manifestarsi come un'azione isolata dai risvolti duraturi e penalizzanti, ad esempio l'esclusione da attività rilevanti, il mancato accesso alle informazioni necessarie, il demansionamento ingiustificato o un trasferimento immotivato. Pur essendo meno sistematico rispetto al mobbing, è riconosciuto come un comportamento lesivo a tutti gli effetti.

Come recentemente scritto dall'avvocato Paola Rosignoli anche la giurisprudenza si è posta il problema individuando le responsabilità del datore di lavoro che consenta, anche colposamente, il mantenersi di un ambiente *stressogeno* fonte di danno alla salute dei lavoratori ovvero ponga in essere comportamenti, anche in sé non illegittimi, ma tali da poter indurre disagi o stress ai lavoratori.

Il mobbing è un insieme di comportamenti ostili, ripetuti e sistematici nel tempo, messi in atto con l'intento di emarginare, screditare o danneggiare un lavoratore, fino a comprometterne il benessere psicologico e la posizione professionale.

Le azioni possono essere dirette (attacchi personali, umiliazioni, aggressioni verbali) oppure indirette (sovraccarico lavorativo immotivato, isolamento, esclusione da informazioni o attività). Per essere definito tale, il mobbing deve presentare continuità, intenzionalità e un impatto negativo significativo sulla vittima.

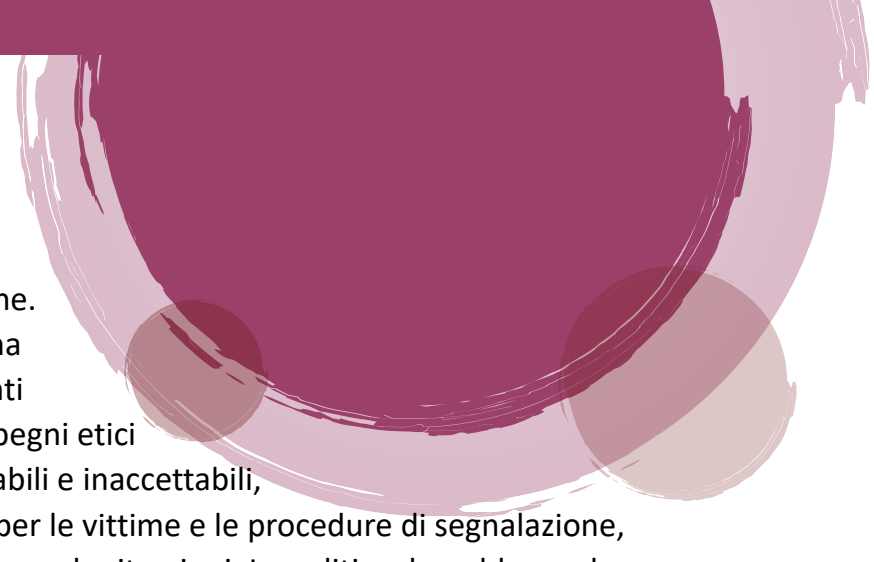
L'OSHA, l'Agenzia europea per la salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, ha dedicato numerosi approfondimenti al fenomeno del mobbing, riconoscendolo come un rischio lavorativo rilevante. Le schede informative pubblicate dall'Agenzia mirano ad aiutare nel riconoscimento e nella gestione del mobbing, sottolineando come esso rappresenti un problema significativo sia per il lavoratore sia per l'azienda. L'OSHA evidenzia inoltre che si tratta di un comportamento non etico, oppressivo e inaccettabile in qualsiasi ambiente professionale. La prevenzione del mobbing è infatti uno degli obiettivi della strategia europea per la salute e sicurezza nei luoghi di lavoro (OSHA Fact Sheet 43).

Anche il Parlamento Europeo ha preso posizione, esortando gli Stati membri a rivedere e, ove necessario, integrare la normativa vigente in materia di contrasto al mobbing e alle molestie sessuali sul posto di lavoro, nonché a verificare e ad uniformare la definizione della fattispecie del mobbing. Raccomanda inoltre l'adozione di politiche preventive efficaci, la creazione di sistemi di scambio di esperienze, la definizione di procedure di tutela per le vittime e la promozione di attività formative rivolte a lavoratori, dirigenti, parti sociali e medici del lavoro sia nel settore pubblico che privato (OSHA Fact Sheet 43).

Secondo l'OSHA, esistono diversi fattori che aumentano la probabilità dell'insorgere del mobbing: una cultura organizzativa tollerante o poco sensibile al problema, cambiamenti repentini nella struttura organizzativa, l'insicurezza occupazionale, una scarsa qualità delle relazioni tra personale e direzione, bassi livelli di soddisfazione nei confronti della leadership, ma anche conflitti tra colleghi, richieste lavorative eccessive, politiche del personale deboli e un elevato livello di stress lavorativo. Anche i conflitti di ruolo possono contribuire alla comparsa di comportamenti vessatori.

La prevenzione del mobbing è un elemento chiave per migliorare il benessere organizzativo. I datori di lavoro dovrebbero intervenire tempestivamente in presenza di segnali di deterioramento del clima interno, senza attendere che siano le vittime a denunciare la situazione. È necessario adottare strategie specifiche contro il mobbing, parallelamente a interventi volti a migliorare l'ambiente psicosociale. Fondamentale è il coinvolgimento attivo dei lavoratori e dei loro rappresentanti (OSHA Fact Sheet 43).

Un passo importante consiste nello sviluppare una cultura organizzativa basata su valori e standard contrari al mobbing,



favorendo la consapevolezza di tutti rispetto al fenomeno, analizzandone diffusione e caratteristiche e migliorando le competenze del management nella gestione dei conflitti e nella comunicazione. L'OSHA suggerisce inoltre l'adozione di una politica formale che definisca orientamenti chiari per interazioni sociali positive e impegni etici condivisi, esplicitando le condotte accettabili e inaccettabili, le conseguenze delle violazioni, le tutele per le vittime e le procedure di segnalazione, garantendo sempre riservatezza e protezione da ritorsioni. La politica dovrebbe anche indicare le figure di riferimento, i servizi di supporto disponibili e le modalità di intervento (OSHA Fact Sheet 43).

Nel contesto del mobbing può essere utilizzata anche la tecnica del *gaslighting*, una forma di manipolazione psicologica volta a far dubitare il lavoratore della propria percezione, memoria o lucidità.

Si manifesta attraverso la negazione di fatti evidenti, la distorsione sistematica della realtà, la minimizzazione delle difficoltà riportate o la delegittimazione delle competenze ("non è successo", "stai esagerando", "sei troppo sensibile").

L'obiettivo è ridurre la sicurezza della vittima, minarne l'autostima o screditarla agli occhi degli altri, rendendola più vulnerabile e controllabile.

Il termine *gaslighting* deriva dal film del 1938 *Gas Light*, con Ingrid Bergman, in cui un uomo manipola l'ambiente domestico per far dubitare la moglie della propria sanità mentale.

Oggi il termine indica una forma di violenza psicologica basata sulla manipolazione sistematica e sulla diffusione di informazioni false, con l'intento di minare la capacità della vittima di fidarsi di sé stessa. Quando questo tipo di manipolazione si prolunga nel tempo, può portare a una profonda perdita di autostima, alla compromissione della capacità di discernimento e allo sviluppo di una forte sudditanza psicologica.

Il *gaslighting* quindi è una forma di manipolazione psicologica che può avere effetti profondamente negativi sul benessere dei dipendenti e sull'atmosfera lavorativa.

Questa pratica può essere messa in atto da superiori, colleghi o anche da subordinati, contribuendo alla creazione di un ambiente tossico, caratterizzato da ansia, stress, calo della produttività e diminuzione della soddisfazione professionale.

La psicologa del lavoro Eleonora Valè (*Eleonora Valè, 7 marzo 2024 – "Gaslighting sul lavoro: riconoscere e contrastare", piattaforma TRINECT*) offre una serie di **indicazioni utili per riconoscere e contrastare il gaslighting**, poiché spesso si manifesta in modo sottile e graduale. Il primo passo, sottolinea la psicologa, è prendere consapevolezza del fenomeno, imparando a fidarsi delle proprie percezioni: se qualcosa "non torna", è importante ascoltare il proprio istinto e cercare conferme oggettive.

Tra le strategie consigliate figurano:

- Documentare gli episodi, per avere prove concrete di ciò che accade.
- Cercare supporto, confrontandosi con colleghi fidati o con un professionista, così da valutare la situazione con maggiore oggettività.
- Stabilire confini chiari, ponendo limiti netti nei confronti di chi mette in atto comportamenti manipolatori.
- Informarsi sulle politiche aziendali relative al benessere dei lavoratori e segnalare ai responsabili competenti eventuali episodi di gaslighting.

Il gaslighting sul lavoro è un fenomeno serio che richiede attenzione e interventi tempestivi. Saper riconoscerne i segnali e adottare strategie efficaci per contrastarlo è fondamentale per creare un ambiente professionale sano e rispettoso, in cui ogni individuo possa sentirsi valorizzato e al sicuro.

I rischi psicosociali e le loro conseguenze sulla salute mentale e fisica rappresentano oggi una delle sfide più complesse nell'ambito della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro. Come recentemente ribadito da OSHA, che ha dedicato un documento specifico a questo tema nel settore sanitario e sociale europeo, tali rischi non solo incidono sul benessere individuale, ma possono influire negativamente anche sull'efficienza delle organizzazioni e sulle economie nazionali.

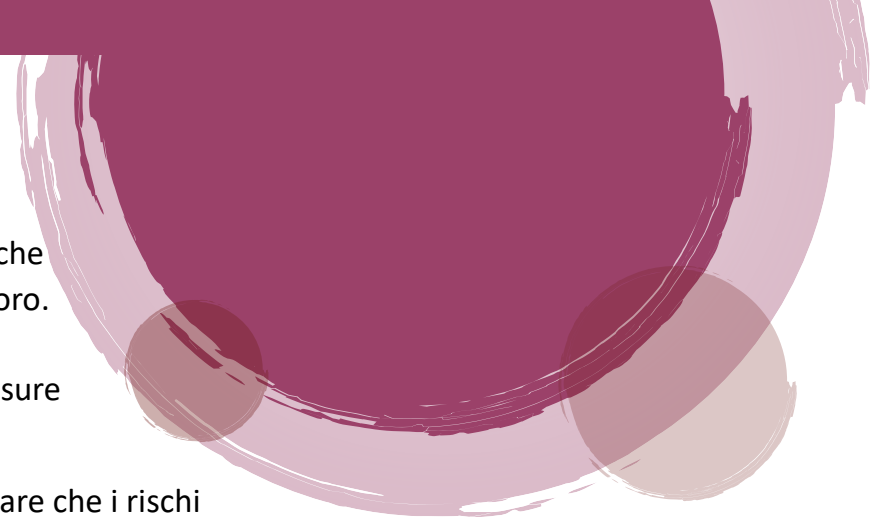
Stress, ansia e depressione costituiscono il secondo problema di salute lavoro-correlato più diffuso tra i lavoratori europei.

Parlare apertamente di salute mentale in azienda, tuttavia, è ancora spesso difficile a causa del timore di stigmatizzazione. Nonostante ciò, quasi il 45% dei lavoratori dichiara di essere esposto a fattori di rischio in grado di compromettere la propria salute psicologica.

Da tutte queste considerazioni emerge quanto sia fondamentale prevenire situazioni che possano generare stress nell'ambiente di lavoro. In questo senso, il CCNL 2018-2021, all'art. 8 relativo all'Organismo paritetico per l'innovazione, stabilisce che tale organismo rappresenta la sede in cui si promuovono in modo stabile relazioni aperte e collaborative su numerosi temi, tra cui la legalità, la qualità del lavoro e il benessere organizzativo. Esso svolge inoltre attività di analisi, indagine e studio, formulando proposte e misure volte a migliorare il benessere organizzativo e lavorativo del personale dirigente.

Nel quadro dei fenomeni di disagio lavorativo, straining, mobbing e gaslighting rappresentano tre dinamiche differenti, sebbene talvolta interconnesse, accomunate dagli effetti negativi sul benessere psicologico e sulla dignità professionale del lavoratore. Conoscerle e saperle riconoscere correttamente è essenziale per prevenire situazioni conflittuali, favorire un clima lavorativo sano e tutelare l'integrità della persona.

Le strategie da mettere in atto prevedono, da un lato, una valutazione del rischio conforme alle normative vigenti,



che includa anche i rischi psicosociali. Le aziende devono impegnarsi in questo processo coinvolgendo l'intera organizzazione, a partire dalla direzione, che ha il compito di progettare e gestire il lavoro. È inoltre necessario costruire percorsi di conoscenza e crescita, individuando le misure di prevenzione più adeguate.

Dal lato sindacale, è fondamentale verificare che i rischi psicosociali vengano effettivamente presi in carico attraverso gli strumenti previsti dal CCNL, come gli organismi paritetici che dovrebbero considerare il tema del benessere lavorativo.

Lucia Miligi
GDL donne ANAAO Toscana

Question Time 2025

Il Question Time è un spazio di confronto e condivisione, creato all'interno del progetto Maratona Culturale per ascoltare rispondere ed essere d supporto a tutti gli iscritti ANAAO Toscana.

Per i Question Time si sono resi disponibili i membri del Gruppo Donne ANAAO Toscana per appuntamenti mensili, l'ultimo Giovedì di ogni mese su prenotazione, con il supporto di medici legali ed esperti del settore in base all'esigenza e alla richiesta degli iscritti.



QUESTION TIME

Evento on-line

Saranno presenti sindacalist*, giurist*, i membri del Gruppo Donne Anaaio Toscana e, a disposizione su richiesta, medic* legal*

I Question Time di quest'anno:

- 27 Marzo
- 24 Aprile
- 23 Maggio
- 30 Ottobre

Anaao Toscana
STAFF ROUND

Talking about it

Incontri Formativi

18 Marzo 2025

"La sofferenza della professione medica e la complessità delle risposte"

Relatore:

Prof. Massimo Martelloni, Commissione Assicurazioni ANAAO ASSOMED

29 Maggio 2025

"Sedazione palliativa, morte medicalmente assistita, eutanasia alla fine della vita"

Relatori:

Prof Massimo Martelloni, Commissione Assicurazioni ANAAO ASSOMED

Dr.ssa Simona Bonaccorso, Componente dell'esecutivo Nazionale ANAAO.

6 Giugno 2025

"Le Intelligenze Artificiali in Medicina: Stato Attuale e Prospettive Future."

Relatore:

Prof. Ildo Nicoletti, Specialista in Endocrinologia e Medicina Interna

"Mental Economy Training® - La strada verso il benessere e la performance"

Relatore:

Dr. Riccardo Ceccarelli

15 Ottobre 2025

"Stress lavorativo, ambiente stressogeno: obblighi del datore di lavoro"

Relatrici:

Avvocata Paola Rosignoli

Dr.ssa Rossana Mancini

Dr.ssa Lucia Miligi

4 Dicembre 2025

"L'esperienza del Laboratorio regionale di Prevenzione Oncologica di ISPRO"

Relatrice:

Dr.ssa Cristina Sani, Direttore S.C. Laboratorio Regionale di Prevenzione Oncologica



Conclusioni

Questa raccolta non è solo il resoconto di un anno di attività, ma il racconto di un cammino condiviso. Dietro ogni Pillola, dietro ogni Staff Round, ci sono racconti, storie, pensieri, emozioni, fatiche, domande, talvolta anche paure e incertezze; ma c'è soprattutto il desiderio autentico di fare squadra e condividere, per non restare in silenzio davanti alle trasformazioni che attraversano il nostro lavoro e la nostra vita professionale e personale.

Riteniamo che il significato, il valore più grande de La Maratona Culturale 2025, sia forse proprio questo: aver costruito uno spazio in Anaao Toscana aperto, unico e partecipato. Nel quale potersi confrontare, talvolta anche dissentire, senza perdere di vista ciò che ci unisce: i principi di tutela dei diritti di una classe di dirigenti medici e sanitari che si trova oggi ad affrontare la più grande trasformazione, anche di genere, ancora in parte impreparata alle sfide che attendono i moderni sistemi sanitari del futuro. E se oggi questa esperienza continua è perché esistono valori condivisi, senso di responsabilità, fiducia nella relazione e nella partecipazione come vere leve di cambiamento. È a tutte le persone che le rendono vive, che va il nostro grazie più sincero: a chi ha scritto, a chi ha partecipato, a chi ha ascoltato, a chi ha posto domande, a chi ha organizzato, a chi, anche in silenzio, ha sentito e talvolta anche dissentito.

Ecco, con questo spirito, che è fatto di impegno, ma anche di umanità, consegniamo questa nuova ricca ed entusiasmante edizione, augurando a tutte e a tutti serenità e speranza.

Buon Natale e buone feste.

Anaao Toscana

F. Carbone

Segretario Amministrativo Anaao Toscana