

# pillole di genere

del gruppo di lavoro Donne Anaa Toscana



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

**pillole  
di genere**  
del gruppo di lavoro Donne Anaa Toscana

# INDICE



● Prefazione	3
● Differenze di genere nelle malattie cardiovascolari	4
● La sindrome fibromialgica e un nuovo approccio alla medicina di genere: siamo pronti a cambiare prospettiva?	8
● La medicina narrativa: mito o realtà?	12
● Torniamo a parlare di medicina narrativa	16
● I benefici INPS per la prole spettano anche alle coppie omosessuali	20
● Affrontare l'onda di violenza: il contributo di INAIL e Careggi a tutela dei lavoratori e delle lavoratrici della salute	22
● Le aggressioni al personale sanitario, dati e misure di prevenzione e protezione	26
● La Differenza di Genere nell'arresto cardiaco: le donne sono meno soccorse degli uomini	32
● Facciamo il Punto: Smart Working	36
● Cancerogenicità del talco e tumore ovarico	40
● Conclusioni	45



Un ringraziamento a tutti quelli che hanno contribuito  
alla realizzazione del libro, in particolare a:

Lucia Miligi

Rossana Mancini

Concetta Liberatore

Paola Rosignoli

Staff di Officine ADV

Francesco Carbone

Gerardo Anastasio

Elena Genova

Alice Genova

# PREFAZIONE

L'anno che si conclude è stato un percorso ricco di confronti e riflessioni per il Gruppo Donne AnaaO Toscana, che ha consolidato il proprio impegno sulle tematiche di genere in Sanità.

Le *"Pillole di Genere"* qui raccolte rappresentano strumenti concreti per stimolare il dibattito e promuovere un cambiamento culturale necessario, offrendo soluzioni a sfide reali.

Guardiamo al futuro con determinazione, certi di avere il vostro sostegno per affrontare le nuove sfide, tra cui il tema della violenza di genere, che richiede un intervento deciso e collettivo.

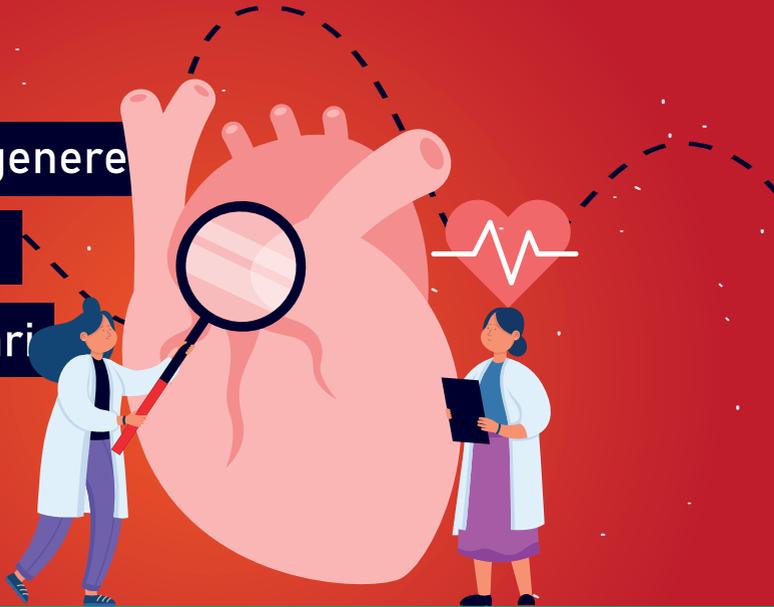
Con questa raccolta, confermiamo la nostra volontà di continuare a costruire un sistema sanitario sempre più equo e inclusivo.

**Dr. S. F. Carbone**

*Segretario Amm.vo Regionale ANAAO Toscana*



# Differenze di genere nelle malattie cardiovascolari



## Dr.ssa Elena Bennati

Cardiologa AOU Meyer, Componente Direzione Nazionale ANAAO Giovani

Alcune diagnosi, soprattutto cardiovascolari, sono state ritenute per molti anni di tipo maschile sia a causa delle informazioni epidemiologiche, sia per i cliché iconografici e comunicativi, ma anche per i messaggi derivati da studi non correttamente effettuati.

Fino agli anni '90, infatti, le procedure di inclusione nei grandi trial ammettevano esclusivamente uomini, di razza caucasica e del peso di 70 kg, così da uniformare il più possi-

bile i risultati, fino a quando nel 1990 gli organi di controllo della salute americani dichiararono l'inammissibilità degli studi effettuati solo su uomini.

In ambito cardiologico, la Professoressa **Bernadine Patricia Healy**, primario al tempo di cardiologia al Johns Hopkins Hospital, per la prima volta sollevò l'attenzione su questo tema, scrivendo nel 1991 per *New England Journal of Medicine* un

editoriale dal titolo "*The Yentl Syndrome*" a commento dei risultati di due studi multicentrici. Si voleva mettere in luce come nella cardiopatia ischemica prima di un evento indice, le donne fossero sottoposte in numero minore a coronarografia, nonostante la presenza di sintomi di uguale entità ed intensità degli uomini e che anche dopo un infarto, nonostante fossero ricoverate, venissero sottoposte a coronarografia in misura minore rispetto agli uomini.

Rifacendosi ad una novella di Isaac B. Singer (e al film prodotto, diretto e interpretato da Barbara Streisand nel 1983), la Healy paragonava la posizione della paziente a quella di Yentl, la protagonista del racconto, che per poter accedere allo studio del Talmud aveva dovuto travestirsi da uomo, da qui il nome di Sindrome di Yentl.

L'articolo ebbe un'enorme eco e il titolo rimase nella storia, ma **la differenza di approccio verso uomo e donna in cardiologia è rimasta per molto tempo e ad oggi non è ancora completamente superata**, nonostante siano stati fatti notevoli passi avanti sia sul piano della ricerca che quello assistenziale.

Il problema era e rimane quello dell'accesso alle cure, della credibilità e dell'interpretazione dei sintomi, dell'affidabilità dei test non invasivi, della diagnosi differenziale e dell'effetto della propaganda sugli estrogeni.

L'**infarto miocardico** è sempre stato considerato una malattia al maschile e, più in generale, è diffusa l'opinione che la cardiopatia ischemica non riguardi le donne, mentre, invece, le malattie cardiovascolari dopo i 75 anni colpiscono più le femmine che i maschi.

In primo luogo, per quanto riguarda i **fattori di rischio cardiovascolare**, nella donna quelli tradizionali (familiarità, ipertensione arteriosa, diabete, dislipidemia, tabagismo, obesità) presentano un impatto maggiore rispetto all'uomo e recentemente ne sono stati individuati alcuni specifici per il genere femminile.

Mentre nell'età giovanile l'ipertensione arteriosa è più frequente nel sesso maschile, dopo i 50 anni questa tendenza si inverte gradualmente con un incremento anche di comorbidità come infarto, ictus e fibrillazione atriale. Il diabete, per quanto abbia

un'incidenza sovrapponibile nei due sessi, presenta nelle donne complicanze più gravi. La sindrome metabolica, che rappresenta uno dei fattori di rischio più importanti, ha una prevalenza nella donna con età superiore a 65 anni del 60% rispetto al 35% dell'uomo. Infine, il tabagismo è in aumento tra le donne e il rischio cardiovascolare legato al fumo di sigaretta agisce sinergicamente con l'uso dei contraccettivi orali. Esistono anche alcuni fattori di rischio specifici per le donne quali le patologie infiammatorie o autoimmunitarie (artrite reumatoide, tiroidi) che sono più frequenti nel sesso femminile; una alterata reattività vascolare; la presenza di fattori protrombotici e lo stato psico-sociale, in particolare la maggiore incidenza di sintomi ansioso-depressivi che possono sia far ritardare la diagnosi che inficiare la riabilitazione cardiologica.

Anche per quanto riguarda la **presentazione clinica della cardiopatia ischemica** ci

sono delle differenze legate al sesso, ed in particolare al fatto che nelle donne le coronarie sono più piccole.

A differenza dell'uomo in cui l'infarto miocardico si presenta più spesso con dolore precordiale da sforzo, nella donna può manifestarsi con sintomi aspecifici, come dispnea, nausea, astenia e il dolore può avere irradiazioni atipiche al dorso o al collo.

Questa diversa presentazione clinica ha un impatto negativo sulla diagnosi e quindi sulla prognosi, perché si traduce in un ritardo medio di circa 10 minuti rispetto all'uomo dei tempi di rivascolarizzazione miocardica in caso di STEMI ed, in generale, le donne colpite da sindrome coronarica acuta tendono a ricevere meno frequentemente gli standard di cura in termini farmacologici ed interventistici.

Un'analisi dello studio GUSTO ha dimostrato che un quadro di infarto miocardico tipo STEMI è meno frequente nelle donne rispetto agli uomini.

agli uomini.

Nelle donne i meccanismi diversi dalla coronaropatia ostruttiva, come l'erosione di placca, il vasospasmo e la dissezione coronarica spontanea. Quest'ultima è tipica delle donne (87-95% di tutte le dissezioni coronariche spontanee) con età media tra i 44 e i 53 anni e si realizza quando gli strati della parete coronarica si separano con la conseguente formazione di ematoma di parete, compromissione del vero lume e quindi del flusso coronarico.

Oltre alla cardiopatia ischemica classica con lesioni ateromasiche critiche, nella donna sono più frequenti rispetto all'uomo due presentazioni atipiche senza malattia ateromasica delle coronarie epicardiche: la sindrome di Tako-tsubo e l'angina microvascolare.

La **sindrome di Tako-tsubo** consiste in una transitoria disfunzione cardiaca in assenza di lesioni coronariche con aspetto

balloniforme, più comunemente della parte apicale del cuore, che colpisce soprattutto dopo la menopausa (età media 67-70 anni) ed in concomitanza con forti stress emotivi o fisici. Il sesso femminile è interessato in circa il 90% dei casi. Tra le cause fisiopatologiche ipotizzate ci sono quella della cardiotossicità indotta dalle catecolamine e la disfunzione microvascolare, per cui vi sarebbe una compromissione della vasodilatazione endotelio-dipendente con eccessiva vasocostrizione e ridotta perfusione miocardica.

L'**angina microvascolare**, o **sindrome X**, è caratterizzata da dolore toracico con segni di ischemia alla prova da sforzo in assenza di coronaropatia ostruttiva. I sintomi anginosi sono spesso resistenti ai farmaci e portano a frequenti ricoveri in ospedale e nuove indagini.

Per quanto riguarda l'insufficienza cardiaca, le donne tendono a manifestare la malattia

in età più avanzata rispetto agli uomini e più frequentemente si presentano con scompenso a frazione di eiezione conservata, con un rimodellamento concentrico del ventricolo sinistro e disfunzione diastolica.

Caratteristica della donna è la **cardiomiopatia peripartum** che, nelle forme tipiche, si manifesta con disfunzione sistolica del ventricolo sinistro con frazione di eiezione <45% in presenza o in assenza di dilatazione ventricolare sinistra verso la fine della gravidanza o nei mesi successivi al parto.

La diagnosi è di esclusione e l'esordio può essere subdolo, con sintomi lievi come dispnea ed astenia che possono essere erroneamente ascritti al puerperio, oppure improvviso con segni e sintomi di scompenso acuto fino a shock cardiogeno nelle forme più gravi, con necessità di sistemi di assistenza ventricolare avanzata. La prognosi della cardiomiopatia si correla all'entità della riduzione della frazione

di eiezione all'esordio e può variare dal completo recupero funzionale alla morte per scompenso cardiaco.

Altre differenze di genere interessanti in Cardiologia riguardano le **aritmie**, in particolare la fibrillazione atriale, la cardiomiopatia post-chemioterapia e la gestione della gravidanza in caso di cardiopatia o aortopatia...

Sicuramente ad oggi sappiamo molto di più sulle differenze di genere in ambito cardiologico, ma è necessaria una **maggiore sensibilizzazione** a questo tema, anche tra la popolazione, ed ulteriori studi per precisare gli aspetti fisiopatologici e farmacologici.



**Dr.ssa  
Elena  
Bennati**

Cardiologa  
AOU Meyer



La Sindrome Fibromialgica

e un nuovo approccio alla

medicina di genere:

siamo pronti a cambiare

prospettiva?



**Dr.ssa Giovanna Ballerini**

Resp. Centro Multidisciplinare Terapia del Dolore

### **1. DEFINIZIONE DELLA PATOLOGIA**

La sindrome fibromialgica è una condizione caratterizzata da dolore muscolo-scheletrico cronico diffuso, spesso associato a sintomi extra scheletrici a carico di numerosi organi e apparati, come astenia, facile stancabilità, disturbi del sonno, problemi dell'alvo, problemi dell'area cognitiva (memoria, rallentamento dei tempi di

reazione, alterazione delle funzioni esecutive) e della dimensione affettiva (ansia, depressione, attacchi di panico), con generale scadimento della qualità della vita e costi socio-economici diretti ed indiretti. In Italia colpisce circa 1,5-2 milioni di individui, soprattutto donne (rapporto F:M = 9:1). In letteratura è riconosciuto che, sebbene

l'etiologia della sindrome non sia ancora stata individuata, possa essere compromesso il meccanismo di modulazione del dolore.

In questo senso è stata considerata importante la ricerca di eventuali eventi anamnestici capaci di influire su questa neuromodulazione in un quadro multifattoriale, quali ad es. pregressi incidenti, infezioni, traumi (fisici o psichici).

## 2. CLASSIFICAZIONE DELLA PATOLOGIA

Si distinguono una forma “primitiva” o isolata, e una forma “associata” o concomitante ad altre patologie, reumatiche o di altra natura. Tra le malattie reumatiche a cui si può associare la fibromialgia vi sono l’osteoartrosi, le spondiloartriti sieronegative, l’artrite reumatoide, la sindrome di Sjogren e il Lupus Eritematoso Sistemico. Fra le patologie non reumatiche vi sono soprattutto le tiroiditi, la sindrome dell’intestino irritabile, la sindrome da fatica cronica, le intossicazioni, le sindromi post-virali, le malattie psichiatriche e neurologiche, sindromi malocclusive, disturbi posturali e post-traumatici.

## 3. PROCEDURE DIAGNOSTICHE

La diagnosi di fibromialgia è essenzialmente clinica e si basa sulla presenza di sintomi caratteristici e spe-

cifici criteri diagnostici, oltre che soprattutto sull’esclusione di patologie.

Al momento non esistono esami di laboratorio e/o strumentali che possano confermare la diagnosi. Fino al 2010 la diagnosi era basata sulla presenza di dolore muscolo-scheletrico diffuso da almeno 3 mesi e sul riscontro di aree dolorabili alla digitopressione definite “tender points” (almeno 11 su 18, come definiti dai criteri della ACR 1990).

Nel 2010 sono stati pubblicati nuovi criteri, poi revisionati nel 2011, che permettono di effettuare la diagnosi di fibromialgia **senza la valutazione dei tender points** ma solo mediante valutazione clinica e utilizzo di questionari.

Nel 2013 sono stati successivamente incrementati i sintomi e le aree dolenti.

Infine nel 2016 è stata

proposta una revisione dei criteri ACR, integrando quelli del 2010 e del 2011. Per la diagnosi devono essere presenti contemporaneamente 3 criteri: dolore diffuso, sintomi caratteristici e durata da almeno 3 mesi. La sintomatologia viene misurata attraverso un indice, Fibromyalgia Severity Scale, composto dalla somma dei punteggi ottenuti in due sottoidici:

– WPI (widespread pain index): somma delle aree dolorose da 0 a 19  
– SSS (symptom severity scale): si assegna livello di gravità da 0 a 3 a tre sintomi (astenia, disturbi cognitivi); inoltre si assegna punteggio da 0 a 1 (assenza/presenza) ad altri tre sintomi (emicrania, dolore o crampi addominali, depressione).

## 4. TERAPIA

L’approccio più appropriato è di tipo multidisciplinare che comprenda interventi di

tipo farmacologico e non farmacologico:

### **A) Educazione del paziente,**

volta ad una migliore conoscenza della malattia e ad una responsabilizzazione del paziente con particolare attenzione ad instaurare la migliore relazione medico-paziente possibile e al cambiamento dei suoi stili di vita nocivi per la salute. Gruppi psicoeducativi con finalità di contenere le ansie della patologia e gruppi di auto aiuto come strumenti per far circolare liberamente le emozioni, sembrano ottenere buoni risultati sulla modulazione del dolore.

### **B) Trattamento non farmacologico:**

**1. Attività Fisica Adattata (AFA):** attività fisica non riconducibile a percorsi sanitari riabilitativi

**2. Terapia cognitivo-comportamentale in forma breve,** orientata a risolvere i problemi

qui ed ora, volta a modificare la gestione dei comportamenti disfunzionali;

**3. Alcune tecniche di rilassamento** per una migliore gestione delle strategie di coping per fronteggiare eventi stressogeni;

**4. Terapie di medicina integrata** (riconosciute e validate): agopuntura, idroterapia, fitoterapia.

### **C) Trattamento farmacologico:**

al momento non ci sono farmaci con l'indicazione specifica per la sindrome fibromialgica. I farmaci che si sono dimostrati maggiormente efficaci sono gli antidepressivi (triciclici, inibitori MAO, SSRI, SNRI, inibitori recettori 5-HT), i miorilassanti (ciclobenzaprina, eperisone), gli anti-convulsivanti (pregabalin, gabapentin), alcuni sedativo-ipnotici, pochissimi analgesici (oppioidi quali il

tramadolo), e recentemente, i cannabinoidi. L'approccio terapeutico alla sindrome fibromialgica rappresenta per l'algologo o il medico di medicina generale una vera sfida in quanto è stato ampiamente riportato che gli analgesici che agiscono sui recettori per oppioidi presentano differenze quantitative e qualitative relate al sesso che sfavorirebbero le donne, un discorso analogo è stato fatto anche per alcuni FANS (l'ibuprofene) che nelle donne avrebbero meno potere analgesico. A questo va aggiunto il ruolo di cofattori psicogeni di tipo ansioso e/o depressivo che nel sesso femminile hanno un'incidenza maggiore. Diffondere negli operatori sanitari l'importanza delle differenze di genere per una terapia basata sulla base evidenced medicine (EBM) e delle peculiari interazioni farmacologiche o ormonali/re-

cettoriali che possono svilupparsi nel sesso femminile.

Valutare il “peso” del genere, non solo nella salute ma anche nella malattia, identifica un filone di vera e propria ricerca di genere.

Nel trattamento della sindrome fibromialgica questi aspetti appaiono particolarmente evidenti tanto da dovere indurre un complessivo ri-pensamento di strumenti e metodi, un’articolata e dettagliata mappatura dei punti critici e un approccio interdisciplinare, per scongiurare i gender bias insiti nella struttura stessa dei disegni di ricerca.

È un percorso in divenire che richiede impegno e andrebbe rinforzato con intenzionalità scientifica e politica, volta al progresso della conoscenza e dell’equità di terapia del dolore femminile .

[...]

**Continua  
a leggere**



**Dr.ssa  
Giovanna  
Ballerini**

Resp. Centro  
Multidisciplinare  
Terapia del  
Dolore



## La Medicina Narrativa:

## Mito o Realtà?



### Dr.ssa Aluena Battaglioli

Medico Chirurgo Specialista in Medicina Fisica e Riabilitazione  
Dirigente Medico dal 2021 presso PO Nottola-Montepulciano

La medicina narrativa nell'era della medicina basata sull'evidenza (EBM) e della ricerca clinica si potrebbe metaforicamente identificare come PONTE tra le scienze cliniche e quelle umane e sociali.

Diverse sono le definizioni date dagli esperti di Medicina Narrativa:

• "tutto quello che accade tra professionista sanitario e paziente" *Brian Hurwitz e Trisha Greenhalgh*

• "pratica clinica quotidiana e si basa sulle capacità dei professionisti di osservare, ascoltare, interpretare ed essere mossi dalle narrazioni dei pazienti"

*Rita Charon*

• "comprendere se c'è un adattamento positivo dopo il subentro della malattia, o se invece, le storie restano "bloccate", portando con sé il trauma del paziente di fronte alla

nuova "indesiderata condizione"

*John Launer*

• "metodologia d'intervento clinico-assistenziale basata su una specifica competenza comunicativa"

*ISS con il CNMR (Centro Nazionale Malattie Rare)*

• "si affianca alla Medicina Basata sulle Evidenze (EBM) e non è da confondersi con le Medical Humanities. Alla base della Medicina Narrativa c'è un

approccio alle cure più attento alla persona: l'analisi dei testi scritti dai pazienti, dai professionisti sanitari e dai familiari permette di comprenderne la cultura, i valori, i bisogni, le passioni, i progetti personali e professionali ed è su questo che ci si basa per creare o mantenere una sanità ecologica".

*Maria Giulia Marini e  
ISTUD*

- "riscrivere la terminologia medica e scientifica in modo che sia più coerente con il vissuto e il pensiero del paziente"

- "non è "rappresentazione artistica e romanzata delle storie di malattia", ma una scienza che aiuta tutti i professionisti del sistema sanitario ad accogliere con attenzione le esperienze sia delle persone che convivono con una patologia, sia di coloro i quali si prendono cura di loro, attraverso la ricerca e pratica clinica.

È capace di unire

malati e operatori sanitari, associare medicina basata sulle evidenze e medicina basata sulla narrazione, così come scienze cliniche e scienze umane"

- "è di chiunque sia coinvolto, sia da paziente che da curante, nel processo terapeutico; appartiene ai pazienti, ai loro nuclei di riferimento, ai medici, agli infermieri, agli altri professionisti sanitari e amministrativi, alle direzioni generali, ma di più, ai cittadini"

Ricercando info relative alle "origini" della medicina narrativa sono messe in evidenza una sua presa di posizione negli Stati Uniti alla fine degli anni novanta e una consacrazione in Italia nel 2015 durante la Consensus Conference dell'ISS.

In realtà forse è sempre esistita ed è sempre andata di pari passo con quella medicina che ha sempre fatto tesoro del tempo di

cura e del rapporto tra il medico e il paziente, da noi, sia in termini di timing che in termini di impostazione.

La medicina narrativa e le medical humanities si sono sviluppate nel XX e nel XXI secolo come strumenti per ridare voce ai pazienti, persone in condizioni di fragilità e disabilità e persone che non avevano diritto di parlare e esplicitare il modo in cui vivevano la loro malattia.

Come indicato da ISS la medicina narrativa può essere uno strumento utile in quanto offre l'opportunità di pensare e affrontare le malattie non esclusivamente in termini di "**disease**", ovvero come conoscenze cliniche del professionista sulla malattia, ma anche come "**illness**" cioè come vissuto soggettivo del paziente sulla malattia e "**sickness**" cioè come percezione sociale della malattia. È attuale l'interesse della comunità scienti-

fica per la medicina [Launer, Wohlmann, 2023].

Nelle Linee di Indirizzo, “con il termine di Medicina Narrativa (mutuato dall’inglese Narrative Medicine) si intende una metodologia d’intervento clinico-assistenziale basata su una specifica competenza comunicativa. La narrazione è lo strumento fondamentale per acquisire, comprendere e integrare i diversi punti di vista di quanti intervengono nella malattia e nel processo di cura. Il fine è la costruzione condivisa di un percorso di cura personalizzato (storia di cura). La Medicina Narrativa (NBM) si integra con l’Evidence-Based Medicine (EBM) e, tenendo conto della pluralità delle prospettive, rende le decisioni clinico-assistenziali più complete, personalizzate, efficaci e appropriate.

La narrazione del paziente e di chi se ne prende cura è un

elemento imprescindibile della medicina contemporanea, fondata sulla partecipazione attiva dei soggetti coinvolti nelle scelte. Le persone, attraverso le loro storie, diventano protagoniste del processo di cura” (ISS, 2015).

Con l’introduzione dei concetti di EBM, associati alla medicina e alla ricerca clinica, si è passati ad un approccio scientifico utile a tenere il passo con i progressi scientifici inerenti alla assistenza sanitaria stessa. L’EBM è diventato il paradigma dominante della scienza e della medicina e la base di tutti i sistemi di insegnamento nelle facoltà ad imprinting scientifico.

La medicina narrativa è in risposta a una situazione caratterizzata dai seguenti fattori:

– una impostazione della medicina che mette in secondo piano il paziente nella

sua globalità, suddividendolo in organi e patologie di competenza di specialisti diversi;

– aziendalizzazione dei sistemi sanitari;

– l’invecchiamento della popolazione, che ha come conseguenza l’aumento delle

patologie cronico-degenerative;

nella gestione della malattia cronica acquista un ruolo fondamentale la vita quotidiana del paziente e dei suoi familiari.

– una non corretta interpretazione del messaggio della EBM, che porta a dare la

priorità all’utilizzo coscienzioso, esplicito e giudizioso delle migliori evidenze

scientifiche disponibili, dimenticando di mediarle con le preferenze del paziente.

Quindi possiamo parlare di **medicina basata sull’evidenza** o **medicina indotta in errore dall’evidenza?**

I totem della medicina “moderna” sono diven-

tati i numeri, le prove cliniche, i grafici e le probabilità che permettono di dare un significato quanto più oggettivo e oggettivabile alla medicina statisticamente significativa mentre, invece, tutti quelli che sono i dati, astratti e non quantificabili, che riguardano gli intervalli di confidenza, le percezioni personali, le opinioni e/o le preferenze la narrazione, la descrizione del contesto e l'essere umano non sono presi minimamente in considerazione, anzi forse sono ritenuti una perdita di tempo. Nell'era dell'EBM è necessario recuperare un perduto senso di umanità. Il tempo è cura e mentre noi abbiamo scelto di diventare medici, il paziente non ha sicuramente scelto di essere malato, quindi ha bisogno del suo e del nostro tempo di cura. La medicina narrativa emerge in diverse spe-

cialità cliniche e sembra essere innovativo il concetto di ascolto delle voci interiori del paziente, come orientamento per l'intero sistema in cui le persone vivono. Attualmente la medicina narrativa viene insegnata e applicata in molte realtà in tutto il mondo, ma le due principali scuole di pensiero si sono sviluppate e diffuse presso il *King's College Center for Humanities for Health* di Londra e presso il *New York Columbia University Medical Center*.

La "narrazione" fornisce significato, contesto, prospettiva per la complessa situazione in cui si trova il paziente, definisce come, perché e in quale modo è malato e offre una possibilità di comprensione che non può essere raggiunta con altri strumenti.

[...]

**Continua  
a leggere**



**Dr.ssa  
Aluena  
Battaglioli**

Medico Chirurgo  
Specialista in  
Medicina Fisica  
e Riabilitazione  
Dirigente Medico  
dal 2021 presso PO  
Nottola-Montepul-  
ciano



Torniamo a parlare di

Medicina Narrativa

**Dr.ssa Aluena Battaglioli**

Medico Chirurgo Specialista in Medicina Fisica e Riabilitazione  
Dirigente Medico dal 2021 presso PO Nottola-Montepulciano

Torniamo a parlare di medicina narrativa, la narrazione deve essere considerata un'arma in più per evitare di atrofizzare l'empatia.

È dimostrato, infatti, che più o meno a partire dal terzo anno della facoltà di medicina e chirurgia il livello di empatia degli studenti cala progressivamente... man mano che si parla di patologia si tende a sostituire l'essere umano con l'organo.

**L'empatia è una qualità necessaria per saper ascoltare e cercare di comprendere i pazienti**, oggi i programmi cercano di far attenzione allo sviluppo di competenze relazionali per umanizzare le cure.

Il saper parlare con il paziente e/o con i familiari non è facile, non è facile trovare le parole giuste, non è facile essere allo stesso

tempo diretti, efficaci e forse distaccati senza ferire e/o senza sembrare cinici, non è facile saper parlare, spiegare ed essere empatici.

Pensiamo, ognuno di noi nel proprio ambito di specialità, cosa significa:

- dire ad una donna che non può portare avanti una gravidanza;
- dire ad una mamma che il figlio è affetto da una patologia;
- dire ad una persona

che è affetta da un tumore;

- dire ai familiari che la patologia e/o il morbo-  
so costringerà il  
paziente in carrozzina,  
lo condizionerà nell'al-  
imentazione con un  
vitto modificato e/o  
peggio ancora con  
utilizzo di una peg, lo  
condizionerà all'uso di  
un comunicatore;
- dire ai familiari che  
l'intervento è andato  
bene però...

L'empatia può essere concettualizzata come tentativo di partecipazione e/o condivisione delle emozioni vissute dalla persona che abbiamo di fronte oppure come tentativo di comprendere il punto di vista della persona che abbiamo di fronte.

Il paziente o il familiare che percepisce la presenza di empatia **si sente compreso, si sente accolto, non si sente solo.**

Che cosa rappresenta per il paziente o per i familiari la malattia?

Quante volte di fronte ad una diagnosi di patologia neoplastica, per esempio, i familiari non vogliono che il paziente sappia la verità?

Noi siamo abituati a convivere con la malattia ma quali sono le dimensioni della malattia per il paziente e per i familiari?

Nella medicina narrativa abbiamo **3 dimensioni della malattia:**

- malattia come **disease**: *malattia come concettualizzata dalla scienza medica;*
- malattia come **illness**: *vissuto soggettivo della malattia;*
- malattia come **sickness**: *percezione sociale della malattia.*

Le condizioni di malattia vengono descritte come debolezza, man-

canza di forza, impossibilità di lavorare, deformità, bruttezza, fastidio, sensazione di disturbo, dolore.

Non tutti siamo necessariamente narrativi ma sono molteplici gli ambiti nei quali la medicina narrativa può essere applicata, per esempio nella pratica e nella relazione clinica; le persone malate hanno bisogno di medici che riescano a capire le loro condizioni e che li accompagnino nel viaggio intimo e doloroso della malattia.

Alla luce delle esperienze applicative a oggi realizzate, in carenza di una metodologia valutativa consolidata, la medicina narrativa, riportando l'individuo al centro del processo di cura, può essere utilizzata in molteplici ambiti.

Qualunque malattia ha delle caratteristiche ed in ogni momento della storia si può applicare la medicina narrativa

come pratica e relazione clinica, come attività di ricerca e produzione di conoscenza, come attività di formazione di operatori e pazienti.

Per non tediarmi troppo o per cercare di solleticare la vostra attenzione seguiranno alcuni esempi, ai pazienti sono state poste delle domande e sono riportate le loro risposte.

### **Qual è l'ostacolo più difficile nella comunicazione tra il medico e il paziente?**

*È molto semplice: io vado dal medico perché sto male e lui invece sta bene. Non servono le parole, non riuscirà mai a capirmi. Se ne sta lì a fissarmi e mi prescrive qualche farmaco, o peggio ancora, delle iniezioni che mi faranno ancora più male di come già sto. Quindi a cosa serve avere una buona relazione con lui, che tanto so già che sto male e mi farà provare ancora più dolore?*

### **Come migliorerebbe questa situazione?**

*Intanto farei degli ambulatori più accoglienti, che non sanno di disinfettante da aver la nausea e che non siano bianchi e desolati come quei camici dei dottori. Anche l'occhio vuole la sua parte e anche quando si va dal medico. Poi magari vorrei che il mio medico canuto e sessantenne si trasformasse in una bella dottoressa. Sì, lo so cosa sta pensando: sono un maschio agitato dagli ormoni, ma non è solo quello. Quando ti visitano le donne sono gentili, ti chiedono come stai, come è andata all'università, se ho ancora la fidanzata o no. Hanno un modo completamente diverso di porsi nei confronti dei pazienti, o almeno così capita a me. Sanno quali parole usare, non ti spaventano se ci sono cose gravi e ti*

*sanno consigliare su quello che è meglio per te. E poi non c'è paragone anche sulla delicatezza della visita: forse i medici maschi non hanno ancora capito che devono palparmi la milza e il fegato, non trivellarmi l'addome con quelle manacce pesanti!*

### **Quanto tempo durano le visite? Crede sia un tempo sufficiente?**

*Certo che è sufficiente, vorrei stare dentro il meno possibile e poi scappar via.*

*Non ci rimarrei nemmeno un minuto in più, là dentro. Sempre a sentire le stesse cose, gli stessi rimproveri per quello che faccio e che mi dimentico di fare. Ho ventiquattro anni, voglio anche vivere io!*

### **Cosa significa per lei essere malati?**

*Vuol dire essere invalidi, soli, diversi dagli altri, impauriti. Vuol dire essere in uno stato di difficoltà e stare completamente nelle mani*

di qualcun altro.  
Non è una bella vita.

### **Nella cura della sua malattia crede siano più importanti i test di laboratorio o il colloquio con il medico?**

*Credo che il mio medico non riuscirebbe a curarmi nel modo migliore se non potesse contare sugli esami. Ormai sono così accurati e specifici che possono rivelare tante cose nascoste, che io stesso non sento o non capisco. E poi senza una buona diagnosi data proprio dagli esami clinici, come farebbero i medici a dirci esattamente di quale malattia soffriamo? Però, sono altrettanto convinto che il rapporto tra il medico e il paziente sia alla base non solo di una buona diagnosi, ma anche di una buona cura. Sono due elementi che costruiscono insieme la strada per una futura guarigione, che dipende sia dalla bravura del medico e sia dalla*

*medico e sia dalla fiducia del paziente verso chi lo cura.*

### **Qual è l'ostacolo più difficile nella comunicazione con il medico?**

*Credo che l'ostacolo più grande sia riuscire a capire i medici che parlano con un linguaggio troppo specifico: se ne stanno nel loro mondo di paroloni e di segni incomprensibili e noi siamo completamente tagliati fuori. E la maggior parte dei dottori non si sforza nemmeno di provare a rapportarsi con i pazienti in un linguaggio più semplice. Noi pazienti siamo ignoranti rispetto a loro, però, penso che certe cose si possano dire anche in modo meno complicato, basterebbe fare uno sforzo in più.*

[...]

**Continua  
a leggere**



**Dr.ssa  
Aluena  
Battaglioli**

Medico Chirurgo  
Specialista in  
Medicina Fisica  
e Riabilitazione  
Dirigente Medico  
dal 2021 presso PO  
Nottola-Montepul-  
ciano



# I benefici INPS per la prole spettano anche alle coppie omosessuali

**Avv.ssa Paola Rosignoli**

Consulente Legale ANAAO Toscana

**Tribunale Bergamo sez.  
lav., 25/01/2024**

La sentenza costituisce un interessante precedente in materia di **discriminazioni nei confronti di coppie di genitori dello stesso sesso**.

In particolare il portale dell'Inps non consentiva di poter presentare le domande relative ad alcuni sussidi (congedo paternità obbligatorio, congedo paterni-

tà obbligatorio, congedo paternità facoltativo, periodo di riposo etc), perché strutturato obbligatoriamente su coppie di sesso diverso, obbligando così i genitori dello stesso sesso a cercare di intraprendere modalità alternative, dissuasive così dell'esercizio del diritto. Secondo il Giudice del Lavoro di Bergamo costituisce un' **ingiustificata discriminazione escludere le coppie di**

**genitori dello stesso sesso**, indicati come tali nei registri di stato civile, rispetto ai genitori di diverso sesso, dall'esercizio dei diritti loro riconosciuti ex d.l.vo 151/2001. Nel caso di specie: il congedo di paternità obbligatorio ex art. 27 bis d.lgs. 151/2001; il congedo di paternità alternativo ex art. 28 ss. D.lgs. 151/2001; "il congedo parentale ex art. 32 d.lgs. 151/2001; i periodi di riposo ex artt. 39 e 40

d.lgs. 151/2001 e le  
indennità di maternità  
ex artt. 64 e ss. e 66 e ss.  
d.lgs. 151/200.

Sia gli uni che gli altri  
invece sono ricono-  
sciuti dall'ordinamento  
come genitori e posso-  
no ottenere il riconosci-  
mento dei loro diritti ex  
d.lgs. 151/2001, a secon-  
da che sussistano o  
meno gli elementi della  
fattispecie costitutiva,  
vagliati dall'INPS in  
seguito alla necessaria  
proposizione della  
domanda amministra-  
tiva.

La sentenza citata  
dimostra quanto sia  
ancora difficile ade-  
guare gli strumenti,  
anche informatici,  
ritagliati su una società  
diversa e non più  
attuale, al diritto viven-  
te, ai mutamenti sociali  
e all'evoluzione non  
discriminatoria del  
vivere civile.

*Scansiona il QR Code a  
fianco per leggere la  
sentenza.*

**Leggi la  
sentenza**



**Avv.  
Paola  
Rosignoli**

Consulente Legale  
ANAAO Toscana



Affrontare l'onda di violenza:

il contributo di INAIL e

Careggi a tutela dei lavoratori

e delle lavoratrici della salute



**Dr.ssa Ilaria Papini e Dr.ssa Lucia Miligi**

Fondazione ISPRO

Nel triennio 2020-2022 i casi di aggressione ai danni del personale sanitario accertati da INAIL sono stati 5.939, con un trend in continua crescita nell'arco dei tre anni.

Questo equivale a dire che il **50%** dei 4.000 casi di violenza registrati ogni anno nei luoghi di lavoro riguarda operatori sanitari delle strutture pubbliche, e questo senza considerare i medici di

medicina generale, la sanità privata e le tantissime aggressioni mai denunciate. Per provare a dare una risposta efficace a questo preoccupante fenomeno INAIL, in collaborazione con l'Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi, ha deciso di organizzare per il 7 e l'8 maggio scorsi un **corso di formazione** rivolto proprio ai medici del lavoro, per riflettere

insieme sulle possibili soluzioni da percorrere per tentare di salvaguardare una categoria di lavoratori ormai allo stremo.

### **Uno sguardo sul panorama attuale**

Lavorare nel campo della sanità, soprattutto se nell'emergenza urgenza o nei reparti di psichiatria, è sempre stato associato a fattori di rischio fisici ed emotivi, ma mai come negli ultimi anni aveva-

mo assistito ad un dilagare così ampio di aggressioni. Stando a quanto riportato da INAIL – e confermato dalla sanità toscana – le professioni più a rischio sembrano essere quelli dell' **infermiere** e del **fisioterapista** (più di un terzo delle denunce totali), seguite dagli operatori socio-sanitari (circa il 30%) e dalle professioni assistenziali, con oltre il 16% di casi riconosciuti.

I numeri degli episodi registrati ai danni dei medici, sembrano attestarsi intorno a un 3% del totale.

Parlando della tipologia di aggressione possiamo invece dire che – sempre stando a quanto riportato da INAIL – la maggior parte degli episodi denunciati riguarda **minacce verbali, intimidazioni e molestie**, fino ad arrivare a vere e proprie **aggressioni violente**, con prognosi che si aggirano mediamente intorno ai 22 giorni e menomazioni

fino al 5%.

Tra i casi più gravi è invece doveroso ricordare quanto accaduto a Pisa alla psichiatra **Barbara Capovani** nell'aprile del 2023, uccisa da un suo paziente appena uscita da lavoro. Tempi di attesa, contesto socio-economico, dipendenza da sostanze e mancanza di fiducia verso le istituzioni sembrano essere invece tra le cause scatenanti, sintomo di un **crescente disagio sociale** a cui sarebbe impossibile porre rimedio agendo unicamente sull'organizzazione aziendale.

### **Ancora una volta un caso di genere?**

A mettere ancora più preoccupazione su un dato già di per sé allarmante è la netta distinzione sul genere delle persone colpite: **più del 72% dei casi riconosciuti ha come vittima una donna**, solitamente

te di età compresa tra i 50 e i 60 anni.

Un altro tassello che si aggiunge a un contesto sociale in cui la differenza di genere, soprattutto in relazione agli episodi di violenza, continua ad essere uno dei fattori di rischio più evidenti. Nell'ospedale di Careggi questi numeri trovano un'ulteriore conferma nel preoccupante aumento di aggressioni registrate nel reparto di ginecologia e ostetricia, all'interno del quale, inevitabilmente, le figure più colpite sono ostetriche e infermiere.

### **Prevenire e proteggere: alcune delle strategie proposte durante gli incontri**

Per tentare di porre un argine a un fenomeno sociale così complesso è fondamentale che i diversi soggetti che concorrono all'organizzazione del servizio sanitario collaborino e agiscano in maniera

sistemica sui diversi aspetti che lo influenzano. Al centro della discussione portata sul tavolo durante le due giornate formative il tema centrale era proprio questo: **trovare e condividere le possibili strategie da mettere in campo per tutelare gli operatori sanitari, a tutti i livelli possibili.**

Investire sulla **formazione del personale**, in primis, contribuirebbe a dare loro gli strumenti necessari per riconoscere in anticipo i segnali di un'aggressione, scongiurabile con specifiche tecniche di gestione dei conflitti e di de-escalation.

In tema di sicurezza l'obiettivo auspicato è invece quello di **aumentare i presidi delle forze di polizia all'interno delle strutture sanitarie**, insieme all'adozione di specifici protocolli operativi per garantire interventi tempestivi.

Dal punto di vista legale e assicurativo, invece, già la legge 113/2020 aveva inasprito le pene previste nei casi di aggressione ai danni del personale sanitario, mentre risale a poco tempo fa l'introduzione della procedura d'ufficio nei casi di lesione personale. Sempre nel 2020 il Ministero della Salute ha istituito anche l'Osservatorio Nazionale sulla Sicurezza degli Esercenti le Professioni Sanitarie e socio-sanitarie (ONSEPS), con il compito di monitorare il fenomeno e promuovere iniziative volte a garantire la sicurezza dei professionisti.

### **Conclusioni e prospettive future**

Le due giornate di formazione hanno rappresentato senza dubbio un importante passo avanti nell'affrontare il problema, ma resta **necessario un impe-**

**gno collettivo da parte delle istituzioni sanitarie, delle amministrazioni pubbliche e della società** nel suo complesso per trovare una soluzione efficace e duratura. In questo contesto la collaborazione con i sindacati resta un punto di partenza imprescindibile per lo sviluppo di **misure di tutela nei confronti dei lavoratori e delle lavoratrici della salute**, ancora di più in questo contesto.



**Dr.ssa  
Ilaria Papini**

**Dr.ssa  
Lucia  
Miligi**

Fondazione  
ISPRO



Il nemico è la

**MALATTIA**

non il

**MEDICO**





## Le aggressioni al Personale

Sanitario, dati e misure di

prevenzione e protezione



### Dr. Riccardo Bassi

Medico competente e Direttore delle UOC Sorveglianza Sanitaria della  
ASL Toscana Sud Est

#### Cosa si intende per Violenza sul Luogo di Lavoro

“Ogni aggressione fisica, comportamento minaccioso o abuso verbale che si verifica nel posto di lavoro” secondo il National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH).

Dal punto di vista normativo già nel 2007 il Ministero della Salute ha emanato la Racco-

mandazione n.8, finalizzata ad incoraggiare l'analisi dei luoghi di lavoro e dei rischi correlati nonché l'adozione di iniziative e programmi volti alla prevenzione e alla gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari. In Regione Toscana con la DGRT 1176 del 2018 è stato istituito l'Osservatorio Regionale che ha prodotto le linee di indirizzo regionali delibera-

te da DGRT n.637 del 14/06/2021 Approvazione della Legge 113/2020 che ha introdotto non solo modifiche sostanziali sia dal punto di vista penale che sanzionatorio, ma ha previsto l'istituzione di protocolli operativi con le forze di polizia per garantire interventi tempestivi, l'istituzione di una giornata nazionale (12 Marzo) dedicata al tema e di un Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli

esercenti le professioni sanitarie e sociosanitarie presso il Ministero della Salute.

## Aggressioni ai sanitari, i dati dell' Inail

### Il 46% degli infortuni sul lavoro

e codificati come atti di violenza nei confronti del personale è avvenuto in ospedali, case di cura, istituti, cliniche e policlinici universitari. In particolare, il 28% si riscontra nei servizi di assistenza sociale residenziale, ovvero case di riposo, strutture di assistenza infermieristica e centri di accoglienza. Il restante 26% nel comparto assistenza sociale non residenziale.

**È quanto emerge dall'analisi dell'Inail,** pubblicata in occasione della giornata nazionale contro la violenza nei confronti degli operatori sanitari.

**Tre quarti delle aggressioni riconosciute dall'Inail riguardano donne.**

### Il 5% dei casi di aggressione in sanità riguarda i medici.

Seguono, con il 25% dei casi, gli operatori sociosanitari delle professioni qualificate nei servizi sanitari e sociali.

E con il 15% le professioni qualificate nei servizi personali ed assimilati, soprattutto operatori socio-assistenziali e assistenti-accompagnatori per persone con disabilità.

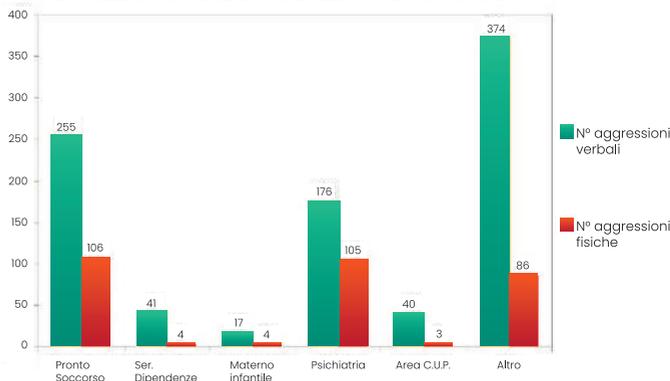
Più distaccata, con il 5% dei casi di aggressione in sanità, la categoria dei medici, che non include nell'obbligo assicurativo Inail i sanitari generici di base e i liberi professionisti.

### Riportiamo di seguito i dati della Regione Toscana dal 2019 al 2023

da cui emerge un aumento dell'incidenza piuttosto evidente anche nei tassi standardizzati per n° di dipendenti del SSRT.

2019 Casi Totali	2020 Casi Totali	2021 Casi Totali	2022 Casi Totali	2023 Casi Totali
239	420	632	1258	2356 (comprensivo delle aggressioni contro la proprietà) 109
Aggr. Verbali 171	Aggr. Verbali 284	Aggr. Verbali 433	Aggr. Verbali 935	Aggr. Verbali 1769
Aggr. Fisiche 68	Aggr. Fisiche 136	Aggr. Fisiche 199	Aggr. Verbali 323	Aggr. Verbali 478
			%Aggressioni/indipendenti 2,3%	%Aggressioni/indipendenti 4,1%

AGGRESSIONI PERSONALE AZIENDE SANITARIE REGIONE TOSCANA PER AREE SANITARIE anno 2022 - VALORI ASSOLUTI



## **Etiologia Multifattoriale, le cause e perché accade**

In una società sempre più violenta ed aggressiva, la sanità che è in questo tempo e questo mondo non può essere esente dal fenomeno. Dobbiamo però cercare di focalizzare il fenomeno su alcuni fondamenti: **Cultura, Comunicazione, Informazioni.**

È stato creato attorno alla sanità e alla sua capacità o meno di accesso e sulla capacità di curare e guarire i cittadini un elemento comune scatenante la violenza basato su tre convinzioni:

- **Io non posso aspettare;**
- **Tu non puoi sbagliare e so lo cosa devi fare e mi devi prescrivere;**
- **Non si può morire.**

Su queste convinzioni poi agiscono in vario

modo fattori e nessi causali i fattori individuali, i fattori situazionali e fattori organizzativi.

Altre cause favorenti :

- Manipolazione di denaro ed oggetti di valore;
- Lavori di ispezione, controllo e più in generale che comportino esercizio di autorità;
- Contatto con alcuni tipi di clienti/utenti: persone che richiedono prestiti, pazienti con patologie associabili alla violenza;
- Organizzazioni che presentano una cattiva gestione dei servizi erogati;
- Scarsa illuminazione delle aree interne o esterne (corridoi, parcheggi,...);
- Aumento di pazienti con disturbi psichici dimessi dalle strutture ospedaliere e residenziali;

• Diffusione abuso di alcol e stupefacenti;

• Accesso senza restrizioni e/o regolamentazione di visitatori presso reparti e ambulatori;

• Lunghe attese aree emergenza od aree cliniche;

• Presenza di un solo operatore a contatto con pazienti Guardia Medica, Assistenza Domiciliare , etc;

• Mancanza di formazione del personale nel riconoscimento e controllo di comportamenti ostili e aggressivi.

Su quest'ultimo punto dobbiamo sottolineare che tutto passa ed è filtrato attraverso le nostre emozioni e su come funzioniamo, perciò la prima misura di prevenzione passa attraverso il "nosce te ipsum" e nel saper riconoscere cosa sta succedendo dal punto di vista emotivo nella/e persona/e che abbia-

mo di fronte.

La formazione continua del personale sanitario sulla comunicazione non-violenta, sulla acquisizione delle tecniche di talk-down e capacità di de-escalation è la pietra angolare del sistema di prevenzione da questo rischio, perché permette anche di saper riconoscere il pericolo e di poter scegliere consapevolmente come agire tenendo ben presente la propria ed altrui sicurezza.

Ogni aggressione od episodio di violenza verso operatori/trici sanitari deve essere ritenuto un EVENTO SENTINELLA e gestito e trattato con un audit interno con la collaborazione delle strutture deputate alla tutela della sicurezza e salute: Serv. Prev. Protezione, Gest. Rischio Clinico, supporto psicologico individuale e di gruppo, Medico Competente.

Questo gruppo di lavoro pianifica le seguenti azioni :

- Elaborazione di un programma di prevenzione basato sui dati e sugli ambienti più a rischio elaborando un Documento di Valutazione del Rischio aggressioni ex-D.Lgs 81/08 e s.m.i.

- Nello stesso documento devono essere definite e successivamente attuate misure di prevenzione e protezione generali e per 'gruppo omogenei', necessario il successivo controllo con verifica a distanza dell'efficacia delle stesse;

- Miglioramento dei setting ambientali e monitoraggio delle sale d'attesa e degli altri luoghi di lavoro a maggior rischio (videosorveglianza, allarmi a pulsanti, cartelli ed avvisi deterrenti, regolamentazione e prote-

pulsanti, cartelli ed avvisi deterrenti, regolamentazione e protezione degli accessi, altro valutabile da caso a caso;

- Sensibilizzazione all'incident-reporting;

- Formazione del personale.

L'obiettivo è quello di ridurre l'impatto negativo sulle persone e sull'organizzazione che possiamo riassumere in due grandi capitoli :

**a)** le conseguenze della violenza sulle vittime variano notevolmente: dalla demotivazione al percepito svilimento del lavoro svolto, allo stress emotivo (osservato anche nei colleghi che assistono), ai possibili danni alla salute fisica e psichica; sono riferiti sintomi post traumatici come paure, fobie e disturbi del sonno.

**b)** le ripercussioni sull'organizzazione

riguardano la perdita di motivazione e produttività, il possibile deterioramento del clima interno e difficoltà di reclutamento del personale per gli ambienti di lavoro a maggior rischio.

Per quest'ultimo punto, gli effetti sono già in essere e sotto gli occhi di tutti, le aziende sanitarie hanno estrema difficoltà a reperire personale medico per lavorare in Pronto Soccorso, Guardia Medica e Servizi di Salute Mentale, ma anche a mantenere il personale (licenziamenti) già in forza.



**Dr.  
Riccardo  
Bassi**

Medico  
competente e  
Direttore delle  
UOC Sorveglianza  
Sanitaria ASL  
Toscana Sud Est



LA **VIOLENZA**

**FERMA**

LA **CURA**





# La Differenza di Genere nell'arresto cardiaco: le donne sono meno soccorse degli uomini



**Dr.ssa Alda Mazzei**

Anestesia e Rianimazione, Direttore Centro Simulazione Medica Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana

## **Introduzione**

La Simulazione Medica rappresenta un pilastro fondamentale nella formazione dei professionisti sanitari specialmente in aree critiche come la rianimazione cardiopolmonare (RCP). Questa tecnica permette di creare ambienti sia intra che extraospedalieri in cui gli operatori sanitari possono acquisire competenze pratiche, affinare il loro giudizio clinico e migliorare le

capacità di lavoro in team, senza rischi per i pazienti reali. Tuttavia, un aspetto spesso trascurato è l'influenza delle differenze di genere durante queste simulazioni, un fattore che potrebbe influire significativamente sull'efficacia dell'addestramento e, di conseguenza, sugli esiti clinici.

La tecnica di formazione in simulazione prevede l'utilizzo di

simulatori a bassa e ad alta fedeltà fino alle simulazioni virtuali immersive e consente ai professionisti dell'area critica di affrontare scenari complessi e situazioni di emergenza in un ambiente sicuro e controllato. La rianimazione cardiopolmonare, essendo una procedura salvavita, è uno degli scenari più frequentemente simulati.

## **Differenze di genere nella Rianimazione Cardio-Polmonare**

Diverse ricerche hanno mostrato che esistono differenze di genere significative nei risultati della rianimazione cardiopolmonare (RCP). Uno studio pubblicato su *Circulation* ha evidenziato che le donne hanno tassi di sopravvivenza inferiori rispetto agli uomini in seguito a un arresto cardiaco extraospedaliero. La qualità delle compressioni toraciche e la frequenza di defibrillazione sono stati indicati come fattori che possono variare in base al genere del paziente, influenzando direttamente l'efficacia della RCP.

Le donne hanno meno probabilità di ricevere la RCP in pubblico rispetto agli uomini. Questa discrepanza può essere attribuita a vari fattori, tra cui l'erronea percezione che le donne siano meno

suscettibili agli arresti cardiaci e la preoccupazione di arrecare danni o essere accusati di molestie durante l'intervento. Uno degli ostacoli principali è la paura di toccare il petto di una donna. Molti soccorritori, specialmente in contesti pubblici, esitano a eseguire la RCP a causa del timore di essere accusati di molestie sessuali.

Questo problema è ulteriormente aggravato dalla mancanza di manichini per la RCP che rappresentino fedelmente il corpo femminile durante i corsi di formazione, lasciando i soccorritori meno preparati a gestire un'emergenza su una donna.

Un'altra area di ricerca riguarda i bias di genere nei programmi di simulazione. Esistono pregiudizi inconsci che influenzano il comportamento dei soccorritori durante la RCP.

Ad esempio, uno studio ha rilevato che i soccorritori tendono a essere meno aggressivi nelle manovre di RCP su pazienti femminili rispetto a quelli maschili, il che potrebbe derivare da stereotipi di genere radicati. Questo ha sollevato la necessità di una formazione che affronti esplicitamente questi bias durante le simulazioni.

## **La simulazione e le differenze di genere**

È essenziale che le simulazioni di RCP includano manichini che rappresentino fedelmente le caratteristiche anatomiche sia maschili che femminili. Questo permetterà ai professionisti di esercitarsi su una gamma più ampia di situazioni realistiche e di sviluppare competenze adattabili a pazienti di entrambi i generi.

Le differenze di genere possono influenzare le dinamiche del team durante la simulazione,

come la comunicazione, la leadership e la presa di decisioni. Ad esempio, alcuni studi suggeriscono che le donne potrebbero assumere ruoli diversi all'interno dei team di emergenza rispetto agli uomini, il che potrebbe influenzare la performance complessiva.

È stato indagato l'impatto della simulazione considerando le differenze di genere, evidenziando come i team misti possano beneficiare di una formazione specifica che consideri queste variabili. È stato dimostrato che sessioni di simulazione che riconoscono e affrontano le differenze di genere possono migliorare la performance e ridurre il tasso di errori durante la RCP.

### **Feedback e Debriefing con Considerazione delle Differenze di Genere**

Il debriefing post-simulazione è una compo-

nente cruciale per il consolidamento dell'apprendimento. Uno studio ha esplorato come il feedback specifico sulle differenze di genere possa influenzare l'apprendimento dei partecipanti. I risultati hanno mostrato che i partecipanti che hanno ricevuto un feedback dettagliato sulle variabili di genere hanno dimostrato una comprensione più profonda delle dinamiche della RCP, portando a miglioramenti nella performance nelle sessioni successive.

La ricerca in questo campo è ancora limitata, e vi è un bisogno crescente di studi più approfonditi e diversificati per esplorare appieno queste tematiche.

### **Implicazioni pratiche e raccomandazioni**

Per migliorare l'efficacia delle simulazioni e garantire che tutti i

professionisti siano preparati ad affrontare situazioni reali, è fondamentale integrare la consapevolezza delle differenze di genere nei programmi di formazione.

Questo può includere l'uso di manichini diversificati, la formazione specifica sulle differenze anatomiche e fisiologiche, e lo sviluppo di protocolli che considerino queste variabili. Inoltre, è importante promuovere la ricerca continua per aggiornare e perfezionare le tecniche di simulazione.

### **Ruolo della simulazione**

La formazione in simulazione può abbattere molte barriere e aumentare così la percentuale di sopravvivenza del genere femminile soprattutto utilizzando come trainers non solo simulatori con il corpo maschile ma anche simulatori con torace femminile.

Recentemente sono stati immessi sul mercato strumenti didattici come manichini video posters che favoriscono l'insegnamento delle manovre su un corpo femminile. Interessante che i produttori di simulatori medici hanno realizzato materiale femminile adattabili sui modelli maschili rendendoli intercambiabili e permettendo così di fare simulazione su entrambi i sessi senza grosse spese aggiuntive.

Addestrarsi su simulatori femminili indubbiamente prepara l'operatore a praticare lo stesso tipo di massaggio nell'uomo e nella donna senza timori. Anche l'utilizzo del defibrillatore può essere migliorato in quanto talvolta il seno genera incertezze sul posizionamento delle piastre con risultati tardivi e talvolta un cattivo posizionamento a cui fa seguito la mancata erogazione della scarica.

## Conclusioni

In sintesi, le differenze di genere rappresentano un aspetto critico ma spesso sottovalutato nella simulazione medica, in particolare nella RCP. Riconoscere e affrontare queste differenze può migliorare significativamente l'efficacia della formazione e, in ultima analisi, i risultati clinici per i pazienti di entrambi i generi. L'integrazione di questi aspetti nei programmi di simulazione può rappresentare un passo avanti verso una medicina più equa e inclusiva.

La RCP è una manovra salvavita che non deve essere influenzata da pregiudizi di genere. Affrontare le barriere culturali e migliorare la formazione specifica può aumentare significativamente le probabilità di sopravvivenza delle donne colpite da arresto cardiaco. Sensibilizzare i cittadini e formare adeguata-

mente i soccorritori sono passi fondamentali per garantire che tutti, indipendentemente dal genere, ricevano l'aiuto di cui hanno bisogno in situazioni critiche.



**Dr.ssa  
Alda Mazzei**

Anestesia e  
Rianimazione,  
Direttore Centro  
Simulazione  
Medica Azienda  
Ospedaliera  
Universitaria  
Pisana



Facciamo il punto:

SMART WORKING



**Avv.ssa Paola Rosignoli**

Consulente Legale ANAAO Toscana

Il **lavoro agile** o **Smart Working** è previsto dalla legge 22 maggio 2017 n. 81.

Trova poi rinnovata attenzione durante il periodo emergenziale, con normativa specifica e, per quanto riguarda la dirigenza medica, trova ora la sua fonte contrattuale negli artt. 92 e ss del CCNL dell'Area Sanità 2019-2021.

Il lavoro agile costituisce una modalità di esecuzione della prestazione lavorativa per processi e attività di lavoro per i quali sussistono i necessari **requisiti organizzativi e tecnologici** (cfr art. 92 CCNL cit.). Non può essere svolto per i lavori in turno e per attività non remotizzabili.

La suddetta modalità di esecuzione del rap-

porto di lavoro avviene **senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro** (salva la fascia di contattabilità e di inoperabilità).

Va subito evidenziata la sua differenza con il lavoro da remoto (telelavoro o altre forme di esecuzione della prestazione lavorativa, ad es. presso i centri satellite), che vede modificato solo il luogo di adempimento della prestazione.

Il lavoro agile viene incontro a **due interessi principali**: la conciliazione dei **tempi di vita e di lavoro dei dipendenti** e lo sviluppo di un **modello di lavoro basato sulla flessibilità, l'autonomia, la collaborazione e la responsabilizzazione** del dipendente.

La possibilità di prevedere il lavoro agile nelle Aziende sanitarie necessita di una programmazione, ordinariamente contenuta nel **Piano Integrato Attività e Organizzazione**, di cui il Pola (Piano Organizzativo del lavoro agile) costituisce una sezione. Esso, ai sensi dell'art. 1 legge 124/2015, è redatto entro il 31 dicembre di ciascun anno, sentite le organizzazioni sindacali (vedi capoversi successivi). In caso di mancata adozione del Pola, il lavoro agile si applica almeno al 15% dei dipendenti, ove lo richiedano.

A loro volta, i Regola-

menti di disciplina del lavoro agile, adottati dalle Aziende, rappresentano il precipitato tecnico della programmazione contenuta nei Piani. L'individuazione delle attività che possono essere svolte in modalità agile avviene previo confronto con le organizzazioni sindacali.

L'accesso al lavoro agile dovrebbe essere improntato a criteri di **trasparenza, equità e celerità**, dovendosi garantire, a monte, l'individuazione delle attività che possono essere svolte in modalità agile, la forma di presentazione delle domande, i criteri di priorità in caso di più domande e la forma del diniego.

Sul punto, va ricordato che carattere di **priorità** è riconosciuto alle domande di alcune categorie di lavoratrici e lavoratori (art. 1,

comma 3 bis legge 81/2017) e che la direttiva della PCM 29.1.2023 richiede un utilizzo del lavoro agile orientato alla salvaguardia dei soggetti più esposti a situazioni di rischio per la salute e, del pari, la necessità di garantire ai lavoratori che documentino gravi, urgenti e non altrimenti conciliabili situazioni di salute, personali e familiari di svolgere, anche derogando ai criteri di prevalenza, la prestazione lavorativa in modalità agile.

Il diniego di accesso non può in ogni caso basarsi solo sul difetto di strumentazione tecnica, qualora, ad esempio, il dipendente metta a disposizione la propria ed essa sia adeguata.

L'accordo, in forma scritta, deve prevedere la durata, gli specifici obiettivi della prestazione resa in modalità agile, le modalità ed i tempi di esecuzione

della prestazione, modalità del recesso e ipotesi di recesso, i tempi di riposo e le modalità di esercizio del potere direttivo e di controllo del datore di lavoro.

Descritto così a grandi linee, il lavoro agile, trova appunto una sua disciplina nei **Regolamenti Aziendali**.

Va subito precisato, almeno da una prima analisi dei **Regolamenti della Aziende della Regione Toscana**, come non vi sia uniformità tra gli stessi. Se alcuni fanno riferimento all'applicazione del lavoro agile prevalentemente al "ruolo amministrativo professionale" (lasciando così ampio margine di discrezionalità per gli altri ambiti), altri non introducono tale limite, ma escludono invece alcuni luoghi per la modalità della prestazione e individuano il numero massimo di giornate utilizzabili in

modalità agile (in alcuni casi addirittura un giorno soltanto della settimana). Altri, infine, fanno riferimento ad una necessaria prede-terminazione delle attività compatibili con la modalità agile, collocando la decisione sulla modalità agile il più possibile a monte e non al momento di ricezione della richiesta, cercando di limitare, appunto, tale potere discrezionale, che pure rimane sussistente nel momento in cui si deve individuare la possibilità di una gestione lavorativa per obiettivi.

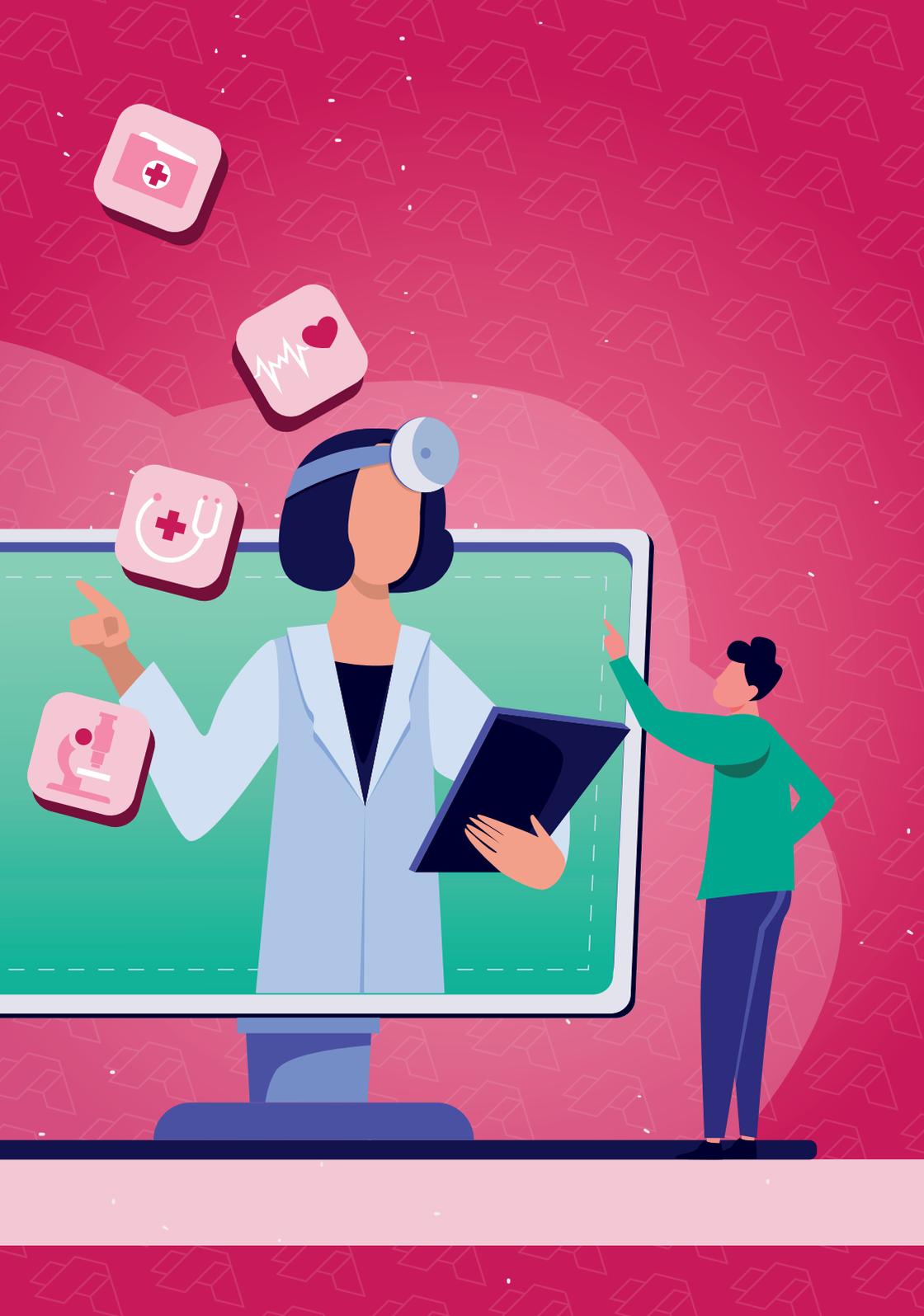
Deriva un quadro, perciò, non omogeneo, che seppure giustificato dall'autonomia regolamentare e dalle singole esigenze aziendali, richiama tutti gli operatori ad una corretta applicazione della normativa, la cui finalità, va ricordato, è appunto quella di facilitare la domanda e

rendere tale modalità di esecuzione della prestazione lavorativa, dove utilizzabile, facilmente e equamente accessibile.



**Avv.ssa  
Paola  
Rosignoli**

Consulente  
Legale ANAAO  
Toscana





## Cancerogenicità del talco e tumore ovarico

**Dr.ssa Lucia Miligi**

Gdl Donne Anaa, già responsabile SS di Epidemiologia dell'Ambiente e del Lavoro, Istituto per lo studio, la prevenzione e la rete oncologica-ISPRO, attualmente Presidente Fondazione ISPRO

Nel 2012 nella monografia 100C su *"Arsenic, Metals, Fibres, and Dusts"* l'Agenzia Internazionale di ricerca sul (IARC) valutava, sulla base delle evidenze disponibili, che c'è evidenza sufficiente che **l'amianto in tutte le sue forme** (crisotilo, crocidolite, amosite, tremolite, actinolite, antofillite) è **cancerogeno certo per l'uomo** ed è stato inserito nel gruppo I di cancerogenicità (certo cancero-

geno). L'amianto infatti causa **mesotelioma e tumore del polmone**, laringe ed ovaio. Con più limitata evidenza invece causa il tumore della faringe, dello stomaco e del colon retto.

Anche negli esperimenti sugli animali vi è sufficiente evidenza di cancerogenicità per tutte le forme di amianto. Soffermandosi sul tumore

dell'ovaio il Gruppo di lavoro che ha valutato la cancerogenicità dell'amianto ha osservato un'associazione causale con l'amianto messa in evidenza in particolar modo da 5 studi di coorte di donne esposte pesantemente per motivi lavorativi ad amianto. Tali conclusioni del gruppo di lavoro hanno ricevuto un supporto inoltre dagli studi su donne e ragazze che hanno avuto un'esposizione

ambientale ad amianto che, anche se non statisticamente significative, mostrano un aumento sia nell'incidenza che nella mortalità per tumore dell'ovaio.

Per quanto riguarda il **talco** a cui nella monografia è dedicato un capitolo specifico e che può essere contaminato da fibre di amianto, era stato classificato dalla IARC nel 2006 come possibile cancerogeno, inserendolo nel gruppo 2B mentre per il talco privo di amianto le conclusioni della IARC è che le evidenze di cancerogenicità disponibili in quel momento erano inadeguate per il talco privo di amianto respirato (gruppo 3), mentre l'uso perineale del talco venne classificato come "possibile cancerogeno" (gruppo 2B).

Il "talco" è stato definito come talco minerale o sintetico, un silicato di

magnesio idrato, che include forme lamellari e fibrose (che includono fibre asbestiformi). Il talco asbestiforme non è amianto; tuttavia, è stato segnalato che **l'amianto è presente in alcuni minerali di talco e prodotti di talco come contaminante**.

Un'elevata esposizione professionale alla polvere di talco si verifica durante l'estrazione e la macinazione, principalmente tramite inalazione.

Le esposizioni possono verificarsi anche tra i lavoratori nelle industrie manifatturiere. In biopsie umane, il talco è stato identificato in più siti pelvici distanti dal perineo, tra cui l'ovaio.

La popolazione generale è esposta per ingestione, inalazione, via cutanea o perineale.

Come presentato in una recente review

(*Mirabelli D. & Terracini B., E&P 2024*) studi epidemiologici aggiornati o pubblicati dopo la valutazione IARC del 2006 indicano che:

- non vi è stato aumento di rischio di cancro tra i lavoratori di miniere di talco privo di amianto;
- il rischio di cancro ovarico aumenta successivamente all'uso perineale di talco commerciale.

Diversi studi infatti suggeriscono una **correlazione tra indicatori di uso di talco e rischio di cancro ovarico**. Non è nota però la composizione dei talchi considerati in tali studi.

La IARC, che recentemente ha rivalutato la cancerogenicità del talco nella monografia 136, non ancora pubblicata, ha reso noto recentemente le valutazioni finali del gruppo di lavoro che ha rivisto le evidenze disponibili per questa sostanza su

Lancet Oncology (*Leslie T Stayner et al., agosto 2024*).

La IARC conclude che c'erano prove "limitate" che il talco causi il cancro ovarico negli esseri umani, la maggior parte degli studi disponibili ha valutato l'uso di talco in polvere per il corpo.

Rispetto alla monografia del 2006, sono state segnalate associazioni positive più coerenti per uso continuo rispetto a uso mai avvenuto in studi di coorte pooled e studi caso-controllo, inclusa l'evidenza di una relazione esposizione-risposta con frequenza o durata dell'uso.

Tuttavia, non è stato possibile escludere un bias derivante da errata classificazione dell'esposizione differenziale sulla base di un'analisi del bias condotta dal gruppo di lavoro e non è stato possibile escludere anche un fattore di confondimento dovuto

alla contaminazione da amianto del talco. In due studi ampiamente sovrapposti nel settore della carta e della cellulosa, in cui la potenziale coesposizione all'amianto non è stata adeguatamente considerata, **è stato osservato un rischio aumentato di cancro alle ovaie tra le donne esposte al talco.**

Agli studi sui lavoratori nelle miniere in cui è stata documentata l'assenza di amianto è stato dato un peso maggiore. In questi studi, **che non includevano donne**, non è stato osservato alcun rischio eccessivo di cancro ai polmoni o allo stomaco. Le prove di questi tumori sono state quindi considerate "inadeguate".

Negli studi su animali è stata invece osservata una significativa tendenza positiva nei maschi e nelle femmine per l'incidenza di

feocromocitomi (benigni e la combinazione di tumori benigni, complessi o maligni nei maschi; maligni e la combinazione di tumori benigni o maligni nelle femmine).

Il talco è stato così classificato come "probabilmente cancerogeno per l'uomo" (Gruppo 2A) sulla base di una combinazione di prove "limitate" di cancro nell'uomo, prove "sufficienti" di cancro negli animali da esperimento e prove meccanicistiche "forti" in cellule primarie umane e sistemi sperimentali.

Questa valutazione sostituisce le precedenti classificazioni di "talco non contenente amianto o fibre asbestiformi" e "uso perineale di talco in polvere per il corpo" nel Volume 93 delle Monografie IARC. Il "Talco contenente amianto" non è stato rivalutato e mantiene la sua classificazione

all'interno di "amianto" (Gruppo 1) dal Volume 100C.

Questa riclassificazione del talco come **probabile cancerogeno** dovrebbe portare i consumatori ad una **maggiore consapevolezza** sconsigliandone l'uso all'inguine e a livello dei genitali.



## **Dr.ssa Lucia Miligi**

GdI Donne Anaa,  
già responsabile  
SS di Epidemiologia  
dell'Ambiente e del  
Lavoro, Istituto per lo  
studio, la prevenzione  
e la rete oncologica-  
ISPRO, attualmente  
Presidente Fondazione  
ISPRO



**LABORATORIO**

**RICERCA E STUDIO**

di ANAAO TOSCANA

approfondimenti su genere, lavoro e salute in **SANITÀ**

**Coming Soon!**

# CONCLUSIONI

Il Gruppo Donne Anaa Toscana ha consolidato il proprio ruolo nella diffusione delle tematiche di genere in Sanità, promuovendo una maggiore consapevolezza attraverso analisi e riflessioni.

Le *"Pillole di Genere"* raccolte in questa pubblicazione rappresentano un importante strumento culturale e informativo, con l'obiettivo di stimolare il dibattito e favorire una trasformazione concreta.

Questa raccolta non è solo un contributo al miglioramento delle condizioni lavorative delle donne, ma un punto di partenza per ampliare la conoscenza e la sensibilizzazione su temi che riguardano l'intera comunità sanitaria. Condividere informazioni, esperienze e idee sarà essenziale per generare un impatto positivo e promuovere un sistema più aperto e informato.

**Lucia Miligi**

*Presidente Fondazione ISPRO*



Abbiamo deciso di raccogliere gli articoli del 2024 dal blog **“Pillole di Genere”** a cura del Gruppo Donne Anaa Toscana, per divulgare cultura e allo stesso tempo far sentire la voce delle nostre donne.



Visita il Blog

[genereredazionetoscana@anaao.it](mailto:genereredazionetoscana@anaao.it)