

QUARTA  
CONFERENZA  
NAZIONALE

**DONNE**  
ANAAO  
ASSOMED

ROMA  
3-4 MAGGIO  
2022

HOTEL  
ST. MARTIN  
VIA S. MARTINO  
DELLA BATTAGLIA, 58

**SOFFRIRE  
SUL LAVORO**

**NON È  
UN DESTINO**



Comunicazione Operativa di Ricerca  
Lavoro Research 2022

**LE DONNE AL GOVERNO DELLA SANITÀ TRADITA**

# «OPERAZIONE TROTULA»

“Le mediche possono cambiare la governance delle Aziende Sanitarie. Dalle donne proposte per assicurare equità nelle cure e dignità nella professione di cura”

**Maria Grazia Piscaglia, Ravenna**



## TROTULA DE RUGGIERO

**Nata probabilmente intorno al 1030**

Alcuni scrittori del Duecento indicavano una medichessa che sarebbe vissuta intorno al 1100 e che avrebbe insegnato nella scuola salernitana. Il *De mulierum passionibus ante in et post partum* (ed. a [Strasburgo](#) nel 1544), a lei attribuito, ma conservatoci in una redazione più tarda, contiene nozioni importanti nel campo dell'ostetricia e, fra l'altro, prescrive la sutura delle lacerazioni perineali.



**Obiettivo della  
«OPERAZIONE  
TROTULA»**

**Dal Neoliberismo ad  
un Nuovo  
Umanesimo  
Femminile**

**Proposta di legge d'iniziativa  
dei deputati Tiraboschi,  
Balzamo, Achilli, Di Vagno,  
Colucci, Felisetti, Ferri,  
Giovanardi, Magnani Noya  
Maria, Novellini, Saladino,  
Salvatore, Ferrari Marte, Cresco,  
Frasca, presentata l'11 febbraio  
1977, per l'istituzione del  
Servizio sanitario nazionale.**

La riforma sanitaria (...) deve (...) avere piena attuazione mediante una "legge quadro", che istituisca il Servizio sanitario nazionale (...). Considerata l'estrema urgenza di provvedere ad un nuovo assetto del sistema sociosanitario (...), si è ritenuto opportuno procedere ad un recupero, sia pure con un ripensamento critico e con le opportune integrazioni, del lavoro elaborato nella scorsa legislatura dal Comitato ristretto della Commissione sanità della Camera.

“Vi dico di una donna filosofa di nome Trotula che visse a lungo e fu assai bella in gioventù e dalla quale i medici traggono grande autorità e utili insegnamenti sulla natura delle donne” (B. Thomasset)

«Una donna che con i suoi ideali ha influito sul corso del mondo, gettando le basi per la crescita dell’universo femminile» (M. R. Vivo)

I dettagli della sua vita, sono poco conosciuti.

Visse a Salerno intorno al 1050 .  
Discendeva dall’antico casato dei “de Ruggiero” e per questo ebbe la possibilità di studiare Medicina, approfondendo la ginecologia .

Ancora bambina subisce la scomparsa prematura della madre.

Sposò il medico Giovanni Plateario, da cui ebbe due figli che continuarono la attività dei genitori . Fu il simbolo al femminile della Scuola Medica Salernitana

Prima di esaminare le linee direttrici del disegno di legge istitutivo del Servizio sanitario nazionale, è necessario sottolineare alcune premesse politiche di carattere generale ed aggiornare la questione sanitaria inquadrandola nel momento politico, economico e sociale che il paese attraversa, abbandonando orientamenti illuministici del passato e sforzandosi di mettere a fuoco i reali bisogni, le richieste che vengono dal mondo del lavoro e dai più vasti strati della popolazione. Vi sono sostanzialmente due modi di intendere le riforme sociali e, in primo luogo, quella sanitaria, che tiene il campo da più tempo (anche perché realmente prioritaria corrispondendo al bisogno primario della salute). Uno è quello di razionalizzazione degli ordinamenti, dell'organizzazione, delle strutture, degli strumenti tecnici, allo scopo di realizzare una migliore e magari ottimale efficienza dei servizi.

L'altro modo di intendere le riforme sociali e questa riforma in particolare, è quello di vederle come parte — e non trascurabile, ma essenziale — della trasformazione del sistema. Non è un'utopia se si pensa a tutta la carica progressiva insita nel bisogno di salute e di miglioramento della qualità di vita, sempre più connaturato alla richiesta ed alla volontà di autogestione della salute (fisica, psichica e sociale), almeno nel nostro paese, in parallelo al crescere del movimento dei lavoratori (principio della non delega, statuto dei lavoratori, contratti di grandi categorie) e del movimento per i diritti civili. È chiaro che tutto questo implica un modo alternativo di intendere e di essere dell'esercizio della medicina e della complessiva tutela della salute, legato non più agli interessi del capitale e del "suo" sistema, ma a quelli dei lavoratori e della maggioranza dei cittadini. E comporta scelte anche di carattere economico e necessità di oculata programmazione, specie nella fase attuale di ricostruzione economica, sociale e morale del paese. La scelta, fra queste due maniere di concepire e di volere la riforma sanitaria.

- La costituzione delle Unità Sanitarie Locali
- La Prevenzione
- Il Problema dei farmaci
- La Psichiatria
- La formazione
- del personale
- Gli Istituti di Ricovero e cura a carattere Scientifico
- I tempi e le modalità di trasformazione e passaggio al nuovo sistema sanitario

## **I principi Istituzionali**

# La Riforma Bindi

(14 aprile 1999)

La Riforma Bindi, detta anche “riforma ter”, è il decreto legislativo con cui il **Secondo Governo d'Alema** (22 dicembre 1999/26 aprile 2000) razionalizza il servizio sanitario nazionale attraverso tre passaggi principali, che sono:

1. Le USL diventano Aziende – hanno l'obiettivo di programmare e raggiungere l'obiettivo “salute” per i cittadini, attraverso l'**autonomia imprenditoriale**; l'utilizzo di strumenti di gestione privatistica; la valutazione dell'operato dei Direttori generali ogni 18 mesi da parte delle Regioni che sulle prestazioni erogate e sui **bilanci ottenuti**.
2. Accredimento delle strutture sanitarie – Le regioni fissano il fabbisogno di assistenza sanitaria e accreditano le strutture pubbliche, private non lucrative e **private commerciali**.
3. Rapporto di lavoro esclusivo – Tutti i medici assunti a partire dal 31 dicembre 1998 sono obbligati ad avere un rapporto di lavoro esclusivo con la struttura pubblica.

# Le principali tappe verso il Ssn e le riforme

**Prima legge organica in materia di sanità pubblica:** tutela della salute pubblica affidata, a livello centrale, al ministero dell'Interno; a livello periferico, ai prefetti nelle Province e ai sindaci nei Comuni

**Legge Crispi:** riforma ospedaliera, nascita degli Istituti pubblici di assistenza e beneficenza (Ipub)

**Testo Unico delle leggi sanitarie** per l'assistenza su base assicurativa

**Istituzione del ministero della Sanità**

**Legge di riforma sanitaria (n.833):** istituzione del Servizio sanitario nazionale (Ssn)

**Decreto Garavaglia (n.517):** integrazione della riforma De Lorenzo

**I tre principi ispiratori del Ssn**



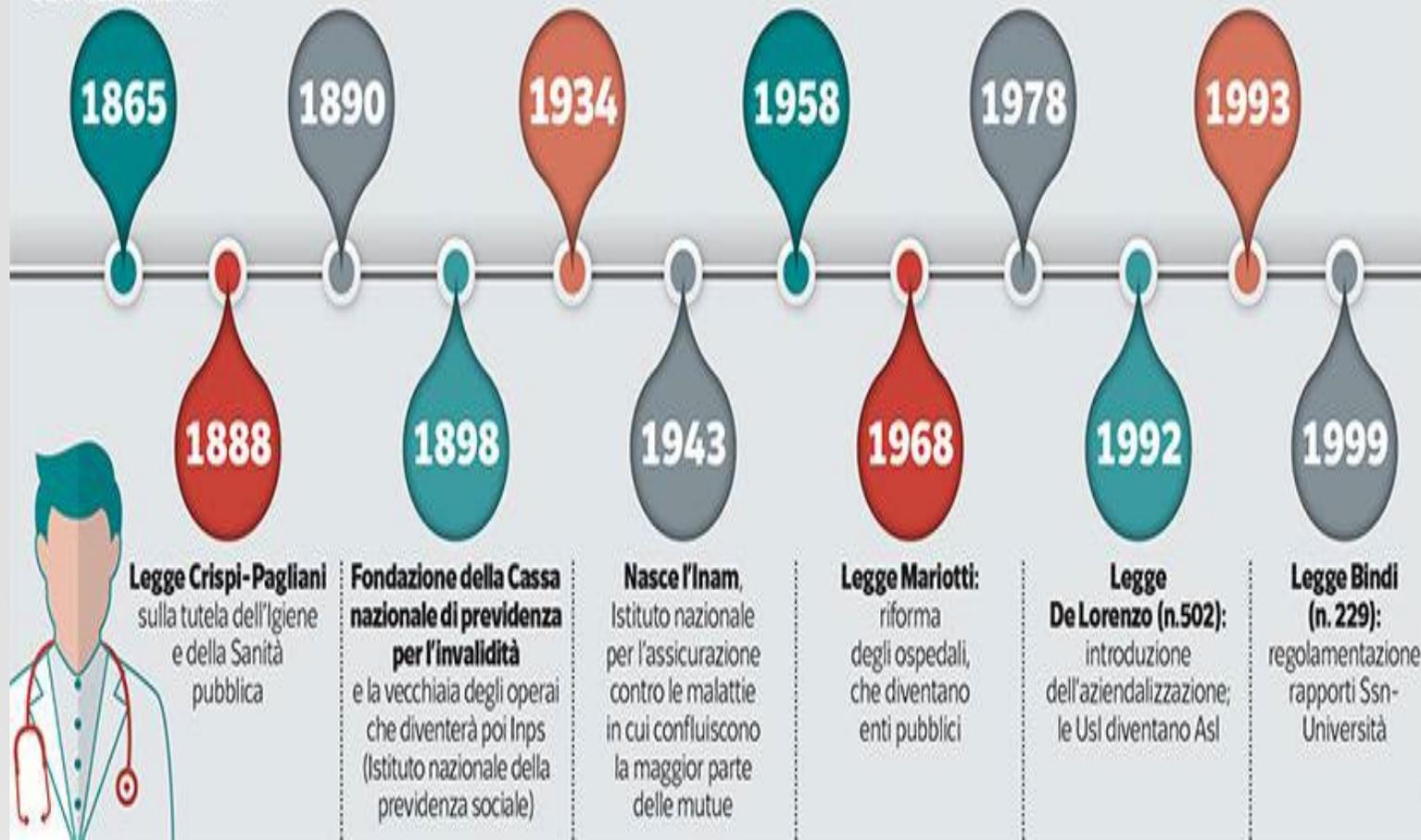
**Universalità:** la salute è non soltanto un bene individuale ma soprattutto una risorsa della comunità



**Uguaglianza:** i cittadini devono accedere alle prestazioni senza nessuna distinzione di condizioni individuali, sociali ed economiche



**Equità:** a tutti i cittadini deve essere garantita parità di accesso in rapporto a uguali bisogni di salute





L'adozione del D.M. n. 70/2015 segna l'avvio della fase applicativa del processo di quel riassetto strutturale e di qualificazione della rete assistenziale ospedaliera, che rappresenta, ormai da diversi anni, una fondamentale linea programmatica del Servizio Sanitario Nazionale. In particolare, tale riassetto dovrà fornire risposte effettive alle nuove esigenze del mutato quadro di riferimento sanitario, così come delineato dalle tre principali transizioni degli ultimi decenni: l'epidemiologica, la demografica e la sociale.



**DM 71:  
MODELLI E STANDARD PER LO SVILUPPO  
DELL'ASSISTENZA NEL TERRITORIO**



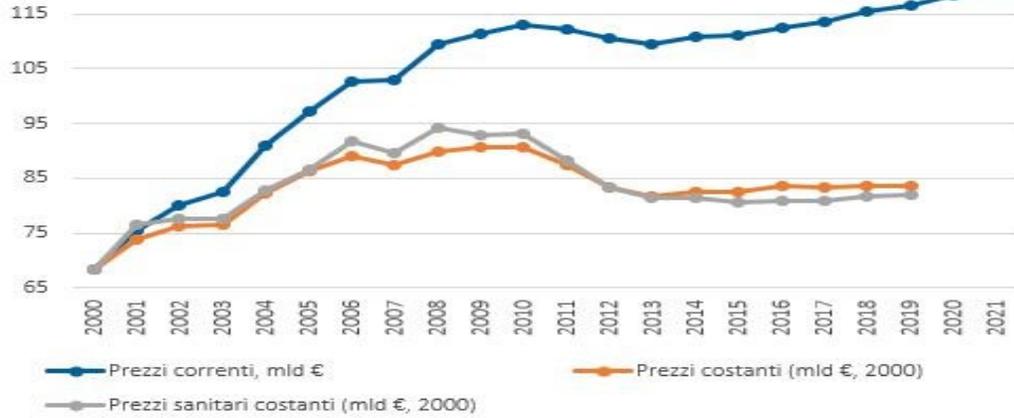


## **IL Prestazionificio**



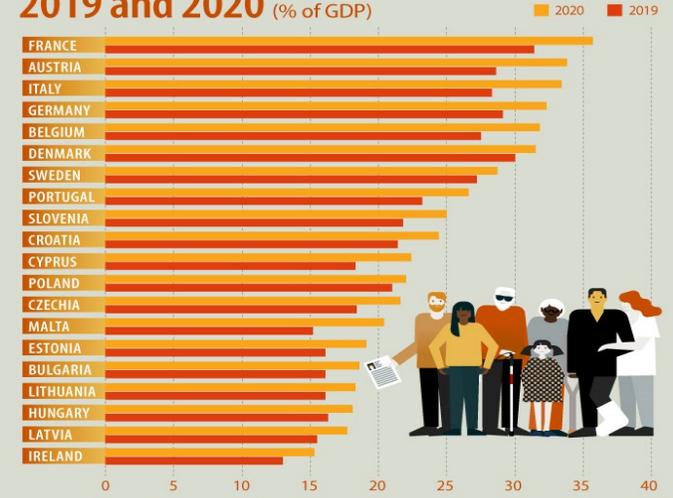
# La Sostenibilità

Fig. 1: Spesa sanitaria pubblica

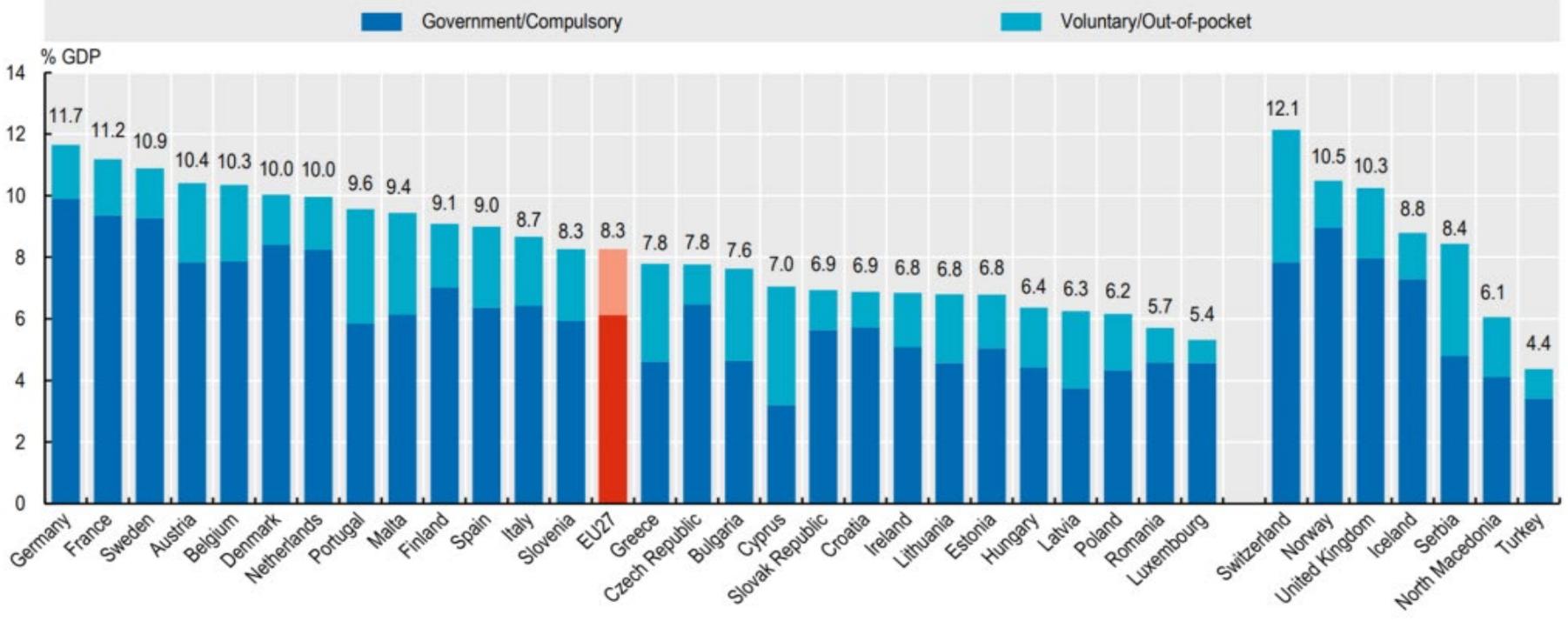


Fonte: elaborazioni Osservatorio CPI su dati MEF, Servizio Studi della Camera dei Deputati e Proposte per una Revisione della Spesa Pubblica (2014-16)

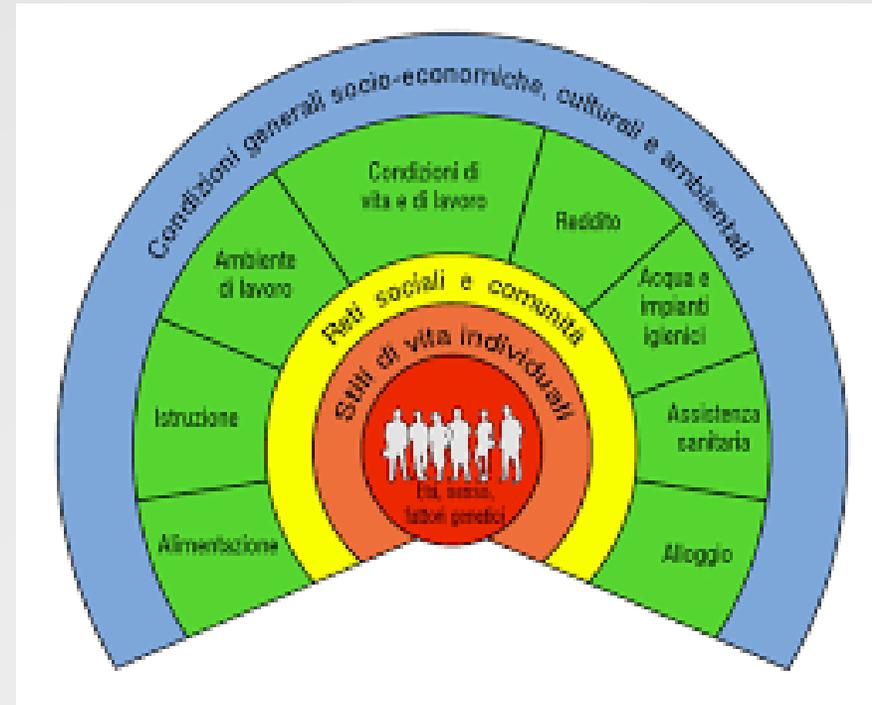
Social protection benefits expenditure, 2019 and 2020 (% of GDP)



This visual only includes countries with data available for both 2020 and 2019. [ec.europa.eu/eurostat](http://ec.europa.eu/eurostat)

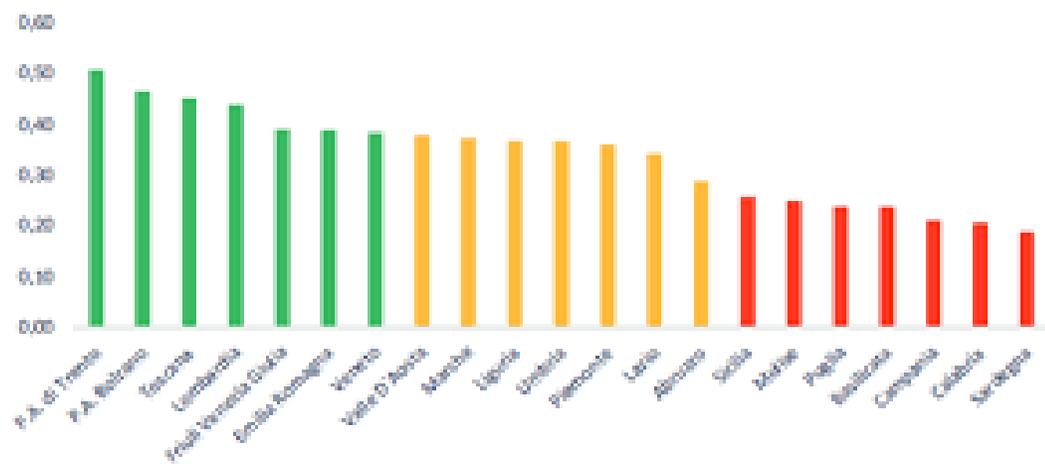






# I Determinanti della Salute

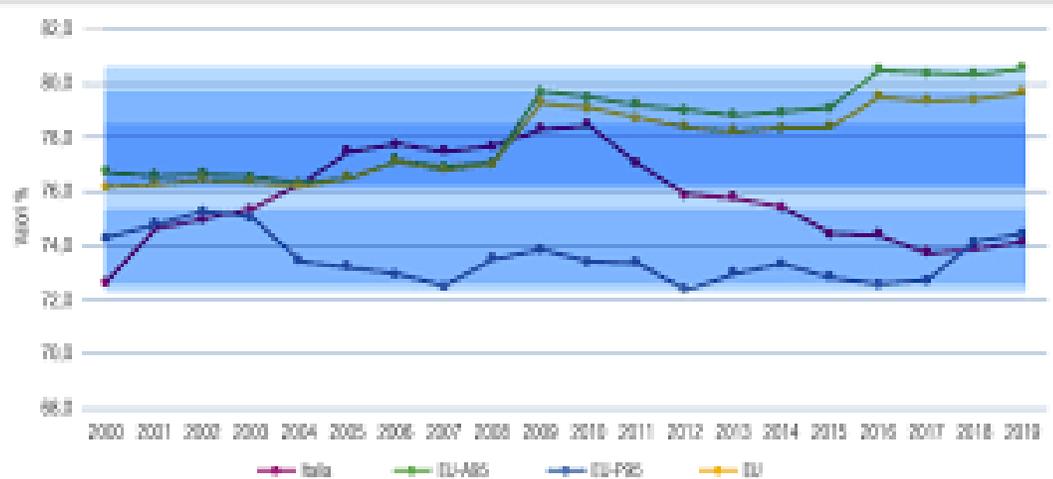
### Indice di Performance



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Servizi su preferenze espresse dal Panel

TAVOLA 1

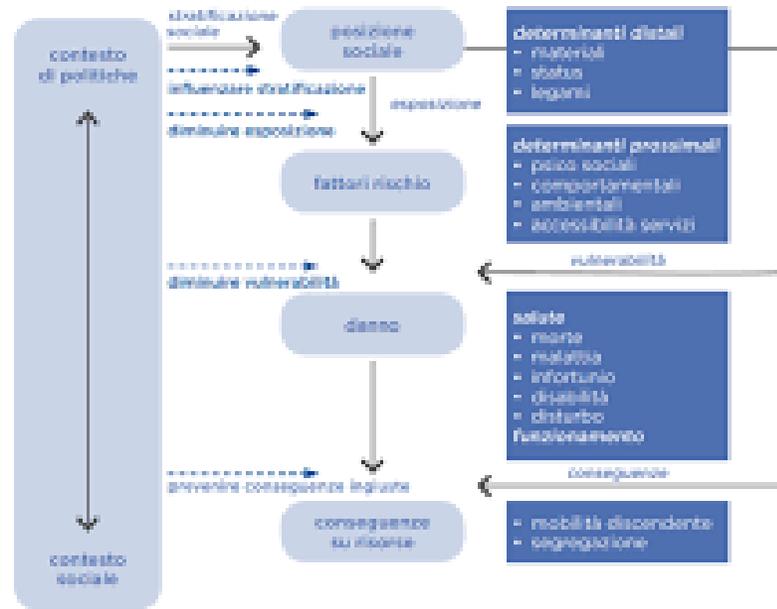
### Finanziamento pubblico della spesa sanitaria corrente



Fonte: elaborazione su dati OECD Stat, 2020 - © C.R.E.A. Servizi



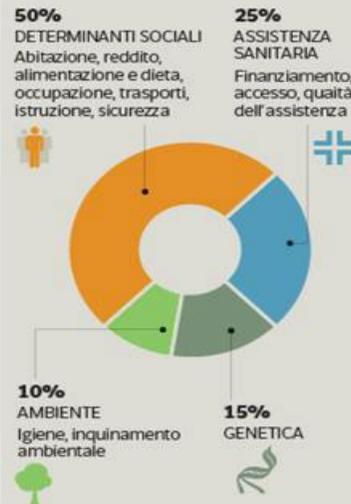
Figura 1 Schema esplicativo dei meccanismi di generazione delle disuguaglianze nella salute e dei relativi punti di intervento per le politiche e gli interventi di contesto.



# LE DISEGUAGLIANZE DI SALUTE

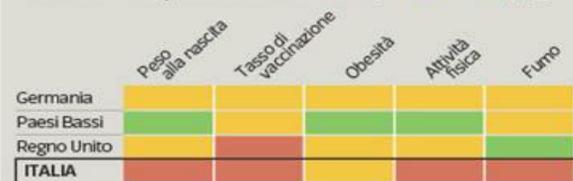
## I dati

### Lo stato di salute

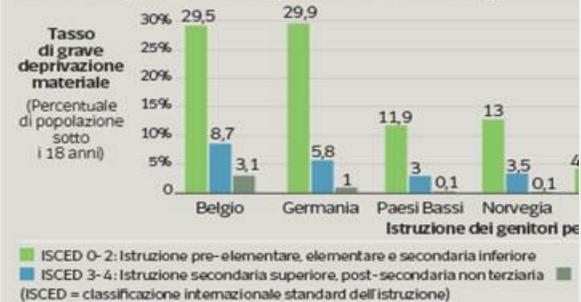


Fonte: Report Deloitte dicembre 2017

### Abitudine a comportamenti sani



### Il tasso di deprivazione dei ragazzi sotto i 16 anni è legato al livello

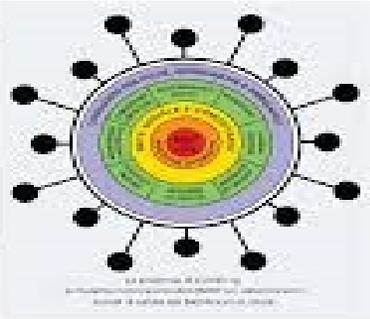


**La pandemia COVID-19 e le disuguaglianze di salute: non siamo tutti uguali**

Recenti evidenze suggeriscono che l'esperienza della COVID-19 non viene vissuta in modo uguale, con i gruppi più svantaggiati di infezione e mortalità più le comunità più svantaggiate: neri e, quindi, una malattia letale.

COVID-19 non è una semplice influenza. È una malattia respiratoria che può essere letale. La trasmissione avviene attraverso le goccioline di saliva e i colpi d'occhi. I sintomi iniziali sono simili a quelli di un raffreddore, ma possono peggiorare e portare a complicazioni gravi, come polmonite e insufficienza respiratoria.

Le disuguaglianze sanitarie all'interno e tra le popolazioni più vulnerabili, come le minoranze etniche, le persone con disabilità, gli anziani e i poveri, sono particolarmente preoccupanti.



Le disuguaglianze sanitarie sono il risultato di una serie di fattori, tra cui la povertà, l'istruzione, l'accesso ai servizi sanitari e l'ambiente. Queste disuguaglianze possono essere ridotte attraverso politiche e interventi mirati.

Le disuguaglianze sanitarie sono un problema globale che richiede un'azione coordinata a livello internazionale per affrontare le cause profonde e promuovere la salute per tutti.

# LE DISUGUAGLIANZE DI SALUTE

Prevalenza di diabete <sup>1</sup>				
Pool PASSI 2007-09 (n=68.320)				
	Uomini		Donne	
	%	IC95%	%	IC95%
<b>Totale</b>	<b>7,7</b>	<b>7,3-8,1</b>	<b>6,2</b>	<b>5,8-6,5</b>
<b>Classi di età</b>				
35 - 49	2,4	2,1-2,8	1,9	1,7-2,3
50 - 69	12,8	12,2-13,5	10,0	9,4-10,6
<b>Istruzione</b>				
nessuna/elementare	16,1	14,8-17,5	14,4	13,4-15,5
media inferiore	8,0	7,3-8,6	5,7	5,1-6,3
media superiore	5,2	4,7-5,7	3,1	2,7-3,5
laurea	4,9	3,9-6,2	1,8	1,2-2,5
<b>Difficoltà economiche</b>				
molte	11,9	10,6-13,3	11,7	10,5-13,1
qualche	8,2	7,6-8,8	6,5	6,0-7,0
nessuna	6,2	5,7-6,6	3,6	3,3-4,0
<b>Ripartizione geografica</b>				
Nord	6,5	6,1-7,0	4,6	4,2-4,9
Centro	7,6	6,9-8,3	6,4	5,7-7,1
Sud	9,3	8,5-10,2	8,0	7,3-8,8



<sup>1</sup>Diabete: Per motivi di numerosità si è deciso di considerare solo gli intervistati di età 35-69 anni.



GOOD HEALTH

POOR HEALTH



## **La Salute : una questione Politica o Sanitaria?**

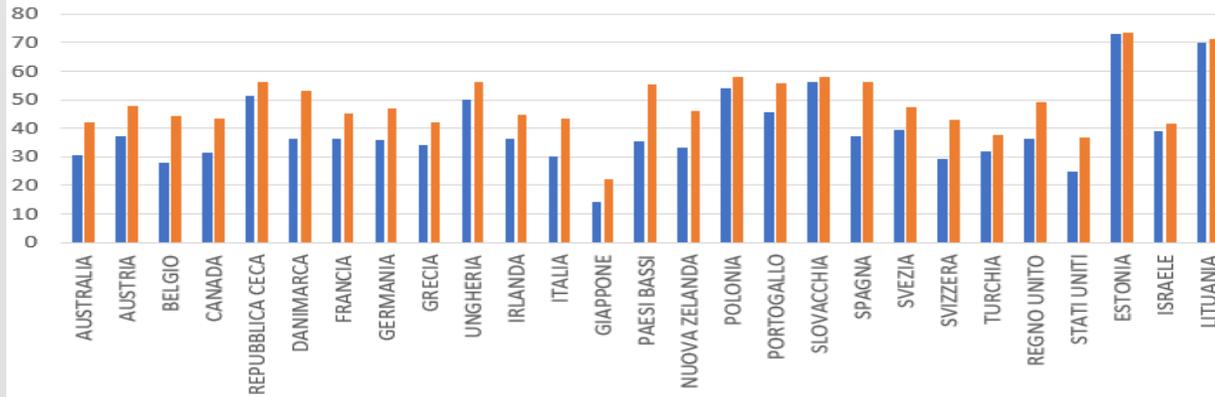




# Le professioni Sanitarie



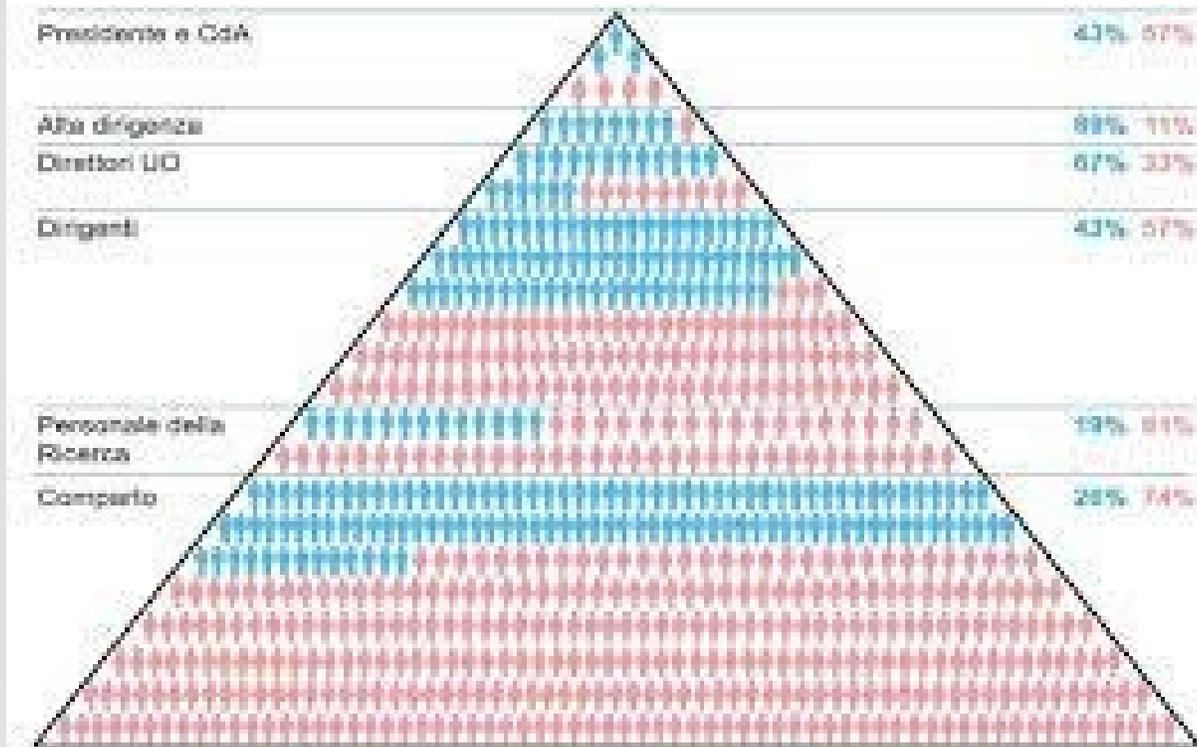
### INCREMENTO PERCENTUALE DONNE MEDICO TRA IL 2000 E 2018 IN 27 STATI DIFFERENTI



Fonte: OECD

■ % Donne Medico Anno 2000

■ % Donne Medico Anno 2018



# LE MEDICHE

**L' ETICA**

**ETICA SANITARIA**

**ETICA LAVORATIVA**

# UNA DEFINIZIONE DI ORDINE GENERALE

Etica significa assumere comportamenti coerenti con le finalità ultime di una società, di un sistema organizzativo, nel caso specifico del sistema di tutela della salute.

Pertanto, etica significa considerare la tutela della salute:

- Come diritto fondamentale della persona, concetto che va oltre il diritto del cittadino;
- Non come risposta ad un bisogno, concetto questo assunto dalle teorie economiche.

Tuttavia, quando si passa dal concetto/principio astratto ai comportamenti reali occorre tenere conto delle concrete condizioni in cui operano le persone ed in particolare:

- Delle conoscenze acquisite sul caso specifico sui fattori che influenzano la condizione di salute (recupero, mantenimento, promozione del benessere fisico, psichico, spirituale in senso religioso o laico);
- Delle risorse disponibili (che sono sempre limitate rispetto alle necessità di tutelare i diritti);
- Dei vincoli esterni (es. Unione Europea, mercati finanziari).

# ETICA DEI FINI E DEI MEZZI

1. L'etica come principio/criterio che guida i comportamenti si è indebolito in una società nella quale ha prevalso il concetto di interesse e, in particolare, di interesse economico;
2. In questo contesto si è rafforzato un concetto di etica di carattere "riduttivistico", nelle società (basate sul principio di *self made man*) nelle quali etica=interessi=regole formali;
3. Al contrario, l'etica si è indebolita nei contesti nei quali si è ritenuto di far prevalere il principio astratto dei "valori superiori" (ad esempio della fede) nei confronti delle regole della società. In altre parole, l'etica si è indebolita nei contesti nei quali è stato debole il senso della laicità, che significa distinzione, non separazione, tra valori superiori (che per la singola persona sono assoluti) e regole della società (che necessariamente richiedono la ricerca di convergenze e di contemperamenti);
4. L'etica dei fini impone scelte di priorità tra diversi interventi o politiche di tutela della salute (ma quale criterio di priorità si adotta);
5. L'etica dei mezzi significa scegliere "il migliore dei mezzi disponibili per raggiungere i fini, dato il livello esistente delle conoscenze";
6. Quando vi è contrasto tra fini e mezzi dovrebbe prevalere l'etica dei fini, rispettando le condizioni di seguito analizzate.

# ETICA E CONOSCENZA

Assumere comportamenti etici significa che medici e altre professioni sanitarie non mediche, manager aziendali, policy maker a livello regionale e statale (e dovrebbe essere anche sovranazionale) devono:

1. Applicare nel modo corretto (che significa coerente con il fine di tutela della salute) le conoscenze nei rispettivi campi: non è quindi ammessa l'ignoranza colpevole o dolosa;
2. Tenersi aggiornati sulla evoluzione delle conoscenze (etica del continuo miglioramento);
3. Diffondere e condividere le conoscenze evitando di utilizzarle come strumento per generare valore economico individuale o per esercitare un "potere" su altri soggetti, in particolare sui pazienti;
4. Promuovere e sostenere la ricerca finalizzata a produrre nuove e sempre migliori conoscenze, evitando ad esempio lo sviluppo di tecnologie fini a se stesse, ossia che non producono un miglioramento reale dello stato di salute.

# ETICA E CONOSCENZA

Assumere comportamenti etici significa che medici e altre professioni sanitarie non mediche, manager aziendali, policy maker a livello regionale e statale (e dovrebbe essere anche sovranazionale) devono:

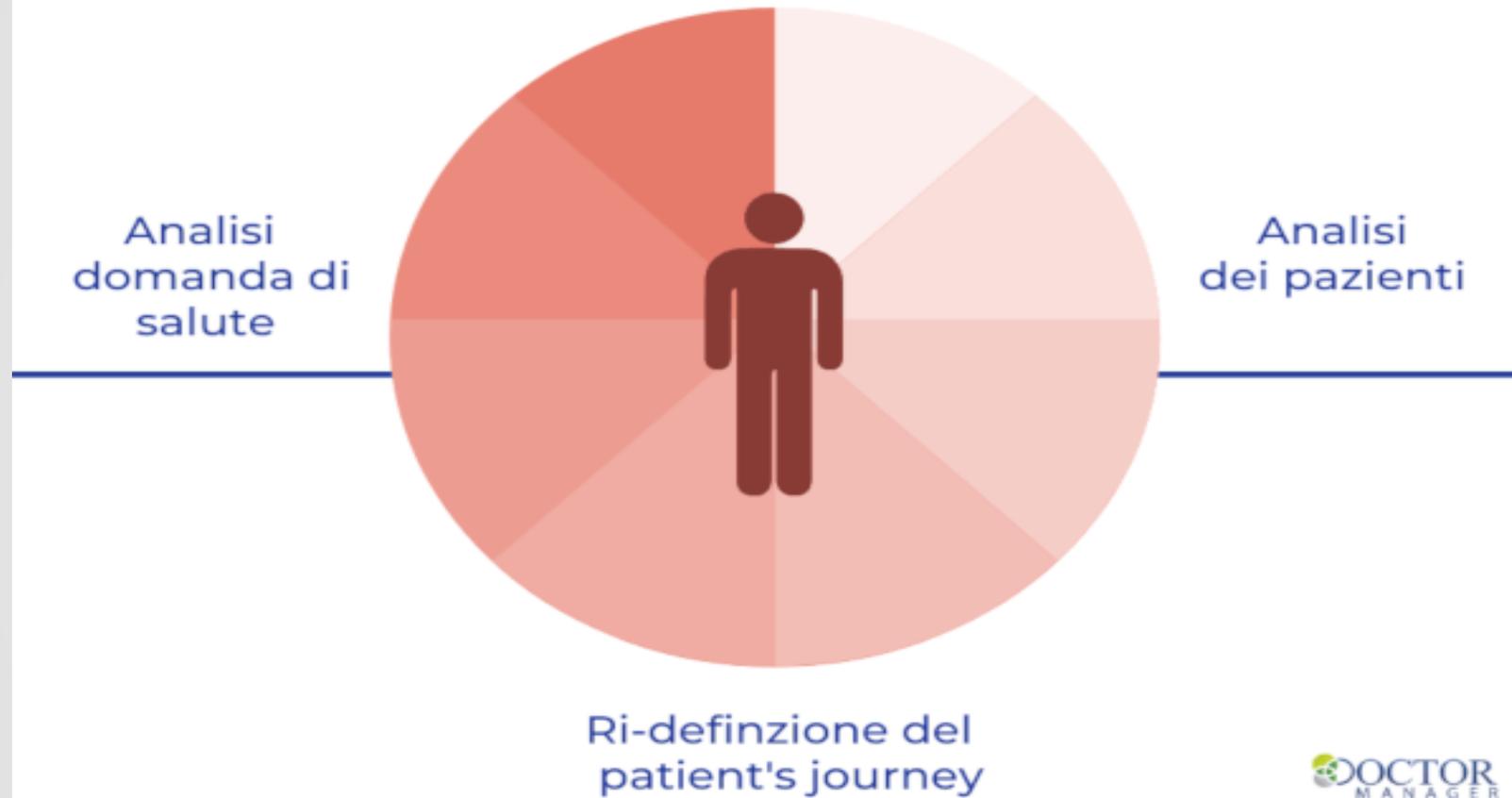
1. Applicare nel modo corretto (che significa coerente con il fine di tutela della salute) le conoscenze nei rispettivi campi: non è quindi ammessa l'ignoranza colpevole o dolosa;
2. Tenersi aggiornati sulla evoluzione delle conoscenze (etica del continuo miglioramento);
3. Diffondere e condividere le conoscenze evitando di utilizzarle come strumento per generare valore economico individuale o per esercitare un "potere" su altri soggetti, in particolare sui pazienti;
4. Promuovere e sostenere la ricerca finalizzata a produrre nuove e sempre migliori conoscenze, evitando ad esempio lo sviluppo di tecnologie fini a se stesse, ossia che non producono un miglioramento reale dello stato di salute.

# ETICA E LIMITATEZZA DELLE RISORSE

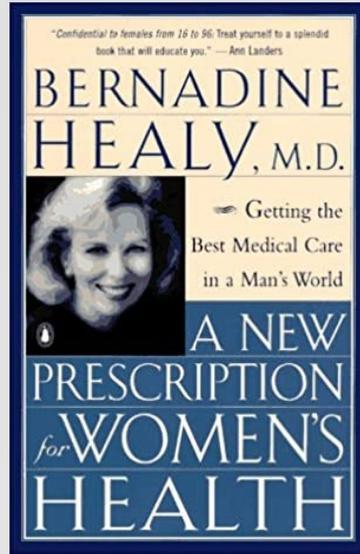
Assumere comportamenti etici rispetto alla limitatezza delle risorse significa:

1. Nelle decisioni operative (il medico di fronte al paziente, il manager aziendale di fronte ad un finanziamento definito, il policy maker di fronte a vincoli esterni rigidi) fare il massimo possibile per il paziente, utilizzare nel migliore dei modi le risorse disponibili, interpretare i vincoli in modo da ottenere il massimo effetto rispetto ai fini di tutela della salute;
2. Nelle scelte tra diversi modelli assistenziali, modelli organizzativi, criteri di allocazione delle risorse, valutare le alternative in modo da scegliere quella caratterizzata dal più elevato rapporto benefici (stimati, attesi, perseguiti) e risorse disponibili;
3. Nelle scelte tra diverse politiche applicare la logica di cui al punto precedente, realizzando però tutte le azioni finalizzate a ridurre la rigidità dei vincoli esterni quando essi si dimostrano incompatibili o in contrasto con il fine di tutela della salute come definito dalle leggi (ad es. LEA).

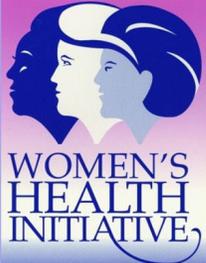
# Come mettere il paziente al centro







## LA MEDICINA DI GENERE



**Women's Health Initiative (WHI) Clinical Trials**  
(Diet, Hormones, Calcium/Vit D) and Observational Study

Conducted at 40 Clinical Centers  
+ Clinical Coordinating Center  
(Fred Hutchinson Cancer Research Center)

				
Bernadine Healy, MD NIH	Pat Schroeder, Congress	Ross Prentice, PhD U Wash	Jacques Rossouw, MD NHLBI	Marcia Stefanick PhD, Stanford

## La Medicina di Genere

Studia le differenze biologiche e psico-sociali tra i sessi e la loro influenza sullo stato di salute e di malattia



Con il termine "genere" (gender) si intende definire la categoria "uomo" e "donna", non solo fondata su differenze biologiche, ma anche condizionata da fattori ambientali, sociali e culturali



Con il termine "sesso" (sex), invece, si intende più semplicemente la caratterizzazione dell'individuo

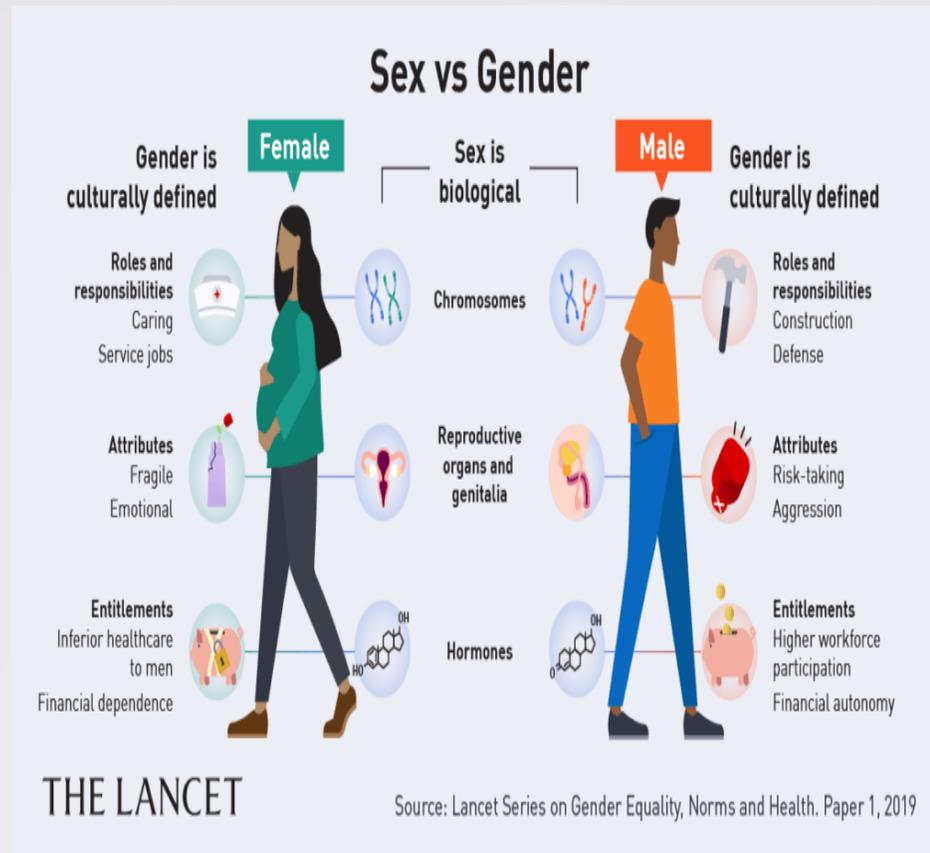
[www.gendemedjournal.it](http://www.gendemedjournal.it)

# THE ITALIAN JOURNAL of Gender-Specific MEDICINE

Supplement to Volume 5, Issue 3 - 2019

## La normativa sulla medicina di genere in Italia

- 1 Premessa  
GIOVANNELLA BAGGIO, WALTER MALORNI
- 2 Il lungo cammino per la diffusione della medicina di genere, dalle prime mozioni di legge al primo Piano per la sua attuazione  
PAOLA BOLDRINI
- 4 L'approccio di genere per la medicina del futuro  
ALESSANDRA CARÈ
- 6 Legge 11 gennaio 2018, numero 3, articolo 3
- 7 Piano per l'applicazione e la diffusione della medicina di genere



# LA MEDICINA DI GENERE

## Cosa significa umanizzare

Umanizzare comporta dotare le relazioni di:

- competenza tecnica,
- competenza relazionale,
- competenza emozionale,
- competenza etica,
- competenza spirituale,
- competenza culturale,
- efficacia, efficienza,
- gratificazione personale
- e promozione della salute olistica.



## Umanizzazione ed Equità







“

*Le donne hanno sempre dovuto lottare doppiamente. Hanno sempre dovuto portare due pesi, quello privato e quello sociale. Le donne sono la colonna vertebrale delle società*

*Rita Levi Montalcini*



***GRAZIE PER  
L'ATTENZIONE !***