

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 27 novembre 2019, n. 2176

Approvazione Progetto di ricerca: “Medicina di Genere: indicatori di esito e impatto economico sulla spesa sanitaria”.

Il Presidente, sulla base delle risultanze istruttorie espletate dal Responsabile P.O. del Servizio “Strategie e Governo Dell’Assistenza Ospedaliera” e confermate dal Dirigente della Sezione “Strategie e Governo dell’Offerta” riferisce.

Visti:

- il D.Lgs. 502/1992 s.m.i., all’art. 2, co. 1, attribuisce alle Regioni l’esercizio delle funzioni legislative ed amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera, nel rispetto dei principi stabiliti dalle leggi nazionali;
- la legge 11 gennaio 2018, n. 3, recante “Applicazione e diffusione della medicina di genere nel Servizio sanitario nazionale”, e in particolare il comma 1 che prevede che *“Il Ministro della salute, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano e avvalendosi del Centro nazionale di riferimento per la medicina di genere dell’Istituto superiore di sanità, entro dodici mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, predispone, con proprio decreto, un piano volto alla diffusione della medicina di genere mediante divulgazione, formazione e indicazione di pratiche sanitarie che nella ricerca, nella prevenzione, nella diagnosi e nella cura tengano conto delle differenze derivanti dal genere, al fine di garantire la qualità e l’appropriatezza delle prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale in modo omogeneo sul territorio nazionale”*;
- il Decreto del Ministero della salute del 13 giugno 2019 avente ad oggetto: *“Piano per l’applicazione e la diffusione della medicina di genere, in attuazione dell’articolo 3, comma 1, della legge 11 gennaio 2018, n. 3”*;
- il documento “Roadmap for action, 2014-2019. Integrating equity, gender, human rights and social determinants into the work of WHO” con il quale l’OMS identifica il “genere” come tema imprescindibile della programmazione sanitaria (Action Plan 2014-19).

Con il decreto del 13 giugno 2019 è stato adottato il Piano per l’applicazione e la diffusione della Medicina di Genere, previsto dall’articolo 3 della Legge 3/2018, approvato in Conferenza Stato-Regioni lo scorso 30 maggio.

Il predetto Piano, predisposto ai sensi dell’articolo 3, comma 1 della Legge 11 gennaio 2018 n. 3, si propone di fornire un indirizzo coordinato e sostenibile per la diffusione della Medicina di Genere mediante divulgazione, formazione e indicazione di pratiche sanitarie che nella ricerca, nella prevenzione, nella diagnosi e nella cura tengano conto delle differenze derivanti dal genere¹, al fine di garantire la qualità e l’appropriatezza delle prestazioni erogate dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN) in modo omogeneo sul territorio nazionale. Il Piano è articolato in due sezioni: la prima di inquadramento generale in cui viene spiegato cosa è la Medicina di Genere, gli ambiti prioritari d’intervento, l’importanza di un approccio di genere in sanità per una centralità della persona e viene presentata un’analisi del contesto internazionale e nazionale relativo alla Medicina di Genere. La seconda sezione si apre con i principi e gli obiettivi del Piano, segue la strategia di governance per la sua implementazione, quindi vengono declinate nel dettaglio le azioni previste per la realizzazione dell’obiettivo generale e degli obiettivi specifici per ciascuna delle quattro aree d’intervento in cui si articola il Piano: Area A) Percorsi clinici di prevenzione, diagnosi e cura, Area B) Ricerca e innovazione, Area C) Formazione e aggiornamento professionale, Area D) Comunicazione e informazione, specificando anche gli attori coinvolti e gli indicatori principali da utilizzare per ogni azione.

L'esigenza di questo nuovo punto di vista, da includere in tutte le specialità mediche, nasce dalla crescente consapevolezza delle differenze associate al genere, con il fine ultimo di garantire ad ogni persona, sia uomo che donna, la migliore cura, rafforzando ulteriormente il concetto di "centralità del paziente" e di "personalizzazione delle terapie".

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce il "genere" come il risultato di criteri costruiti su parametri sociali circa il comportamento, le azioni e i ruoli attribuiti ad un sesso e come elemento portante per la promozione della salute. Pertanto, in base a tali indicazioni, si definisce "medicina di genere" lo studio dell'influenza delle differenze biologiche (definite dal sesso) e socio-economiche e culturali (definite dal genere) sullo stato di salute e di malattia di ogni persona.

Con l'approvazione di tale Piano per la prima volta in Italia viene inserito il concetto di "genere" nella medicina, al fine di garantire in modo omogeneo sul territorio nazionale la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale. Nell'era della medicina personalizzata risulta quanto mai importante, anzi direi indispensabile, tenere conto delle numerose differenze osservate tra uomini e donne.

Il Piano è nato dall'impegno congiunto del Ministero della Salute e del Centro di riferimento per la Medicina di Genere dell'Istituto Superiore di Sanità con la collaborazione di un Tavolo tecnico-scientifico di esperti regionali in Medicina di Genere e dei referenti per la Medicina di Genere della rete degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) nonché di AIFA e AGENAS.

Oltre alla descrizione dello stato dell'arte della Medicina di Genere a livello nazionale e internazionale, il Piano indica gli obiettivi strategici, gli attori coinvolti e le azioni previste per una reale applicazione di un approccio di genere in sanità nelle quattro aree d'intervento previste dalla legge:

- Percorsi clinici di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione
- Ricerca e innovazione
- Formazione
- Comunicazione.

Il concetto di Medicina di Genere nasce dall'idea che le differenze tra uomini e donne in termini di salute siano legate non solo alla loro caratterizzazione biologica e alla funzione riproduttiva, ma anche a fattori ambientali, sociali, culturali e relazionali definiti dal termine "genere". L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce il "genere" come il risultato di criteri costruiti su parametri sociali circa il comportamento, le azioni e i ruoli attribuiti ad un sesso e come elemento portante per la promozione della salute. Le diversità nei generi si manifestano:

- ✓ nei comportamenti, negli stili di vita così come nel vissuto individuale e nel diverso ruolo sociale;
- ✓ nello stato di salute, nell'incidenza di molteplici patologie, croniche o infettive, nella tossicità ambientale e farmacologica, nelle patologie lavoro correlate, salute mentale e disabilità, in tutte le fasce di età (infanzia, adolescenza, anziani) e in sottogruppi di popolazione svantaggiata;
- ✓ nel ricorso ai servizi sanitari per prevenzione (screening e vaccinazioni), diagnosi, ricovero, medicina d'urgenza, uso di farmaci e dispositivi medici;
- ✓ nel vissuto di salute, atteggiamento nei confronti della malattia, percezione del dolore, etc. Pertanto, in base all'indicazione dell'OMS, si definisce Medicina di Genere lo studio dell'influenza delle differenze biologiche (definite dal sesso) e socio-economiche e culturali (definite dal genere) sullo stato di salute e di malattia di ogni persona. Infatti, molte malattie comuni a uomini e donne presentano molto spesso differente incidenza, sintomatologia e gravità. Uomini e donne possono presentare inoltre una diversa risposta alle terapie e reazioni avverse ai farmaci. Anche l'accesso alle cure presenta rilevanti disuguaglianze legate al genere.

Premesso che un approccio di genere debba essere applicato in ogni branca e specialità della medicina, ci sono alcuni settori – elencati di seguito – per i quali tale diffusione è da attivare in via prioritaria, in quanto

la valenza applicativa è stata già comprovata da evidenze cliniche, supportate dalla ricerca come ad esempio farmaci e dispositivi medici, malattie cardiovascolari, urologiche, malattie autoimmuni, infezioni virali e batteriche, malattie metaboliche, oncologia, ecc.

Pertanto, in coerenza con quanto espressamente previsto Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere, previsto dall'articolo 3 della Legge 3/2018, approvato in Conferenza Stato-Regioni lo scorso 30 maggio, è stato predisposto un progetto, allegato al presente provvedimento, che prevede il coinvolgimento di:

- A.Re.S.S. Puglia: dott.ssa Lucia Bisceglia;
- dott.ssa Anna Maria Moretti Referente regionale "Medicina di Genere";
- dott.ssa Antonella Caroli: Dipartimento "Promozione della Salute, del Benessere Sociale e Sport per Tutti";
- IRCCS "De Bellis" di Castellana Grotte;
- Università degli Studi di Bari "Aldo Moro", Facoltà di Economia – Dipartimento di Economia, management e diritto dell'impresa".

Alla luce di quanto sopra esposto, si propone di:

1. approvare il progetto avente ad oggetto: "Medicina di Genere: indicatori di esito e impatto economico sulla spesa sanitaria", di cui all'Allegato, parte integrante e sostanziale del presente schema di provvedimento, che avrà durata triennale (2020-2022);
2. costituire il Gruppo di lavoro per il monitoraggio dell'attuazione del progetto, così come di seguito composto:
 - a) A.Re.S.S. Puglia: dott.ssa Lucia Bisceglia;
 - b) dott.ssa Anna Maria Moretti Referente regionale "Medicina di Genere";
 - c) dott.ssa Antonella Caroli: Dipartimento "Promozione della Salute, del Benessere Sociale e Sport per Tutti";
 - d) Referente IRCCS "De Bellis" di Castellana Grotte;
 - e) Referente Università degli Studi di Bari "Aldo Moro", Facoltà di Economia – Dipartimento di Economia, management e diritto dell'impresa".

Il coordinamento del progetto è assegnato al referente A.Re.S.S.

3. stabilire che le risorse necessarie alla realizzazione del progetto verranno assegnate all'A.Re.S.S., rinviandone la copertura finanziaria al Documento di Indirizzo Economico Funzionale (DIEF) - anno 2020 con specifici finanziamenti od utilizzi ad utili anni precedenti dell'Agenzia.

COPERTURA FINANZIARIA AI SENSI DEL D.LGS. 118/2011

Il presente provvedimento non comporta implicazioni di natura finanziaria né di entrata né di spesa e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale.

Il Presidente relatore, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla giunta ai sensi della LR. N. 7/97 art.4, comma 4, lettera d), l'adozione del conseguente atto finale.

LA GIUNTA

- Udita la relazione e la conseguente proposta del Presidente;
- Viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dalla responsabile di P.O. e dai dirigenti di sezione;
- A voti unanimi espressi nei modi di legge.

DELIBERA

1. di approvare il progetto avente ad oggetto: “Medicina di Genere: indicatori di esito e impatto economico sulla spesa sanitaria”, di cui all’Allegato, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, che avrà durata triennale (2020-2022);
2. di costituire il Gruppo di lavoro per il monitoraggio dell’attuazione del progetto, così come di seguito composto:
 - a) A.Re.S.S. Puglia: dott.ssa Lucia Bisceglia;
 - b) dott.ssa Anna Maria Moretti Referente regionale “Medicina di Genere”;
 - c) dott.ssa Antonella Caroli: Dipartimento “Promozione della Salute, del Benessere Sociale e Sport per Tutti”;
 - d) Referente IRCCS “De Bellis” di Castellana Grotte;
 - e) Referente Università degli Studi di Bari “Aldo Moro”, Facoltà di Economia – Dipartimento di Economia, management e diritto dell’impresa”.

Il coordinamento del progetto è assegnato al referente A.Re.S.S.

3. di stabilire che le risorse necessarie alla realizzazione del progetto verranno assegnate all’A.Re.S.S., rinviandone la copertura finanziaria al Documento di Indirizzo Economico Funzionale (DIEF) - anno 2020 con specifici finanziamenti od utilizzi ad utili anni precedenti dell’Agenzia;
4. di notificare il presente provvedimento, per il tramite della Sezione “Strategie e Governo dell’Offerta” all’A.Re.S.S., al Direttore Generale dell’IRCCS “De Bellis” di Castellana Grotte, all’Università degli Studi di Bari “Aldo Moro”, Facoltà di Economia – Dipartimento di Economia, management e diritto dell’impresa”;
5. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul BURP.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
SILVIA PIEMONTE

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA
MICHELE EMILIANO

Progetto di ricerca
Medicina di genere: indicatori di esito e impatto economico sulla spesa sanitaria

A) Finalità

Negli ultimi anni, nell'ambito dei programmi di sanità pubblica e nella ridefinizione delle politiche sanitarie, particolare attenzione è stata posta alle azioni e agli interventi volti a promuovere la riduzione delle disuguaglianze, tra le quali quelle tra uomo e donna. In tale contesto, si è diffusa la cosiddetta "*Medicina di Genere*", considerata un nuovo ambito di applicazione e di studio della medicina, la quale si focalizza non solo alle differenze biologiche esistenti tra gli individui, ma ricomprende anche caratteristiche sociali, economiche, culturali, attitudinali, caratteriali e psichiche. La *Medicina di Genere* pone, dunque, la sua attenzione su tali fattori, poiché essi incidono, talvolta in misura significativa, sull'esordio, sull'evoluzione e, conseguentemente, anche sulla cura di diverse malattie: l'approfondimento di questi aspetti consente, perciò, di ricorrere a metodologie di analisi, di prevenzione e di cura, che possono essere differenti a seconda dei diversi fattori che influenzano la vita degli individui, siano essi uomini o donne.

In origine, la *Medicina di Genere* si è concentrata sulle differenze esistenti tra uomo e donna per l'individuazione delle attività di prevenzione, lo studio della manifestazione di determinate malattie, la capacità di reazione differente a seconda del sesso del soggetto colpito, la possibilità di rispondere in maniera differente (in termini di tempi e modalità) alle cure e alle terapie, la possibilità di individuare diverse terapie a seconda della sintomatologia presentata dagli individui. Successivamente, questa branca della medicina ha esteso la visione introducendo ulteriori variabili di indagine. In altri termini, è stata superata la nozione tradizionale di "genere", inteso come insieme di caratteristiche biologiche ed immutabili, che identificano l'uomo e la donna; il "genere", dunque, non è più indissolubilmente legato alla caratteristica del sesso dell'individuo (maschile o femminile).

Infatti, con l'espressione "*Medicina di Genere*" si fa riferimento alle ricerche in ambito medico-sanitario e alle cure e terapie sviluppate in base al genere di appartenenza, che non deve essere inteso in quanto tale solo ed esclusivamente da un punto di vista fisiologico ed anatomico, ma con riferimento a differenze biologiche, sociali, etniche, psicologiche e culturali (Siliquini, 2008).

L'introduzione di questa nozione estesa di genere è finalizzata a realizzare una attività di prevenzione, diagnosi e cura differente in relazione alle caratteristiche individuate: ad esempio, molte patologie, sebbene comuni al genere maschile e femminile, in realtà possono essere diagnosticate con manifestazioni e sintomi diversi e possono essere curate in maniera differente. La medicina non tiene più in considerazione la sola differenza biologica tra uomo e donna, ma analizza una molteplicità di dati, al fine di realizzare un intervento medico mirato e specifico in base alle caratteristiche del paziente, introducendo una vera e propria nozione di "personalizzazione della medicina", in modo da rispondere puntualmente alle esigenze sanitarie della popolazione.

Il genere, così inteso, può diventare una strategia nell'ambito del Sistema Sanitario Nazionale, ovvero un metodo di studio e di analisi con cui definire la programmazione sanitaria e garantire una maggiore efficienza della stessa.

Ciò rende necessaria la promozione di un'attività di ricerca scientifica, che concentri l'attenzione sullo studio delle patologie maschili e femminili, individuando rispettivamente attività di



prevenzione, fattori di rischio più comuni, strategie di intervento, in modo da realizzare una programmazione sanitaria *ad hoc*.

Così come di recente affermato da un'autorevole studiosa della medicina di genere, "nei decenni passati lo sviluppo della medicina è stato basato su studi condotti quasi esclusivamente su maschi, secondo il pregiudizio scientifico che uomini e donne fossero equivalenti. Dagli anni Novanta, la medicina tradizionale ha subito una profonda evoluzione attraverso un approccio innovativo che mira a studiare l'impatto delle variabili biologiche, ambientali, culturali e socio-economiche sulla fisiologia, sulla patologia e sulle caratteristiche cliniche delle malattie. La necessità che la Medicina di Genere costituisca parte integrante dei percorsi formativi è convinzione condivisa dalla comunità scientifica. È fondamentale inserire nei piani formativi sanitari aziendali indicatori di genere, attuare una formazione continua del personale operante in sanità come strumento essenziale per il miglioramento professionale. L'OMS riconosce oggi il genere come uno dei determinanti fondamentali di salute e lo considera tema imprescindibile della programmazione sanitaria"¹ (La medicina di genere: percorsi di diagnosi e terapia a misura di donna, 3 marzo 2019, Moretti A.).

La finalità del presente progetto è quella di indagare su un fenomeno emerso di recente nell'ambito degli studi medici e scientifici, individuando una serie di indicatori di esito e quindi di risultato, utili a valutare in maniera immediata, efficace ed efficiente, le politiche sanitarie, le attività di prevenzione e di cura. In tal maniera, sarà possibile prevedere azioni mirate, quanto più personalizzate, volte alla tutela della salute degli individui, attraverso la proposizione di azioni specifiche allo studio di determinati fenomeni e patologie che si manifestano in maniera differente a seconda del genere degli individui. Inoltre, il progetto mira a misurare gli impatti economici delle "politiche sanitarie di genere", non ancora noti. Si cercherà di stimare, da un lato, l'incidenza sulla spesa sanitaria dei costi derivanti dallo sviluppo di tali politiche e dall'altro, l'incremento della "speranza di vita".

B) Contenuto

Così già osservato, la *Medicina di Genere* studia le differenze nella diagnosi, nello sviluppo delle patologie, nel trattamento e nelle cure tra uomo e donna; tali differenze si manifestano non solo con riferimento alla diversa formazione biologica, ma sono legate anche ad una concomitanza di concause, cioè a fattori sociali, culturali, ambientali, relazionali.

La distinzione tra sesso e genere è di fondamentale importanza; i due termini non sono sinonimi. Il sesso rappresenta la distinzione biologica esistente tra l'uomo e la donna, differenza che non varia nel tempo. Al contrario, il genere, rappresenta un approccio ben più ampio che va ben oltre la distinzione biologica, ricomprendendovi variabili psicologiche, sociali, ambientali, che hanno un impatto sulla sanità, in termini di prevenzione, di terapia e di cure, le quali tutte devono essere differenti non solo in base al sesso, ma anche in base a condizioni ulteriori.

¹ La Prof.ssa Annamaria Moretti è Presidente della Società Italiana di Medicina di Genere (GISEG), componente della commissione di esperti in medicina di genere presso l'Istituto Superiore di Sanità e responsabile presso l'Ospedale Santa Maria dell'Ambulatorio di malattie respiratorie - GVM.

Pertanto, a differenza della variabile biologica che rimane sempre la stessa nel tempo, le altre tendono a modificarsi in seguito ai cambiamenti socio-economici e politici della società e al cambiamento delle condizioni di vita personali dei singoli individui.

Così come sottolineato nel Piano Nazionale della Medicina di Genere, le differenze di genere rilevano in moltissime situazioni, nei differenti stili di vita e nelle capacità economiche, fenomeni che incidono nel ricorso ai servizi sanitari e quindi nelle attività di prevenzione e di cura.

Nel corso della storia, la donna si è sempre trovata a vivere in una condizione di disparità rispetto all'uomo. Solo nel 1980, si inizia ad attribuire maggiore importanza alla donna, prendendo in considerazione la cosiddetta "questione femminile"², che vedeva la donna portatrice di un ruolo che andava oltre la sua natura fisiologica e gli aspetti legati alla riproduzione, cosa che fino ad allora, aveva generato un'enorme divario clinico-terapeutico tra uomo e donna poiché, per quest'ultima, gli interventi diagnostici e terapeutici erano molto ridotti rispetto agli uomini.

Bisogna aspettare la fine del 1900 affinché la medicina adotti un approccio più innovativo e trasversale, "mirato a studiare l'impatto del genere" (Il Ministero della Salute, 2016, pag. 1), con tutte le variabili che lo caratterizzano. Per la prima volta nel 1991 la dottoressa Bernardine Healy, nel suo lavoro "*The Yentl syndrome*", pone in evidenza come su una patologia medica vi sia stata una differente attenzione clinico-sanitaria, una diversa attenzione sugli interventi di diagnosi e terapia tra uomini e donne: in effetti alle donne era stato fino ad allora dedicato un approccio clinico-terapeutico inferiore rispetto agli uomini, evidenziando un ulteriore caso di disparità tra i due sessi (Il Ministero della Salute, 2016).

Da allora in poi, l'obiettivo fondamentale della *Medicina di Genere* è stato quello di studiare come le differenze di genere incidano sullo stato di salute dell'individuo: uomini e donne, pur avendo molto spesso le medesime patologie, presentano sintomi diversi e dunque necessitano di trattamenti differenti tra loro.

Da ciò deriva la necessità di ampliare gli orizzonti di analisi in ambito medico; non si deve parlare più di differenza di sesso, ma di differenza di genere; è necessario svolgere un'indagine che tenga delle molteplici variabili: sesso, cultura, attività lavorativa, capacità economiche, vita sociale, luogo di vita, fattori psicologici, aspetti relazionali, ambiente di lavoro, livello di stress, abitudini di vita tra cui utilizzo di alcol, fumo, vita sedentaria, dieta, peso corporeo, tipologia di lavoro svolto, esposizione a rischi particolari. Il fine è garantire ad ogni individuo, sia esso uomo o donna, una migliore attività di prevenzione, di cura, di profilassi e di personalizzazione delle terapie, certamente realizzando in questa maniera un miglioramento del benessere collettivo.

In questa ottica allargata del "genere", in alcuni studi recenti quale quello condotto da Doyal nel 2010, si è visto come le donne abbiano un vantaggio sulla salute rispetto agli uomini dovuto al loro "patrimonio biologico", ma questo vantaggio di cui esse sono dotate per natura viene azzerato dal cattivo stile di vita e anche dalla atavica trascuratezza che le ha da sempre penalizzate (Doyal, 2010).

Altri studi hanno evidenziato come la "differenza di genere" (e non più solo di sesso) sia una variabile di fondamentale importanza in ambito medico: studiosi tra cui Rosaria Vari, Beatrice Scazzocchio e Sara Del Papa, dell'Unità di nutrizione del Centro per la Medicina Genere Specifica dell'Istituto Superiore di Sanità, nel loro lavoro "*Dietary habits and gender differences*" evidenziano come la differenza di genere possa influenzare i diversi stili di vita e di conseguenza i comportamenti alimentari e metabolici, in relazione al metabolismo del grasso, diverso tra uomini e



donne, dovuto in parte alle differenze ormonali e dunque al diverso comportamento alimentare (Vari *et al.*, 2017).

Altri studiosi nonché medici dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma, tra cui Alberto Villani, Isabella Tarissi De Jacobis, Francesca De Gennaro e Giulia Ceglie, si occupano di identificare le specificità di genere nell'ambito pediatrico. Molto spesso le differenze di genere riguardano la risposta alle infezioni ai vaccini e al rischio di patologie autoimmuni e infiammatorie (Villani *et al.*, 2017).

Attualmente la *Medicina di Genere* si focalizza sul modo in cui le differenze di sesso possono indurre particolari patologie, si focalizza sullo studio dei sintomi, sulla compromissione degli organi, sulle possibili attività di prevenzione, cercando di individuare cure e terapie specifiche in base alle caratteristiche biologiche dell'individuo, al fine di ottenere risultati clinico-sanitari più efficaci, nonché di consentire un miglior utilizzo delle risorse a disposizione.

La *Medicina di Genere* rappresenta quindi un argomento di forte interesse per il Sistema Sanitario Nazionale, il cui obiettivo è quello di individuare le caratteristiche biologiche sì, ma anche sociali, culturali, ambientali, economiche che influenzano lo stato di salute o di malattia di un determinato soggetto, superando così le disparità tra uomo e donna che si sono manifestate negli anni.

C) Evoluzione Normativa

I primi interventi normativi sulla *Medicina di Genere* sono piuttosto recenti: negli anni '80 l'Organizzazione delle Nazioni Unite (ONU) è intervenuta con apposita Convenzione "*Committee on the Elimination of Discrimination against Women*" al fine di promuovere forme di uguaglianza tra uomo e donna e superare le disparità di trattamento da sempre esistite, favorendo l'uguaglianza di entrambi i sessi, eliminando forme di discriminazione delle donne nell'ambito delle cure sanitarie e assicurando l'accesso ai servizi sanitari senza limitazione alcuna derivante da una differenza di sesso.

Nel 1995 si è tenuta a Pechino la quarta Conferenza ONU sulle Donne, in cui sono state denunciate le disuguaglianze che le donne subiscono in tema di salute rispetto agli uomini ed è stata promossa la parità fra uomini e donne. Dalla conferenza di Pechino il principio delle pari opportunità e la variabile del genere iniziano a diventare parte integrante delle azioni sanitarie, reinterpretate dal punto di vista economico, sociale e psicologico.

Nel 1997 la Comunità Europea ha pubblicato il rapporto "*Lo stato di salute delle donne europee*", in cui si identificano una serie di indicatori circa lo stato di salute delle donne in Europa; negli anni 2000, l'intervento dell'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità o World Health Organization) riconosce la necessità di adeguare le cure e le terapie in base al genere del paziente e non soltanto in base al sesso.

Negli anni successivi è stato creato per la prima volta il Dipartimento per il Genere e la salute della donna, riconoscendo ufficialmente come sia importante estendere l'aspetto clinico-terapeutico non solo all'uomo ma anche al "genere femminile", promuovendo uguaglianza ed equità tra donne e uomini in tema di salute.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità è poi intervenuta con lo scopo di promuovere programmi di ricerca e sviluppo nell'ambito della strategia di ciascuna Nazione, al fine di individuare sempre



più velocemente nuovi farmaci, nuove terapie e nuove cure studiate in base al “genere” del paziente, introducendo in sostanza “genere” come parte della programmazione 2014-2019.

Nel corso del 2007 nascono le prime organizzazioni sulla medicina di genere: la Comunità Europea fonda l'European Institute of Women's Health (EIWH) e, successivamente, nel 2011 l'European Institute for Gender Equality (EIGE), istituti, questi, che considerano sempre più il genere come la variabile su cui puntare negli studi in medicina.

Per superare le disuguaglianze di genere tra uomini e donne, nel 2010 si ha un ulteriore intervento da parte della Comunità Europea che, attraverso la “*Carta delle Donne*”, mira proprio a raggiungere una situazione di equilibrio e uguaglianza tra i due sessi.

La *Medicina di Genere* ha però acquisito particolare importanza a partire dal 2017, quando a Bruxelles il Parlamento Europeo ha tenuto la Tavola rotonda “*Towards a gender sensitive medicine: matters, tools and policies. Good practices from Italy and Germany*”, promossa dalle Deputate Elena Gentile (Europa) e Paola Boldrini (Italia), con lo scopo di promuovere scambi di pareri sulla *Medicina di Genere* e favorirne l'inclusione nelle politiche sanitarie di tutti gli Stati Membri dell'Unione Europea, considerando le buone pratiche implementate in Italia e in Germania a supporto dell'elaborazione di *policies* e progetti clinico-terapeutici, al fine di diffondere un approccio di genere nelle politiche e nelle strategie dei Sistemi Sanitari di ciascuno Stato Membro (Salmi, 2017).

A seguito di tale evento, in Italia si è tenuto il convegno “*Formare una medicina attenta alle differenze sessuali e al genere*”, nel quale è stata sottolineata l'importanza delle differenze di genere in ambito medico, finalizzato ad ottenere uno studio più approfondito della materia.

In Italia i primi interventi normativi attinenti alla *Medicina di Genere* risalgono alla fine degli anni '90: nel 1998 il Ministro per le Pari Opportunità ha dato avvio al progetto “*Una salute a misura di donna*”, con l'obiettivo di superare le disparità di genere esistite fino a quel momento. Negli anni successivi, il Ministro della Salute ha emanato delle Linee Guida aventi lo scopo di promuovere una sperimentazione clinico-sanitaria basata sulla *Medicina di Genere*.

Successivamente, è stato istituito il primo Osservatorio Nazionale della Salute della donna, iniziativa promossa dal Ministero della Salute, attraverso cui viene ufficialmente riconosciuta l'importanza di superare le disparità esistenti tra i sessi in tema di medicina, con lo scopo particolare di studiare lo stato di salute della donna, i rischi a cui viene esposta, la prevenzione, le cure e le terapie ad essa idonee per garantire il suo stato di salute. L'Istituto Superiore di sanità ha, poi, creato un gruppo di lavoro che si occupa delle differenze biologiche, coinvolgendo 25 unità operative del territorio nazionale sui seguenti temi:

- immunità ed endocrinologia;
- malattie dismetaboliche e cardiovascolari;
- malattie iatrogene e reazioni avverse;
- ambiente di lavoro;
- determinanti della salute della donna (Il Ministero della Salute, 2016).

Anche in Italia, dunque, si inizia ad intravedere un concetto ben più ampio di “genere”, basato non soltanto sulla distinzione di sesso, ma anche comprensivo di variabili di natura sociale e ambientale, culturale, economica, variabili che impattano sullo stato di salute dell'individuo.



Nel 2005 il Ministro della Salute dell'epoca ha promosso un tavolo tecnico per l'emanazione di apposite linee guida in merito alle sperimentazioni clinico-farmacologiche sull'approccio di genere, con la partecipazione di numerose istituzioni, tra cui l'ISS (Istituto Superiore di Sanità), l'AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco), l'AgeNaS (Agenzia Nazionale per i Servizi sanitari regionali), l'Università di Sassari e la Società Italiana di Farmacologia. Nel 2007 è stata istituita la Commissione Salute delle Donne da parte del Ministero della Salute e per la prima volta sono stati concessi finanziamenti destinati alla Medicina di Genere, attraverso la pubblicazione di Bandi di Ricerca *ad hoc* (Signani, 2015).

Nel 2008 è stato approvato il Comitato Nazionale di Bioetica, il cui obiettivo è quello di promuovere una maggiore sperimentazione farmacologica sulle donne, garantire un'equa ripartizione tra i due sessi nelle sperimentazioni cliniche e ridurre, in tal modo, l'incidenza delle malattie sulla salute non solo degli uomini, ma anche delle donne, senza preferenza alcuna.

Nello stesso anno, il Comitato Nazionale per la Bioetica ha pubblicato il rapporto *“La Sperimentazione Farmacologica sulle Donne”* ed è partito il progetto *“La Medicina di Genere come Obiettivo Strategico per la Sanità Pubblica: l'Appropriatezza della cura per la Tutela della salute della Donna”*. Per la prima volta, quindi, si inizia a parlare di *Medicina di Genere* non più guardando alla salute della donna, ma come politica strategica per il Sistema Sanitario Nazionale.

Ancora, nel corso del 2008 è stata organizzata la Tavola rotonda su *“La medicina di genere, un'occasione da non perdere”*, insieme alla pubblicazione di tre Rapporti sulla salute delle donne da parte del Ministero della Salute in collaborazione con la Commissione sulla Salute delle Donne.

Nel corso degli anni, numerose sono state le iniziative a favore della *Medicina di Genere*: per esempio, a partire dal 2011, l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) ha istituito un apposito Gruppo di Lavoro su *“farmaci e genere”*, apportando come contributo fondamentale l'introduzione del parametro *“equità di genere”* tra i criteri di valutazione adottati.

Notevole, inoltre, il contributo dell'ISTAT nel raccogliere, elaborare e fornire statistiche sanitarie e informazioni legate alla salute degli individui, suddivisi in base al sesso, volte ad individuare sia patologie comuni sia patologie difformi e dunque sia trattamenti simili sia trattamenti differenti (Il Ministero della Salute, 2016).

Il decreto legge *“Omnibus”* approvato nel 2011, rappresenta un riferimento normativo molto importante nell'ambito della legislatura italiana, poiché per la prima volta tratta il tema della *Medicina di Genere*.

Altra tappa di fondamentale importanza è rappresentata dalla presentazione nel 2013 di due proposte di legge in tema di *“Norme in materia di medicina di genere”*, il cui iter non è stato completato. La propensione del Governo Italiano è quella di adottare disposizioni volte a riconoscere la *Medicina di Genere* con inserimento di specifici riferimenti nel Piano Sanitario Nazionale, con corsi di formazione universitaria, con campagne di informazione, con l'istituzione di un Osservatorio Nazionale, con la promozione della ricerca (Il Ministero della Salute, 2016, pag. 17).

Numerose le iniziative, i contributi, i convegni organizzati per sviluppare le principali tematiche sulla *Medicina di Genere*, la FNOMCeO (Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici) ha istituito la Commissione nazionale di Medicina di Genere e, proprio a Bari, nel 2015, è stato lanciato il progetto pilota *“Osservatorio sulla Medicina di Genere”*.

La *Medicina di Genere* inizia a diffondersi anche in molti Atenei Italiani: sin da subito attive le Facoltà di medicina dell'Università degli Studi di Padova, in cui per la prima volta si introduce la



Cattedra di Medicina di Genere, l'Università di Sassari, che attivato l'insegnamento di farmacologia di genere), nonché gli Atenei di Siena, Ferrara, e Firenze.

Il riferimento normativo più importante nell'ambito della *Medicina di Genere*, risale al 2018 con la legge n. 3/2018 "*Applicazione e diffusione della Medicina di Genere nel Servizio Sanitario Nazionale*", meglio conosciuta come "Decreto Lorenzin". Con il citato decreto viene introdotto il termine "genere" in ambito medico e viene riconosciuto al Ministero della Salute, in cooperazione con l'Istituto Superiore di Sanità, il compito di occuparsi della definizione di una strategia sanitaria al fine di promuovere la *Medicina di Genere*, attraverso l'identificazione, la promozione e la divulgazione di *best practices* medico-sanitarie basate sulla differente attività di prevenzione, diagnosi, cura e terapia che tengano conto delle differenze derivanti dal genere, non solo sessuale, dei pazienti.

È proprio grazie alla legge Lorenzin che oggi si stanno attivando numerose iniziative e programmi volti a definire diagnosi, cure e trattamenti differenziati e personalizzati, al fine di migliorare la qualità delle pratiche sanitarie.

La Legge n. 3/2018, rappresenta una svolta nel nostro Paese poiché definisce per la prima volta un Piano Nazionale per la diffusione della *Medicina di Genere*, fornendo una linea di indirizzo comune, attraverso la divulgazione, la formazione e l'indicazione di pratiche medico-sanitarie, sviluppo della ricerca, prevenzione, diagnosi e cura, con l'obiettivo di rafforzare la qualità delle prestazioni erogate dal Servizio Sanitario Nazionale su tutto il territorio.

Allo scopo di far funzionare in maniera efficiente e coordinata tale "macchina organizzativa", il decreto ha previsto la formazione di gruppi tecnici regionali e la creazione di un apposito *Osservatorio*, che dovrà supervisionare e vigilare la corretta applicazione di detto Piano da parte delle Regioni.

Tale Piano Nazionale è ripartito in due sezioni differenti: la prima, più generale, in cui viene inquadrata la *Medicina di Genere*, i suoi principali ambiti di applicazione, le priorità da seguire negli interventi da realizzare, l'analisi del contesto nazionale ed internazionale di riferimento; la seconda sezione risulta essere più specifica, poiché identifica i principi e gli obiettivi del Piano, le modalità di realizzazione, la strategia da adottare, nonché quattro linee di intervento suddivise per aree, e cioè:

- A) Percorsi clinici di prevenzione, diagnosi e cura;
- B) Ricerca e innovazione;
- C) Formazione e aggiornamento professionale;
- D) Comunicazione e informazione, specificando gli attori coinvolti e gli indicatori di sintesi indispensabili per le linee di azione da adottare (Piano Nazionale, pag. 3).

Il Piano Nazionale identifica alcuni ambiti specifici di intervento, necessari per rivalutare i percorsi clinici-terapeutici al fine di migliorare le conoscenze e le linee di azione a tutela della salute e della prevenzione, basandosi sulle differenze di genere:

- Farmaci e dispositivi medici, poiché le differenze biologiche di genere (in termini di peso, composizione corporea, ormoni) influenzano diversamente l'assorbimento, la distribuzione o l'eliminazione dei farmaci nel corpo umano e, pertanto, l'efficacia di un farmaco si rileva diversamente a seconda dei sessi. Anche per la predisposizione e realizzazione di

dispositivi medici si rende necessaria una personalizzazione in base alle differenze di genere di natura anatomica e funzionale;

- Malattie cardiovascolari, neurologiche, malattie dell'osso, psichiatriche, respiratorie, autoimmuni: in questi casi le patologie si manifestano con caratteristiche differenti a seconda che si tratti di uomo o donna, con impatto e conseguenze differenti sulla salute umana;
- Malattie dermatologiche, vaccini, infezioni virali e batteriche, malattie metaboliche, oncologia e disordini dello sviluppo sessuale: anche in questi casi, le malattie infettive, le infezioni virali, le malattie metaboliche, che derivano da una differente composizione corporea tra uomini e donne, comportano conseguenze differenti sullo stato di salute dell'uomo e della donna (Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere, 2019).

La seconda sezione del Piano attuativo della Legge identifica per ciascuno dei quattro ambiti di intervento su menzionati, i compiti, gli obiettivi e gli attori nonché la definizione di azioni che consentono di raggiungere gli obiettivi specifici del Piano stesso.

Le azioni sono demandate alle Regioni e pertanto è prevista una organizzazione a livello locale: ciascuna Regione dovrà individuare un referente per la *Medicina di Genere* e contestualmente un tavolo tecnico che avrà una duplice funzione, cioè da un lato valutare le attività svolte dai diversi attori coinvolti nel processo di sperimentazione e promozione della *Medicina di Genere* e, dall'altro, elaborare apposite linee guida e di indirizzo per promuovere un'azione coordinata sulla tematica in oggetto, al fine di ridurre le disuguaglianze di genere, considerando il genere (e non più solo il sesso) come la nuova variabile per gli sviluppi dei piani clinico-terapeutici e per la sperimentazione dei processi farmacologici.

Il referente regionale di *Medicina di Genere* dovrà promuovere e coordinare le politiche a livello regionale, partecipare ai tavoli tecnici, promuovere le linee strategiche e di intervento; il Gruppo tecnico regionale, invece, dovrà redigere un documento annuale riassuntivo delle attività svolte e individuare indicatori di esito in grado di fornire supporto nella raccolta ed elaborazione delle informazioni. Fondamentale sarà l'attivazione sul portale della Regione di un'area dedicata alla *Medicina di Genere*, nonché l'identificazione di obiettivi specifici per ogni Azienda Sanitaria e per i Direttori Generali di esse (Medicina di genere. Dai farmaci alle malattie fino alla formazione del personale e alla ricerca: arriva il Piano Nazionale per la diffusione, 29 maggio 2019).

Allo scopo di realizzare in maniera efficace ed efficiente l'applicazione del Piano a livello locale, sono state definite una serie di linee guida uniformi a livello nazionale, al fine di coordinare le azioni sulla *Medicina di Genere*. In particolare, oltre all'individuazione di un Ente, ossia l'Osservatorio, per la vigilanza sull'applicazione delle regole, stabilite al fine di introdurre la *Medicina di Genere* e favorirne la diffusione, il Piano Nazionale prevede una serie di azioni che devono essere rispettate a livello regionale. A tale scopo, sono previste collaborazioni tra le Istituzioni centrali quali il Ministero della Salute, ISS, AgeNaS, AIFA e le istituzioni locali, tra cui la Conferenza Stato Regioni e i tavoli tecnici regionali.



Indicatori di risultato

La *Medicina di Genere* rappresenta un'evoluzione degli studi in Medicina, andando ben oltre la distinzione biologica tra i sessi ed estendendo il campo d'indagine ad ulteriori variabili, che misurano le disuguaglianze sociali, quali, a titolo esemplificativo, caratteristiche sociali, culturali, economiche e territoriali.

Dagli studi condotti in ambito medico, le disuguaglianze sociali sopra indicate connesse alla salute sono spesso ricondotte a tre principali spiegazioni:

- la prima è connessa a un processo di selezione sociale, secondo cui coloro che non godono di buona salute tendono ad intraprendere percorsi di mobilità sociale discendenti;
- la seconda afferma che le condizioni di salute peggiorano in risposta a scelte prettamente individuali, espresse in termini di stili di vita e comportamenti (spiegazione comportamentale);
- infine, secondo la spiegazione cosiddetta strutturalista lo *status* sociale influenza la salute in quanto da esso dipende l'esposizione a fattori psicosociali (status sociale, esclusione, stress, ecc., ...) e materiali (condizioni abitative, occupazioni rischiose, inquinamento, ecc., ...), riconosciuti, da alcuni autori, come cause di patologie (Blane *et al.*, 1997; Blane, 1985; Link e Phelan, 1995; Cardano, 2008; Macintyre, 1997).

Le condizioni sociali sono dunque cause fondamentali delle malattie in quanto implicano l'accesso a risorse che aiutano l'individuo ad evitare le malattie e le loro conseguenze negative attraverso una pluralità di risorse, non solo economiche, ma anche di potere, conoscenza, tempo e capitale sociale (Brunner e Marmot, 2006; Krieger, 2001).

In generale, la salute è influenzata sia dalla condizione socio-economica sia dalle caratteristiche demografiche quali, a titolo esemplificativo età, etnia, genere ecc.... (Costa *et al.*, 1994; White, 2002).

Per spiegare la relazione tra *status* sociale e salute è necessario considerare entrambi i fattori, non trascurando il fatto che essi agiscono con un peso diverso a seconda del livello gerarchico sociale (Macintyre, 1997).

L'occupazione, l'istruzione, le misure di benessere economico, ovvero una combinazione di questi, esprimono una misura dello *status* sociale di ciascun individuo. Tali indicatori incidono sulla salute sia indipendentemente l'uno dall'altro, sia mediante interazione fra gli stessi (Lehema *et al.*, 2004).

Tra gli indicatori socioeconomici, il lavoro ricopre un ruolo fondamentale nella vita dei singoli e di riflesso incide sulla loro salute. Se da un lato il lavoro garantisce reddito e opportunità di vita, dall'altro rappresenta una fonte di gioia o frustrazioni (Marmot, 2004). Infatti, così come le conseguenze economiche e psicosociali derivanti dallo stato di disoccupazione incidono negativamente sulla salute (Wilkinson e Marmot, 2003; Marmot, 2004), anche lo stato di occupazione può avere effetti positivi e negativi sulla salute di un individuo. Ciò dipende innanzitutto dalle condizioni e dall'ambiente di lavoro, che possono impattare direttamente sulla salute, in particolare in presenza di occupazioni poco qualificate. Il riferimento è al grado di fatica fisica, esposizione a materiali dannosi (polveri, sostanze chimiche), rumore e altri fattori.

In generale, gli elementi caratterizzanti le occupazioni poco qualificate, che incidono negativamente sulla salute sono riconducibili a due macroaree: inadeguatezza delle ricompense ricevute e un basso grado di controllo sulla propria mansione (Blane, 1985; Wilkinson e Marmot, 2003). Lo stress sul

lavoro può dipendere non tanto da responsabilità e scadenze, tipici di lavori impegnativi, quanto piuttosto da monotonia ovvero dalla mancata possibilità di realizzazione personale ed economica. Tra le malattie professionali rientrano anche le azioni di mobbing (Marmot, 2004).

Oltre a quanto succitato, anche le preoccupazioni economiche connesse alla precarietà rappresentano fattori di stress che incidono negativamente sullo stato di salute (Aneshensen, 1992; Brunner e Marmot, 2006).

Oltrepassando le occupazioni retribuite, il lavoro domestico presenta effetti negativi sulla salute delle donne perché è emotivamente e fisicamente stancante e comporta meno tempo per sé e per il proprio riposo (Facchini e Ruspini, 2001). Anche tale ultimo aspetto ha effetti differenti al variare delle classi sociali: infatti, coloro che godono di una migliore condizione economica, possono attenuare gli effetti negativi impiegando terzi soggetti che svolgano le faccende domestiche, ovvero badino ai figli. L'occupazione femminile potrebbe contrastare le disuguaglianze di reddito e di riflesso, di salute (Warner, 2015). Tuttavia, tale aspetto potrebbe avere nuovi effetti negativi sulla salute delle donne derivante dalla combinazione di rischi da lavoro e rischi da carico familiare.

Un altro indicatore di risultato, espressione della posizione sociale dell'individuo, è il reddito. Quest'ultimo consente agli individui di condurre uno stile di vita agiato, scegliendo buone zone di residenza, conducendo una vita sociale attiva, ma anche per poter avere una buona dieta. Le scelte degli individui dipendono principalmente dal proprio reddito; infatti, da situazioni di disagio economico possono derivare effetti negativi sulla salute connessi al dover vivere in abitazioni umide o sovraffollate, a risiedere in zone caratterizzate da alti livelli di inquinamento (ad esempio adiacenti a grandi complessi industriali) o ad avere difficoltà a seguire una dieta sana (Blane *et al.*, 1997).

Seppur il reddito sia collegato alla possibilità di decidere che vita condurre, con relativi riflessi sulla salute, non è detto che il trade-off costo-qualità sia sempre valido (Feinstein, 1993). Quanto detto è infatti direttamente correlato ai servizi necessari offerti dalla società in cui si vive, quali, a titolo esemplificativo, istruzione, trasporti, sanità, attività ricreative (Marmot, 2004).

Tuttavia, a livello individuale e da un punto di vista psico-sociale, la relazione tra reddito e salute esiste sempre: situazioni di povertà comportano preoccupazioni, ansie ed insicurezze che, se ripetute nel tempo, impatteranno negativamente sia il sistema immunitario che quello cardiovascolare (Wilkinson e Marmot, 2003; Marmot, 2004). In aggiunta, alla deprivazione economica si associa spesso l'esclusione sociale e l'isolamento, che hanno potenti effetti negativi sulla salute.

Anche il livello di istruzione è un altro fattore caratterizzante la posizione sociale dell'individuo. Sovente a un basso titolo di studio si associano condizioni occupazionali ed economiche svantaggiate, con conseguenti riflessi negativi per la salute (Robert e House, 2000).

La formazione scolastica fornisce agli individui le risorse necessarie a manipolare l'ambiente in cui vivono, influenzando il senso di controllo e auto-efficacia e contrastando sentimenti di ostilità e depressione (Lynch *et al.*, 1997; Ross e Mirowsky, 1999; DHSS, 1980).

L'educazione oltre a rafforzare la capacità di *problem solving* e di prendere decisioni, svolge un ruolo fondamentale nel cosiddetto *self-management of disease*, ossia la capacità di prefigurare le conseguenze future di un certo comportamento (Smith, 2004). Tutti questi fattori possono avere effetti rilevanti sulla salute umana.

A sostegno di quanto finora detto, la teoria del capitale umano ritiene che l'educazione scolastica può agire sulla salute non solo condizionando il lavoro e di riflesso il reddito, ma anche una



pluralità di altri percorsi, che contribuiscono a formare la personalità dell'individuo, indirizzandolo all'impegno e al lavoro, ad avere fiducia in sé stessi e senso di controllo sulla propria vita (Becker, 1964; Hyman, Wright e Reed, 1976). Contrariamente, l'approccio "credenzialista" ritiene che l'istruzione agisca sulla salute semplicemente perché porta vantaggi in termini occupazionali. Infine, un ultimo aspetto legato all'istruzione riguarda il prestigio della scuola frequentata, in termini di migliori credenziali e network – più efficaci per trovare lavoro -, nonché capacità di plasmare comportamenti che possano avere conseguenze importanti sulla salute (Ross e Mirowsky, 1999). L'istruzione non incide solamente in quanto titolo di studio utile a ricercare una buona occupazione, ma anche e soprattutto perché è in grado di influire sugli stili di vita del soggetto.

Alla luce di quanto precedentemente affermato, è evidente che lo stress ricopre un ruolo fondamentale nel rapporto tra posizione sociale e salute. Lo stress può derivare da tensioni lavorative o economiche, dall'aver poca fiducia in sé stessi e scarso controllo sulla propria vita, da sensazioni di discriminazione o isolamento sociale (Pearlin, 1989).

Qualunque sia l'età del soggetto indagato, coloro che hanno basso reddito e basso livello di istruzione soffrono maggiormente lo stress finanziario (Lantz *et al.*, 2005). I fattori succitati, unitamente alle caratteristiche ambientali percepite come stressanti (crimini, insufficienza dei servizi offerti dalla società in cui si vive, discriminazioni) impattano tanto sulla salute fisica, quanto su quella mentale, facilitando l'insorgere di problemi psicologici e disordini quali depressione, abusi di sostanze, utilizzo di alcool, fumo, droga, etc (Lantz *et al.* 2005).

Lo stress derivante da discriminazioni di sesso o di etnia si ripercuote nel tempo ed è probabile che chi è stato vittima di discriminazione viva in uno stato d'ansia per l'anticipazione di eventi futuri ed incerti. Inoltre, da un iniziale fattore di stress si possono generare successivi eventi stressanti: eventi improvvisi e violenti impattano sulla salute non solo perché si radicano nella mente degli individui, ma anche perché possono generare stress successivi (Pearlin *et al.*, 2005).

Lo stress, in conclusione, è senz'altro uno dei fattori più importanti per spiegare l'esistenza di disuguaglianze sociali nella salute.

La salute di ciascun individuo può essere impattata oltre che dalla posizione sociale del singolo e, dunque, dalle caratteristiche individuali come occupazione, istruzione e reddito, anche dalle caratteristiche del contesto in cui vive, considerando le relazioni sociali intrattenute dal singolo e l'ambito territoriale di residenza.

In relazione al primo aspetto, il gruppo di riferimento, inteso come gruppo amicale, categoria o gruppi veri e propri agisce sulla salute dei soggetti, condizionandone i comportamenti e gli stili di vita e quindi aumentando i rischi di salute espressi in termini di mortalità, salute mentale o fisica e una serie di specifiche condizioni mediche come malattie cardiovascolari o pressione sanguigna (Cornwell e Waite, 2009; Stansfeld, 2006; Umberson e Karas Montez, 2010; Umberson *et al.*, 2010).

È possibile distinguere misure oggettive quali tipologia e forza di una relazione o numero di relazioni e misure soggettive, come il supporto percepito dall'individuo, sentimenti di integrazione ovvero di esclusione e solitudine. Le relazioni sociali positive possono condizionare le abitudini individuali ovvero garantire un controllo del comportamento del singolo spingendolo ad adottare o far adottare comportamenti salutari per proteggere la propria salute e quella degli altri; possono influenzare la salute perché riescono ad attenuare l'impatto dello stress, fornendo supporto emotivo

e pratico: il supporto sociale migliora l'autocontrollo, che risulta essere positivamente associato a comportamenti salutari e a una migliore salute fisica e mentale (Ross e Mirowsky, 2003); possono portare benefici al sistema cardiovascolare, endocrino e immunitario (Stansfeld, 2006; Umberson *et al.*, 2010).

D'altro canto le relazioni sociali possono agire su comportamenti individuali anche negativamente: lo stress relazionale può condurre l'individuo ad assumere comportamenti poco salutari. Si pensi, ad esempio, all'associazione positiva fra stress e consumo di alcool o aumento di peso in età adolescenziale (Umberson *et al.*, 2010; Christakis e Fowler, 2007).

Una delle relazioni maggiormente studiate in campo medico è quella matrimoniale. A seconda della qualità della relazione, il matrimonio può incidere positivamente o negativamente sulla salute dei coniugi ed avere effetti sia nel breve che nel medio lungo periodo (Hughes e Waite, 2009; Umberson e Karas Montez, 2010; Giannico, Ambrosino, Patano, Germinario, Quarto, Moretti, 2019).

Infatti, nel caso di relazioni difficili, il matrimonio è causa di stress e conflitti: i coniugi mostrano un più alto rischio di cattiva salute rispetto alle persone single, a cui si associa a una compromissione delle funzioni immunitarie ed endocrine ovvero depressione (Umberson *et al.*, 2006; Williams, 2003). Dunque, se da un lato il matrimonio garantisce tendenzialmente migliori condizioni economiche e maggiore supporto sociale, dall'altro può originare eventi stressanti e destabilizzanti (Hughes e Waite, 2009; Umberson *et al.*, 2009; Waite, 1995).

Per quanto concerne invece il ruolo dell'area di residenza, gli studi si dividono in due gruppi: quelli che indagano la relazione tra salute e livello socioeconomico della società di appartenenza e quelli che guardano all'effetto esercitato dalla distribuzione del reddito all'interno di queste aree (Robert, 1999).

Associazione tra salute e livello socioeconomico

Il contesto socioeconomico può impattare sulla salute degli individui. Infatti, a seconda del livello socioeconomico di ciascuna società, variano le opportunità offerte ai soggetti che vi abitano, in termini di offerta educativa e possibilità di lavoro, ed in questo modo ne influenzano la realizzazione socioeconomica. Tali caratteristiche incidono indirettamente sulla salute di chi ci vive, influenzando l'ambiente fisico, sociale e la disponibilità di servizi. Sovente le aree meno abbienti sono caratterizzate da maggiori livelli di criminalità che hanno effetti sulla salute sia direttamente che indirettamente, generando stress, paura e favorendo l'isolamento sociale (Robert, 1999; Ross e Mirowsky, 2001)

L'associazione positiva tra salute e livello socioeconomico della comunità è confermata anche nel caso in cui si considerino caratteristiche individuali, quali, ad esempio, genere, reddito, etnia etc. (Robert, 1999; Robert e House, 2000).

Associazione tra salute e disuguaglianze economiche

In un'ottica psicosociale, la percezione di ricoprire una posizione svantaggiata rispetto ad altri individui genera sentimenti negativi nei soggetti che si trovano in condizioni economiche non ottimali, con conseguenti effetti negativi sulla salute degli stessi. Più precisamente, lo stress generato da tale circostanza si riflette negativamente sulla salute dell'individuo attraverso meccanismi psico-neuro-endocrini, ovvero mediante comportamenti di autoesclusione (Robert e House, 2000). Un'eccessiva enfattizzazione sugli effetti psicosociali delle disuguaglianze di reddito



potrebbe far pensare che la povertà e i relativi problemi possano dipendere esclusivamente dalle relazioni sociali dei soggetti che vivono una situazione economica negativa e che non siano pertanto necessari interventi volti a modificare le condizioni oggettive legate ai differenziali di reddito (Lynch *et al.*, 2000; White, 2002).

Contrariamente, si ritiene necessario indagare le cause strutturali, i processi politici ed economici che generano queste disuguaglianze e non concentrarsi esclusivamente sulla percezione individuale delle disuguaglianze e relative conseguenze psicosociali (Lynch *et al.*, 2000).

In aggiunta, i processi economici, politici, storici e culturali da cui originano le disuguaglianze di reddito influenzano sia le risorse private, sia le risorse pubbliche e di riflesso la salute (interpretazione neo-materiale). Ipotizzando l'associazione tra disuguaglianze di reddito, politiche socio-economiche e i relativi effetti sulle condizioni di vita degli individui, Kaplan *et al.* (1996) hanno dimostrato che negli Stati Uniti, all'aumentare delle disuguaglianze di reddito aumentano i tassi di disoccupazione e incarcerazione e gli stati spendono meno in educazione e altre misure di *welfare*.

Alla luce di quanto finora detto è evidente che l'associazione tra disuguaglianze di reddito e salute è accessoria e non assoluta, a differenza di quanto ipotizzato dalla visione psico-sociale, secondo la quale la percezione individuale della posizione gerarchica manifesta i suoi effetti indipendentemente dalle condizioni effettive in cui vivono le persone svantaggiate (Lynch *et al.*, 2000). In altri termini sembrerebbe che l'associazione tra disuguaglianza di reddito e salute venga meno nel caso in cui la disuguaglianza non sia legata a politiche ed investimenti in infrastrutture e beni importanti per garantire condizioni di salute ottimali.

In conclusione, le disuguaglianze possono agire sulla salute sia attraverso coesione e capitale sociale, sia attraverso politiche sociali.

Aspetti economici

Affinché le politiche pubbliche siano efficienti, occorre analizzare il rapporto tra meccanismi sociali (cambiamenti formali e normativi) ed effetti di genere. La legge 19/2013 sul contrasto alla violenza di genere, seppur ponga l'attenzione sulla difesa delle donne in termini di educazione paritaria, non è sostenuta da investimenti economici concreti.

Al fine di elaborare e realizzare progetti sperimentali ed innovativi, che favorissero l'approccio di genere nella valutazione e programmazione dei servizi sanitari regionali, nel corso degli anni le Regioni hanno realizzato appositi programmi ed iniziative al fine di promuovere stili di vita salutari, percorsi di prevenzione che prevedono la possibilità di accesso e fruizione delle cure secondo criteri di equità (Il Ministero della Salute, 2016).

Analizzando la sfera occupazionale, in termini di sicurezza si evidenzia la necessità di politiche volte ad assicurare maggiore sicurezza sul lavoro ed in particolare finalizzate a prevenire malattie ed infortuni connessi a mansioni tipicamente svolte da donne (Biancheri, 2014). Tendenzialmente le donne sono occupate in mansioni caratterizzate da basso controllo del lavoro svolto, monotonia, frequente contatto con il pubblico (Messing e Östlin, 2006) e, più in generale, in posizioni di basso livello dal punto di vista gerarchico e professionale.

Accanto alle misure di sicurezza, quelle di conciliazione vita-lavoro fronteggiano necessità accessorie: maggiore flessibilità e offerta di servizi può portare al coinvolgimento di entrambi i



partner, modificando la suddivisione del lavoro e migliorando gli effetti sulla salute delle donne (Bird, 1999). In un modello di welfare fondato sulla famiglia, il rischio di avere patologie invalidanti per le donne aumenta (Harryson *et al.*, 2012; Payne, 2001). L'introduzione di politiche di conciliazione produce un effetto capacitante, a prescindere dal genere, se interpretato come strumento finalizzato a valorizzare le risorse interne e per accrescere il vantaggio competitivo. La crisi finanziaria ha contribuito a limitare gli investimenti finalizzati a modificare i tradizionali modelli organizzativi, rendendo più fragile i percorsi lavorativi di molti uomini ma soprattutto donne. Importanti effetti di genere derivano, in tal senso, da provvedimenti economici di austerità adottati in Italia quale, ad esempio, il blocco dei salari tra il 2010 e il 2015. Tale provvedimento ha enfatizzato il differenziale salariale tra genere (Piazzalunga e Di Tommaso, 2015): il 35% delle donne lavoratrici è impiegato nella PA e i loro salari sono superiori, di circa il 20%, rispetto ai salari delle donne che lavorano nel privato. A partire dal 2010, si evidenzia una riduzione dei salari relativi alle donne impiegate in occupazioni di livello medio-alto nella scala gerarchica.

Alla luce di quanto suddetto, è fondamentale che i cambiamenti normativi incidano sui meccanismi sociali che sono alla base degli atteggiamenti degli individui. Ad esempio, a parità di lavoro, la parità di retribuzione è sancita dalla legge da molti anni, tuttavia permangono vistose disuguaglianze di genere a causa del mancato allineamento dei comportamenti sociali. Data la natura dei meccanismi sociali che determinano disuguaglianze di salute per genere, qualsiasi azione dovrebbe essere accompagnata da un'evoluzione coerente dei contesti sociali in cui vivono i diversi soggetti. Differenti posizioni sociali, presenti in ogni classe di età, dipendono principalmente da etnia, livello di istruzione, deprivazione economica, ricchezza, esperienza. Ponendo in relazione i tassi standardizzati di mortalità (suddivisi per area geografica) e il reddito mediano pro-capite (suddivisi per territori di riferimento), l'associazione negativa conferma una relazione tra l'aumento del reddito a livello di popolazione e la riduzione della mortalità (Rapporto OASI, 2018).

Il grado di disuguaglianza della distribuzione del reddito può essere descritto dall'indice di Gini, calcolato a livello territoriale e la sua correlazione con i tassi di mortalità standardizzati, suddivisi per area geografica. Dall'analisi condotta nel Rapporto OASI, emergono minori livelli di disuguaglianza al Nord, una riduzione significativa della mortalità associata a incrementi del reddito *pro capite* mediano (-0.24% per incremento unitario percentuale) e un aumento significativo della mortalità (+0.25% per incremento unitario percentuale) associata ad aumenti della disuguaglianza nella distribuzione dei redditi (Rapporto OASI, 2018).

Le Istituzioni Pubbliche e degli Enti di Ricerca dovrebbero essere costantemente impegnati nella promozione delle attività di prevenzione e delle cure sanitarie rivolte ad una popolazione sempre più anziana, con nuove patologie, con differenti bisogni e necessità. Si rende sempre più necessario investire in politiche di efficientamento della spesa pubblica e di innovazione delle politiche sanitarie, di differenziazione dei servizi e delle prestazioni offerte, al fine di soddisfare i bisogni sempre più specifici. È proprio la *Medicina di Genere* ad offrire un importante contributo al miglioramento della "qualità della vita", in quanto riconosce un approccio di cura e prevenzione volto alla differenziazione, *in primis* tra uomo e donna, promuovendone così un approccio sanitario sempre più specialistico e personalizzato (Badalassi e Grande, 2015).

Per quanto riguarda gli impatti economici in termini di efficacia ed efficienza nella valutazione degli input (costi) in relazione agli output (cure, prestazioni, quantitativi) si ritiene congrua l'applicazione della "teoria dell'iceberg" derivante dagli studi di Management. Sebbene sia

difficoltosa la determinazione dei costi e dei benefici diretti ed indiretti derivanti dalla *Medicina di Genere*, alcuni studi stimano che gli impatti diretti nelle pratiche mediche siano pari al 10%, mentre gli impatti indiretti pari circa al 90%.

Per quanto concerne gli impatti diretti derivanti dall'applicazione della *Medicina di Genere*, si osserva che:

- uno studio condotto dal prof. Franconi (Professore ordinario di Farmacologia cellulare e molecolare del dipartimento di Scienze biomediche dell'Università di Sassari), con riferimento ai ricoveri medi, stima un risparmio di almeno 4-5 milioni di euro per Regione. Dunque, l'Italia, con l'introduzione della *Medicina di Genere*, registrerebbe risparmi complessivi superiori a 100 mln di euro;
- secondo gli studi condotti dal Prof. Mennini (Professore di Economia Sanitaria presso l'Università Tor Vergata di Roma), l'applicazione della *Medicina di Genere* al campo dell'ipertensione induce a stimare risparmi come sistema Paese di circa 10-15 mln €/anno;
- secondo gli studi condotti dal Dott. Restelli (Ricercatore presso il Centro di Ricerca in Economia e Management in Sanità e nel Sociale - CREMS - presso l'Università Carlo Cattaneo - LIUC di Castellanza), l'applicazione della *Medicina di Genere* associata a malattie infiammatorie croniche intestinali (Morbo di Cron e colite ulcerosa) comporta risparmi per ogni singolo caso di circa 15.000 €/anno (Cristoferi, 2018, pag. 17).

Ulteriore aspetto di fondamentale importanza è rappresentato dagli impatti diversi che derivano dagli studi di genere in ambito farmacologico: solo di recente la donna è stata messa al centro di una serie di studi in ambito farmacologico e da questi si evince come il rischio di reazioni avverse ai farmaci da parte delle donne sia quasi il doppio rispetto al sesso maschile. Tale dato è certamente rilevante, in quanto le reazioni avverse ai farmaci comportano un maggior numero di ricoveri per le donne, incidendo significativamente sulla spesa sanitaria.

Per quanto riguarda gli impatti indiretti derivanti dalla *Medicina di Genere*, riconducibili essenzialmente ai differenti costi sociali, si osserva che:

- gli uomini associano gli impatti indiretti soprattutto alla perdita di produttività;
- le donne associano gli impatti indiretti alla perdita della qualità della vita, alla perdita di autonomia, alle possibilità di supporto della donna in ambito domestico e familiare.

Da ciò si evince come sia necessario investire in un'attenta attività di programmazione sanitaria basata sulle differenze di genere: la realizzazione di una politica sanitaria *gender-oriented* comporterebbe una riduzione del margine di errore nelle pratiche mediche, poiché si avrebbero delle attività di prevenzione e cura maggiormente mirate alle caratteristiche di salute di ogni singolo individuo. Attraverso un'attenta attività di pianificazione della spesa sanitaria, sarebbe rilevante promuovere l'appropriatezza farmacologica, poiché una maggiore attenzione alla posologia e alla definizione di farmaci curativi specifici per determinate manifestazioni consentirebbe di ridurre gli effetti collaterali delle cure. Al fine di migliorare la programmazione della spesa sanitaria e generare risparmi a favore del Sistema Sanitario Nazionale, sarebbe fondamentale promuovere l'attività di ricerca clinica e farmacologica, considerando le valutazioni di costo/efficacia e costo/efficienza che devono essere considerate nella valutazione delle politiche di sanità pubblica (Cristoferi, 2018, pag. 18).



Risultati attesi

Oggi giorno, la *Medicina di Genere* rappresenta indubbiamente uno degli ambiti di ricerca più promettenti, proprio perché si è intuito che l'attenzione sul genere, sull'ambiente, sugli stili di vita, sulle condizioni socio-economiche e culturali, influenzando sulla salute dell'individuo, condizionandone gli esiti di malattia, il percorso clinico terapeutico e le sperimentazioni in ambito farmacologico (Convegno Nazionale della Medicina di Genere, giugno 2019, Bari), consentirebbero di reinterpretare correttamente le patologie, contemplarne la prevenzione, facilitarne la diagnosi e agevolare le cure e le guarigioni, ottenendo un miglioramento della salute comune e una migliore allocazione delle risorse economiche, con una conseguente riduzione di costi e di sprechi, poiché la sottoposizione del paziente alle giuste terapie, soggettivamente applicate, non solo porta a risparmi in termini di tempi e di cure, ma anche alla riduzione di errori e rischi sulla salute.

Un Piano clinico-terapeutico di tipo personalizzato, che individua cure specifiche in base al genere e dunque non solo in base al sesso dell'individuo, comporterebbe di conseguenza un miglioramento non solo in termini economici e sanitari, ma un più generico miglioramento della qualità della vita (Mennini, 2017).

Alcuni studi evidenziano come alcune patologie stiano diventando sempre più croniche e ciò varia in relazione a determinati parametri, quali genere, territorio di appartenenza, livello culturale, sociale ed economico della popolazione. Tali studi, infatti, indicano che *“nel 2028 gli italiani ricompresi nella fascia di età 45-74 anni saranno per circa 7 milioni ipertesi, quelli affetti da artrosi/artrite 6 milioni, i malati di osteoporosi 2,6 milioni, i malati di diabete circa 2 milioni e i malati di cuore più di 1 milione. Tra gli italiani ultra 75enni poi, 4 milioni saranno affetti da ipertensione o artrosi/artrite, 2,5 milioni da osteoporosi, 1,5 milioni da diabete e 1,3 milioni da patologie cardiache”*.

L'impatto della cronicità ha poi effetti diversi a seconda delle differenze di genere, delle differenze territoriali e delle condizioni economiche e sociali; *“in particolare le donne sono più frequentemente affette da patologie croniche, il 42,6% delle donne verso il 37,0% degli uomini; particolarmente elevati i divari, a svantaggio delle donne, per l'artrosi/artrite e l'osteoporosi, di cui soffrono, rispettivamente, il 20,9% e il 13,2% delle donne vs l'11,1% e il 2,3% degli uomini. Le differenze di genere si acquisiscono con l'età, nel periodo adulto della vita (45-54 anni) si inverte il divario rispetto all'ipertensione a svantaggio degli uomini (14,1% tra gli uomini, 11,4% tra le donne), crescono le differenze a svantaggio delle donne rispetto alle artrosi/artrite (7,5% tra gli uomini, 12,7% tra le donne), all'osteoporosi (0,9% tra gli uomini, 4,9% tra le donne) e alle malattie allergiche (10,7% tra gli uomini, 13,0% tra le donne). Nella classe di età più anziana (65-74 anni) il divario cresce ancora, le donne sono molto più frequentemente multicroniche (42,6% tra gli uomini, 54,4% tra le donne), con problemi di osteoporosi (5,2% tra gli uomini, 31,2% tra le donne) e di artrosi/artriti (27,8% tra gli uomini, 48,3% tra le donne); lo svantaggio di genere per gli uomini cresce rispetto al diabete (17,6% tra gli uomini, 12,5% tra le donne) e alle malattie del cuore (14,4% tra gli uomini, 5,4% tra le donne)”* (Liverani, 2019).

L'adozione di un approccio di genere consentirebbe di migliorare il problema della cronicità e di superare il problema delle disuguaglianze tra uomo e donna, consentendo in questa maniera di definire in maniera più precisa nuove priorità, applicazioni, cure, tecniche, obiettivi e programmi, al fine di incentivare il miglioramento della salute per tutti, sia uomini che donne. Con la *Medicina di Genere* si porrebbe al centro dell'attenzione il singolo individuo, con le proprie caratteristiche

fisiche, comportamentali, attitudinali, con i propri problemi e con le proprie predisposizioni, con differenti patologie riconducibili non solo ad una diversità fisica e biologica, ma anche alle differenti condizioni di lavoro, agli stili di vita, alle diverse abitudini, ai fattori biologici e sociali che si differenziano a seconda del genere. In tal modo si realizzerebbe una vera e propria “appropriatezza della cura” e la spesa sanitaria sarebbe fondata su criteri di equità, trasparenza ed efficienza, in base alle caratteristiche etniche, culturali, cliniche, psicologiche, territoriali, sociali ed economiche del singolo individuo (Rancati, 2018).

Ad oggi, non sono disponibili dati relativi agli impatti economici delle “politiche sanitarie di genere” e all’incidenza sulla spesa sanitaria dei costi derivanti dallo sviluppo di tali politiche. Il presente progetto mira a colmare tale gap, offrendo un utile strumento ai *policy maker* che devono definire obiettivi strategici in ambito sanitario e ammontare degli investimenti in sanità. Inoltre, il progetto consentirà di individuare una serie di indicatori di esito e quindi di risultato, utili a valutare in maniera immediata, efficace ed efficiente, le politiche sanitarie, le attività di prevenzione e di cura.

Fasi operative del progetto

Come sopra precisato, il Piano per l’applicazione e la diffusione della Medicina di Genere, d’ora in poi “Piano”, emanato dal Ministero della Salute in attuazione dell’articolo 3, comma 1, della Legge n. 3 dell’11 gennaio 2018, prevede quattro aree di intervento:

- A) Percorsi clinici di prevenzione, diagnosi e cura;
- B) Ricerca e innovazione;
- C) Formazione e aggiornamento professionale;
- D) Comunicazione e informazione.

Per ciascuna area di intervento il Piano declina specifiche azioni da intraprendere per realizzare gli obiettivi previsti ed individua gli attori coinvolti, nonché i principali indicatori da utilizzare.

Il presente progetto si focalizza sulle aree di intervento A) Percorsi clinici di prevenzione, diagnosi e cura e D) Comunicazione e informazione. Nello specifico, il progetto mira a realizzare le seguenti azioni:

- A.1) Ottenere un quadro completo dal punto di vista strutturale, organizzativo e delle risorse (umane, strumentali, dei servizi) della Medicina di Genere nella Regione Puglia;
- A.3) Sviluppare soluzioni innovative di accesso ai servizi, anche valorizzando le esperienze già presenti sul territorio regionale, attuando percorsi di presa in carico della persona in un’ottica di genere, al fine di favorire una maggiore appropriatezza e personalizzazione di tali percorsi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione;
- D.1) Individuare strumenti dedicati al trasferimento dei contenuti di comunicazione ai target di riferimento.

Per raggiungere l’obiettivo A.1) “**Ottenere un quadro completo dal punto di vista strutturale, organizzativo e delle risorse (umane, strumentali, dei servizi) della Medicina di Genere nella Regione Puglia**” saranno intraprese le seguenti azioni:



A.1.1) Censimento dei percorsi integrati di assistenza, attraverso la ricognizione delle iniziative e delle esperienze di medicina di genere regionali, che abbiano pienamente colto la differenza esistente tra sesso e genere. Per il raggiungimento di tale obiettivo si prevede la consultazione di report e studi di settore per analizzare l'evoluzione delle iniziative già intraprese sulla tematica in oggetto e di sottoporre al personale medico un apposito questionario online. Il Dipartimento di Economia, Management e Diritto dell'Impresa dell'Università degli Studi di Bari Aldo Moro, in collaborazione con la Sezione "Strategie e Governo dell'Offerta" del "Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per tutti" della Regione Puglia e dell'A.Re.S.S. Puglia, si occuperà dell'individuazione delle iniziative regionali già realizzate attinenti alla Medicina di Genere, della predisposizione e somministrazione del questionario e della raccolta e analisi dei dati mediante l'utilizzo di software statistici;

A.1.2) Documentazione e condivisione delle best practices adottate dagli operatori socio-sanitari per la promozione e la divulgazione della Medicina di Genere attraverso un approccio orientato al genere. L'attività di raccolta e analisi della documentazione aggiornata consentirà la creazione di siti web dedicati finalizzati alla consultazione da parte degli operatori interessati. Tale attività sarà svolta sia del Dipartimento di Economia, Management e Diritto dell'Impresa dell'Università degli Studi di Bari che della Regione Puglia e dell'A.Re.S.S. Puglia.

Per raggiungere l'obiettivo A.3) **"Sviluppare soluzioni innovative di accesso ai servizi, anche valorizzando le esperienze già presenti sul territorio regionale, attuando percorsi di presa in carico della persona in un'ottica di genere, al fine di favorire una maggiore appropriatezza e personalizzazione di tali percorsi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione"** saranno intraprese le seguenti azioni:

A.3.1) Promozione di raccomandazioni e documenti utili nella definizione di percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) e definizione dei piani sanitari con l'individuazione di appositi indicatori di processo e di esito stratificati per sesso e genere, in grado di fornire indicazioni su determinati fenomeni legati alla prevenzione, alla diagnosi, alla cura e alla riabilitazione connessi a determinate variabili, come ad esempio il livello di istruzione, la nazionalità, etc. Questa azione richiede il necessario coinvolgimento delle categorie professionali operanti nel settore sanitario, al fine di individuare indicatori di processo e predisporre proposte di PDTA. Per la realizzazione di tale linea di azione, che richiede la raccolta preliminare delle evidenze e la valutazione delle raccomandazioni e delle linee guida, si prevede il coinvolgimento dell'Istituto di Ricovero e Cura a carattere scientifico (IRCCS) Saverio de Bellis e dell'A.Re.S.S. per la predisposizione e l'implementazione di PDTA in un'ottica di genere, nonché per la definizione di indicatori di processo ed esito da inserire nei piani sanitari;

A.3.2) Predisposizione e implementazione di PDTA in un'ottica di genere nell'ambito delle U.O. esistenti. Anche per la realizzazione di tale azione si prevede l'intervento della Regione Puglia, dell'A.Re.S.S. Puglia e dell'IRCCS Saverio de Bellis, secondo quanto descritto nel precedente punto A.3.1). Attraverso l'adozione di PDTA orientati al genere sarà possibile favorire una maggiore appropriatezza e personalizzazione dei percorsi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, garantendo un miglioramento dei servizi sanitari offerti.

A.3.3) Monitoraggio e valutazione degli effetti di PDTA genere-specifici, attraverso la predisposizione di Report con indicatori di processo ed esito strutturati per genere. Per il

raggiungimento di tale obiettivo si prevede il coinvolgimento di tutti gli attori coinvolti nel progetto: Università, Regione Puglia, A.Re.S.S. Puglia e IRCCS de Bellis. Tale azione è da realizzarsi nel terzo anno del progetto, in quanto richiede la preliminare adozione di PTDA.

Per raggiungere l'obiettivo D.1) **“Individuare strumenti dedicati al trasferimento dei contenuti di comunicazione ai target di riferimento”** sarà intrapresa l'azione D.1.1) Conduzione di indagini sulla conoscenza della popolazione generale in merito alle differenze di genere nella salute. Le informazioni saranno acquisite attraverso la predisposizione di questionari da sottoporre agli operatori sanitari dell'IRCCS Saverio de Bellis per comprendere i fabbisogni formativi specifici e di ricerca sul tema della Medicina di Genere. La *survey* si porrà le seguenti finalità: i) verificare il livello di conoscenza degli operatori sanitari; ii) attestare la partecipazione ad iniziative, convegni, seminari sul tema; iii) conoscere il punto di vista degli operatori sanitari sulle attività già realizzate in tema di Medicina di Genere; iv) valutare la percezione degli operatori sanitari sugli impatti della Medicina di Genere sull'organizzazione interna, sul singolo reparto, sulle attività di prevenzione, sulle cure e sulle terapie. Gli indicatori selezionati, la loro valutazione e i risultati ottenuti potranno suggerire l'individuazione di apposite aree di miglioramento sulle quali intervenire. Per il raggiungimento di tale obiettivo si prevede il coinvolgimento del Dipartimento di Economia, Management e Diritto dell'Impresa dell'Università degli Studi di Bari per la raccolta e l'elaborazione dei dati di sintesi, dell'A.Re.S.S. Puglia e della Regione Puglia, per l'individuazione di azioni di miglioramento da implementare laddove risulta indispensabile favorire una migliore sensibilizzazione nelle strutture ospedaliere e tra la popolazione.

Work program and timetable

Le attività di analisi inizieranno con il censimento delle esperienze e delle iniziative regionali già intraprese nell'ambito della Medicina di Genere, utili alla realizzazione dell'azione A.1.1. L'attività sarà svolta nei primi 4 mesi dall'avvio del progetto e richiederà un costante monitoraggio per l'intera durata del progetto.

La raccolta e la documentazione delle *best practices* adottate dagli operatori sanitari, di cui all'azione A.1.2., richiederà dai 4 ai 6 mesi. Lo studio dei migliori casi di applicazione della Medicina di Genere ha l'obiettivo di indirizzare la strategia regionale, riducendo l'esposizione al rischio e migliorando l'aderenza terapeutica. E' prevista la creazione di siti web dedicati, finalizzati alla consultazione delle buone pratiche. Dopo la creazione del sito web, si procederà ad un costante aggiornamento delle *best practices* per l'intera durata del progetto.

Contestualmente alle prime due fasi, per realizzare l'azione D.1.1), si definirà il contenuto della survey in base alla letteratura esistente e si sottoporrà agli operatori sanitari dell'IRCCS Saverio de Bellis un questionario per valutare la conoscenza in merito alle differenze di genere nella salute. Ciò consentirà di individuare gli effettivi fabbisogni formativi e di ricerca sulla tematica specifica da parte degli operatori sanitari e, conseguentemente, di formulare un piano formativo *ad hoc*. Si prevede di svolgere tali attività in un orizzonte temporale di 12 mesi, con possibilità di estensione di ulteriori 4 mesi in relazione alla disponibilità degli operatori sanitari nel fornire le informazioni necessarie per la conduzione delle analisi.



L'analisi della documentazione utile alla definizione di percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) e dei piani sanitari con l'individuazione di appositi indicatori di esito e quindi di risultato stratificati per sesso e genere, di cui all'azione A.3.1, sarà condotta in un periodo di 6 mesi. Seguirà la predisposizione e implementazione di PDTA in un'ottica di genere nell'ambito delle U.O. esistenti, da realizzarsi nei successivi 18 mesi. Nella fase finale del progetto, coerentemente con quanto previsto dall'azione A.3.3, si procederà al monitoraggio e alla valutazione degli effetti di PDTA orientati al genere.

Azione	Durata	Soggetti coinvolti
A.1.1) Censimento dei percorsi integrati di assistenza	4 mesi (con costante monitoraggio)	DEMDI UNIBA Regione Puglia – A.Re.S.S.
A.1.2) Documentazione e condivisione delle best practices	4-6 mesi (con costante aggiornamento)	DEMDI UNIBA Regione Puglia - A.Re.S.S.
A.3.1) Promozione di raccomandazioni e documenti utili nella definizione di percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) e definizione dei piani sanitari con l'individuazione di appositi indicatori di processo e di esito stratificati per sesso e genere	8 mesi	IRCCS de Bellis DEMDI UNIBA (supporto nella raccolta della documentazione) A.Re.S.S.
A.3.2) Predisposizione e implementazione di PDTA in un'ottica di genere nell'ambito delle U.O. esistenti	18 mesi	IRCCS de Bellis Regione Puglia - A.Re.S.S.
A.3.3) Monitoraggio e valutazione degli effetti di PDTA genere-specifici	10 mesi	DEMDI UNIBA Regione Puglia - A.Re.S.S. IRCCS de Bellis
D.1.1) Conduzione di indagini sulla conoscenza della popolazione generale in merito alle differenze di genere nella salute	12 mesi (estendibili di ulteriori 4 mesi)	DEMDI UNIBA Regione Puglia A.Re.S.S. IRCCS "De Bellis" di Castellana Grotte



Budget

(A) FINANZIAMENTO UNIVERSITA'	I anno (2020)	II anno (2021)	III anno (2022)
Assegni di ricerca da bandire per l'esecuzione del progetto	€ 25.000,00	€ 25.000,00	€ 25.000,00
Attrezzature, strumentazioni e software di nuovo acquisto	€ 4.000,00	€ 4.000,00	€ 4.000,00
Costi di pubblicazione dei risultati della ricerca (es. fee, proofreading, costi editoriali, ecc.)			€ 8.000,00
Costi per acquisto di libri e articoli scientifici	€ 3.000,00	€ 4.000,00	€ 4.000,00
Organizzazione di convegni per la divulgazione dei risultati della ricerca			€ 5.000,00
Missioni in Italia e all'estero	€ 15.000,00	€ 15.000,00	€ 15.000,00
Consulenze esterne per la creazione del sito web dedicato		€ 3.000,00	
Totale	€ 47.000,00	€ 51.000,00	€ 61.000,00
(B) FINANZIAMENTO IRCCS DE BELLIS	I anno (2020)	II anno (2021)	III anno (2022)
Personale	€ 36.000,00	€ 36.000,00	€ 36.000,00
Missioni	€ 3.000,00	€ 3.000,00	€ 3.000,00
Strumentazione	€ 5.000,00		
Totale	€ 44.000	€ 39.000	€ 39.000
TOTALE FINANZIAMENTO (A+B)	€ 91.000	€ 90.000	€ 100.000,00



Bibliografia

- Anonymous (2010), *Putting gender on the agenda*, in "Nature", vol. 465, n. 7299, p. 665.
- Aneshensel, C.S. (1992), *Social Stress: Theory and Research*, in "Annual Review of Sociology", 18, pp.15-38.
- Badalassi, G., Grande, M. (2015), *L'analisi della spesa sanitaria in un'ottica di genere*, <http://www.politichepiemonte.it/argomenti/colonna2/salute/489-lanalisi-della-spesa-sanitaria-in-unottica-di-genere>.
- Biancheri, R. (2014), *La trasversalità dell'approccio di genere per la salute e la sicurezza del lavoro. Dalla teoria alla prassi un'interazione possibile*, in "Salute e Società", 1:127-124.
- Bird, C.E. (1999), *Gender, household labor, and psychological distress: the impact of the amount and division of housework*, in "Journal of Health and Social Behaviour", 40 (1), pp. 32-45.
- Blane, D. (1985), *An Assessment of the Black Report's Explanation of Health Inequalities*, in «Sociology of Health & Illness», 7, 423-445.
- Blane, D., Bartley, M. e Davey Smith, G. (1997), *Disease Aetiology and Materialist Explanations of Socioeconomic Mortality Differentials*, in «European Journal of Public Health», 7, pp. 385-391.
- Brunner, E. e Marmot, M. (2006), *Social organization, stress, and health*, in *Social Determinants of Health* (second edition) a cura di Marmot, M. e Wilkinson, R. G., New York: Oxford University Press, pp.6-30.
- Cardano, M. (2008), *Disuguaglianze sociali di salute. Differenze biografiche incise nei corpi*, in «Polis», 22, pp. 119-146.
- Christakis, N.A. e Fowler, J.H. (2004), *The Spread of Obesity in a Large Social Network over 32 Years*, in «British Journal of Medicine», 329, pp. 184-185.
- Convegno Nazionale della Medicina di Genere, 1 giugno 2019 (<https://www.bonculture.it/stili-di-vita/eventi/convegno-nazionale-della-medicina-di-genere/>).
- Cornwell, E.Y. e Waite, L.J. (2009), *Social Disconnectedness, Perceived Isolation, and Health among Older Adults*, in "Journal of Health and Social Behavior", 50, pp. 31.
- Costa, G., Faggiano, F., Ghetti, V., Golini, A., Muraro, G. e Renga, G. (1994), *Introduzione: equità nella salute, lo scenario italiano*, in G. Costa e F. Faggiano (a cura di), *L'equità della salute in Italia. Rapporto sulle disuguaglianze sociali*, Milano, Franco Angeli, pp. 23-42.



- Cristoferi, F. (2018), *Medicina di Genere: conviene personalizzare le cure?*, in “La Medicina di Genere, Atti di convegno”, Milano, 21 marzo 2018.
- Donkin A., Goldblatt P., Allen J., Nathanson V., Marmot M. (2017), *Global action on the social determinants of health*, in “BMJ Glob Health”, n. 3, doi:10.1136/bmjgh-2017-000603.
- Facchini, C., e Ruspini, E. (2001), *In salute ed in malattia: un percorso di ricerca*, in *Salute e disuguaglianze: genere, condizioni sociali e corso di vita*, Facchini C. e Ruspini E. (a cura di), Milano, F. Angeli, pp. 9-23.
- Giannico O. V., Ambrosino I., Patano F., Germinario C., Quarto M., Moretti A.M. (2019), *Educational level, marital status and sex as social gender discharge determinants in chronic obstructive pulmonary disease exacerbations: a time-to-event analysis*, in “Monaldi Archives for Chest Disease”; 89 (2), pp. 7-14
- Harryson, L., Novo, M., Hammarström, A. (2012), *Is gender inequality in the domestic sphere associated with psychological distress among women and men? Results from the Northern Swedish Cohort*, in “Journal of Epidemiology and Community Health”, 66(3), pp. 271–276.
- Hughes, M.E. e Waite, L.J. (2009), *Marital Biography and Health at Mid-Life*, in “Journal of Health and Social Behavior”, 50, pp. 344-358.
- Hyman, Herbert H., Charles R. Wright, and Shelton Reed, J. (1976), *The Enduring Effects of Education*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Kaplan, G.A., Pamuk, E.R., Lynch J.W., Cohen, R.D., Balfour J.L. (1996), *Inequality in income and mortality in the United States: analysis of mortality and potential pathways*, in “British Medical Journal”, 312, pp. 999-1003.
- Krieger, N. (2001), *Theories for Social Epidemiology in the 21st Century: An Ecosocial Perspective*, in «International Journal of Epidemiology», 30, pp. 668-677.
- Lahelma, E., Martikainen, P., Laarsonen, M. e Aittomäki, A. (2004), *Pathways Between Socioeconomic Determinants of Health*, in «Journal of Epidemiology and Community Health», 58, pp. 327-332.
- La Medicina di Genere: percorsi di diagnosi e terapia a misura di donna, 3 marzo 2019 (<https://www.gvmnet.it/press-news/news-dalle-strutture/la-medicina-di-genere-percorsi-di-diagnosi-e-tera>).
- Lantz, M.P., House, J.S., Mero, R.P. e Williams, D.R. (2005), *Stress, life events and socioeconomic disparities in health: results from the Americans” changing lives study*, in “Journal of Health and Social Behavior”, 46, pp. 274-288.



- Link, B.G. e Phelan, J. (1995), *Social Conditions as Fundamental Cause of Health*, in «Journal of Health and Social Behavior», 35, pp. 80-94.
- Liverani, L. (2019), *Osservasalute. Crescono cronicità e spesa sanitaria. Differenze di genere e territorio*, 15 febbraio 2019, <https://www.avvenire.it/attualita/pagine/osservasalute-crescono-le-cronicita-aumenta-la-spesa-sanitaria>
- Lynch, J. (2000), *Income inequality and health: expanding the debate*, in “Social Science & Medicine”, 51, pp.1001-1005.
- Lynch, J., Kaplan, G.A. e Salonen, J.T. (1997), *Why do Poor People Behave Poorly? Variation in Adult Health Behaviours and Psychosocial Characteristics by Stages of the Socio-Economic Lifecourse*, in “Social Science & Medicine”, n. 44, pp. 809-19.
- Macintyre, S. (1997), *The Black Report and Beyond: What are the Issues*, in «Social Science & Medicine», 44, pp. 723-745.
- Marmot, M. (2004), *Status Syndrome*, London, Bloomsbury Publishing.
- Medicina di genere. Dai farmaci alle malattie fino alla formazione del personale e alla ricerca: arriva il Piano nazionale per la diffusione, 29 maggio 2019 (https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=74476).
- Mennini, F.S. (2017), *Gender-specific medicine and personalised medicine: health economics profiles*, in “Italian Journal of Gender-Specific Medicine”, 3(4), pp. 137-138.
- Messing, K., Östlin, P. (2006), *Gender equality, work and health: a review of the evidence*, WHO – World Health Organization (<http://www.who.int/gender/documents/Genderworkhealth.pdf>).
- Ministero della Salute (2016), *Il genere come determinante di salute. Lo sviluppo della medicina di genere per garantire equità e appropriatezza della cura*, in “Quaderni del Ministero della Salute”, 26 aprile 2016.
- Ministero della Salute (2019), *Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere* (in attuazione dell'art. 3 comma1, Legge 3/2018), versione del 6 maggio 2019.
- Payne, S. (2001), *Disuguaglianze nella salute: classe sociale, età, genere*, in Facchini C. e Ruspini E. (a cura di), *Salute e disuguaglianze. Genere, condizioni sociali e corso di vita*, Franco Angeli, Milano.
- Pearlin, L.I., Schieman, S, Fazio, E.M., Meersman. S.C. (2005), *Stress, health and the life course: some conceptual perspectives*, in “Journal of Health and Social Behaviour”, 46, pp. 205-219.
- Piazzalunga, D., Di Tommaso, M.L. (2015), *The increase of the Gender Wage Gap*, in “Italy during the 2008-2012 economic crisis”, Carlo Alberto Notebook, No. 426 August 2015.



- Rancati, P. (2018), *Intervento conclusivo*, in “La Medicina di Genere, Atti di convegno”, Milano, 21 marzo 2018.
- Rapporto OASI (2018, Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano CERGAS-SDA Bocconi Rapporto OASI 2017 Collana CERGAS
- Robert, S.A. (1999), *Socioeconomic Position and Health: The Independent Contribution of Community Socioeconomic Context*, in “Annual Review of Sociology”, 25, pp.489-516.
- Robert, S.A. e House, J. (2000), *Socioeconomic Inequalities in Health: Integrating Individual-Community-, and Societal-Level Theory and Research*, in Albrecht, G.L, Fitzpatrick R. e Scrimshaw, S.C. (a cura di) *Handbook of Social Studies in Health and Medicine*, London, Sage, pp. 115-135.
- Ross, C.E. e Mirowsky, J. (1999) *Refining the association between education and health: the effects of quantity, credential and selectivity*, in “Demography”, 36, pp.445-460.
- Ross, C.E. e Mirowsky, J. (2001), *Neighborhood Disadvantage, Disorder, and Health*, in “University Journal of Health and Social Behavior”, 42, pp. 258-276.
- Ross, C.E. e Mirowsky, J. (2003), *Social Structure and Psychological Functioning: The Sense of Personal Control, Distress, and Trust*, in *The Handbook of the Social Psychology*, di John DeLamater (a cura di), New York, Kluwer-Plenum, pp. 411-47.
- Salmi, M. (2017), *La medicina genere-specifica arriva al Parlamento Europeo*, in “Italian Journal of Gender-Specific Medicine”, 3(2), pp. 45-46.
- Signani, F. (2015), *Medicina di genere: a che punto è l'Italia?*, in “Italian Journal of Gender-Specific Medicine”, 1(2), pp. 73-77.
- Siliquini, R. (2008), *La medicina di genere*, Care.
- Smith, J.P. (2004), *Unraveling the SES: Health Connection*, in “Population and Development Review”, 30, pp. 108-132.
- Tarissi De Jacobis, I., De Gennaro, F., Ceglie, G., Villani, A. (2017), *Gender medicine and paediatrics: present and future perspectives*, in “Italian Journal of Gender-Specific Medicine”, 3(2), pp. 71-80.
- Umberson, D. e Karas, M. (2010), *Social Relationships and Health: A Flashpoint for Health Policy*, in “Journal of Health and Social Behavior”, 51, pp. S54-S66.
- Umberson, D., Liu, H. e Powers, D. (2009), *Marital Status, marital transitions and Body Weight*, in “Journal of Health and Social Behaviour”, 50, pp. 327-343.



- Umberson, D., Williams, K., Powers, D.A., Liu, H. e Needham, B. (2006), *You Make Me Sick: Marital Quality and Health Over the Life Course*, in “Journal of Health and Social Behavior”, 47, pp. 1-16.
- Vari, R., Scazzocchio, B., Del Papa, S. (2017), *Dietary habits and gender differences*, in “Italian Journal of Gender-Specific Medicine”, 3(2), pp. 55-58.
- Waite, L.J. (1995), *Does Marriage Matter?*, in “Demography”, 32, pp. 483-507.
- White, K. (2002) *An Introduction to the Sociology of Health and Illness*, London, Sage.
- Wilkinson, R.G. e Marmot, M. (a cura di) (2003), *Social Determinants of Health: The Solid Facts*, WHO Regional Office for Europe/Library Cataloguing in Publication Data (<http://www.euro.who.int/document/e81384.pdf> (a cura di), Milano, F. Angeli, pp. 9-23.
- World Health Organization – WHO, (2002) World report on violence and health.
- World Health Organization – WHO, (2011) Rio Political Declaration on Social Determinants of Health.

Il presente Allegato si compone
di n. 26 (ventisei) pagine

Il Dirigente di Sezione
(Giovanni Campobasso)

