



## *Sommario*

***MEDICINA DI GENERE: NUOVE PROSPETTIVE NELLA SALUTE  
ATTI CONVEGNO: Milano - 21 marzo 2018***

- 3**    **Premessa**
- 7**    **Intervento introduttivo - *Marco Maurizio Colombo***
- 9**    **L'equità inizia dalla salute: medicina di genere ieri e oggi - *Antonia Carlino***
- 14**    **Medicina di genere: conviene personalizzare le cure? - *Filippo Cristoferi***
- 19**    **Geni, genere, farmaci e appropriatezza - *Paola Matarrese***
- 21**    **Fattori psicosociali e salute di genere - *Fulvia Signani***
- 24**    **Pari opportunità e politiche della salute nel territorio**  
**Tavola rotonda:** *Barbara Garavaglia*  
*Carolina Pellegrini*  
*Cinzia Frasccheri*  
*Danilo Mazzacane*
- 26**    **Intervento conclusivo - *Pierluigi Rancati***
- 28**    **I NOSTRI CONTATTI**

**INFORMA** Periodico dell'Associazione Nazionale Terza Età Attiva per la Solidarietà, promossa dalla Federazione Nazionale Pensionati Cisl della Lombardia

**SPECIALE MEDICINA DI GENERE**  
a cura del Coordinamento Donne FNP  
CISL Lombardia

Registrato al Tribunale di Milano il 23 marzo 1998 al n. 202

Finito di stampare nel mese di Giugno 2018

**Direttore**

Marco Maurizio Colombo  
*Segretario Generale Fnp Cisl Lombardia*

**Direttore Responsabile**

Stefania Olivieri

**Vice Direttore Responsabile**

Fiorella Morelli  
*Segretario Fnp Cisl Lombardia*  
Alfredo Puglia  
*Segretario Fnp Cisl Lombardia*

**A cura di**

Maria Grazia Contino  
Pietro Cantoni  
Giuseppe Redaelli  
Adriana Coppola  
Marco Barzagli  
Cristina Cozzi

**Stampa**

Gruppo Stampa GB srl  
Cologno Monzese (MI)

Numero **2**  
Giugno 2018

**Sede e redazione**

Via Gerolamo Vida, 10 - 20127 Milano - MI  
Tel. 02.89.35.53.00 - Fax 02.89.35.53.50  
[www.fnplombardia.cisl.it](http://www.fnplombardia.cisl.it) - [pensionati\\_lombardia@cisl.it](mailto:pensionati_lombardia@cisl.it)

# LA MEDICINA DI GENERE

## ATTI CONVEGNO: Milano - 21 marzo 2018

### Premessa

L'idea di un seminario per approfondire le conoscenze sulla Medicina di Genere è maturata nei Coordinamenti Donne FNP CISL, Cisl Medici e USR CISL-Lombardia, in seguito alla lettura di report, pubblicati di recente, che mettono in luce le problematiche connesse all'andamento della popolazione italiana. Diversi studi, infatti, descrivono l'impatto di queste trasformazioni sul piano sociale, sanitario ed economico e prospettano quali ulteriori effetti l'evoluzione demografica produrrà, in termini

quantitativi e qualitativi, nel rapporto tra i generi e le generazioni.

Eupolis Lombardia, ad esempio, in un'indagine specifica condotta nella nostra regione, evidenzia come cambierà la distribuzione della popolazione, suddivisa per genere e classi d'età nel 2050.

Da questa analisi si evince che la fascia d'età più popolosa risulterà essere quella tra i 75 e i 79 anni, seguita da 70-74 e 40-44 per gli uomini e 70-74 e 80-84 per le donne, confermando

TABELLA 1: SUDDIVISIONE PER GENERE DELLA POPOLAZIONE OVER 70 IN LOMBARDIA

FASCE DI ETÀ	MASCHI	FEMMINE	TOTALI	% per fasce di età su totale Lombardia
70-74	228.258	264.279	492.537	4,90%
75-79	211.179	266.425	477.604	4,80%
80-84	134.593	203.526	338.119	3,40%
85-89	70.248	142.486	212.734	2,10%
90-94	22.342	67.697	90.039	0,90%
95-99	3.577	16.165	19.742	0,20%
100+	322	2.395	2.717	0,03%
TOTALE	670.519	962.973	1.633.492	16,33%
	41,05%	58,95%		

Fonte: tuttitalia.it (31 dicembre 2017)

le differenze tra i due generi e un maggiore incremento degli over 70 rispetto alla situazione attuale (Tabella 1). Questi dati vanno inoltre comparati con quelli ISTAT che, già oggi, identificano la durata media della vita a 84,6 anni per le donne e 79,9 per gli uomini.

L'esame delle più diffuse patologie (Tabella 2) e delle principali cause di morte in Italia (grafico 1 e 2) del tasso di disabilità femminile, quasi il doppio (6,12%) rispetto a quello maschile (3,32%) o del consumo dei farmaci, nella donna oltre il 40% superiore rispetto agli uomini, evidenzia profonde differenze tra i due generi.

TABELLA 2

PATOLOGIE PREVALENTI NELLE DONNE
Malattie cardiache: + 5 %
Allergie: + 8 %
Diabete: + 9 %
Ipertensione Arteriosa: + 30 %
Calcolosi: + 31 %
Artrosi ed Artrite: + 49 %
Celiachia e Gluten Sensitivity: + 50 %
Cataratta: + 80 %
Morbo di Alzheimer: + 100 %
Cefalea ed Emicrania: + 123 %
Depressione e Ansia: + 138 %
Tiroide: + 500 %
Osteoporosi: + 736 %
Malattie autoimmuni nelle donne (75%): Artrite Reumatoide 2- 3 volte maggiore, Lupus 9 volte maggiore, Sclerosi Multipla quasi esclusivamente genere femminile

Fonte: Presentazione Dott.ssa P. Matarrese

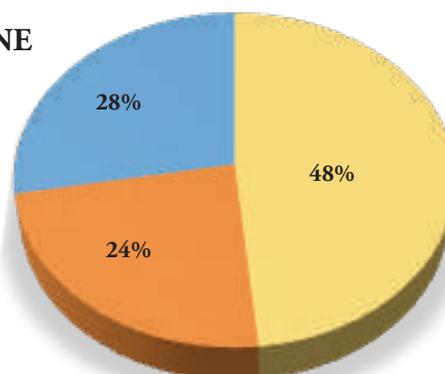
1. L'Osservatorio per il monitoraggio delle RSA è stato costituito a seguito del "Verbale d'intesa sulla misura rette RSA di cui alla Dgr 5954/2016" sottoscritto il 27 luglio 2017 dall'Assessorato e dalla Direzione Generale al Welfare di Regione Lombardia con CGIL CISL UIL e SPI FNP UILP Lombardia. Partecipano all'Osservatorio: Regione Lombardia, le OO.SS sottoscrittenti l'intesa, ANCI Lombardia e i rappresentanti dei soggetti gestori delle RSA contrattualizzate.

Un ulteriore dato, ricavato dall'Osservatorio per il monitoraggio delle RSA di Regione Lombardia, interessante per le considerazioni sulle prospettive di genere nell'ambito delle cure e della salute, mette in luce che il 60% (52.000), dei circa 88.000 utenti delle RSA nel 2017, è rappresentato da donne.

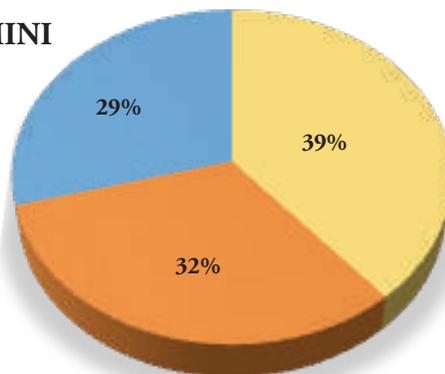
Questa carrellata di dati fotografa una situazione che richiede ed esigerà in futuro attenzione e interventi diversificati all'interno del sistema sanitario.

GRAFICO 1, 2:  
PRINCIPALI CAUSE DI MORTE IN ITALIA

**DONNE**



**UOMINI**



■ malattie sistema cardiocircolatorio  
■ tumori  
■ altro

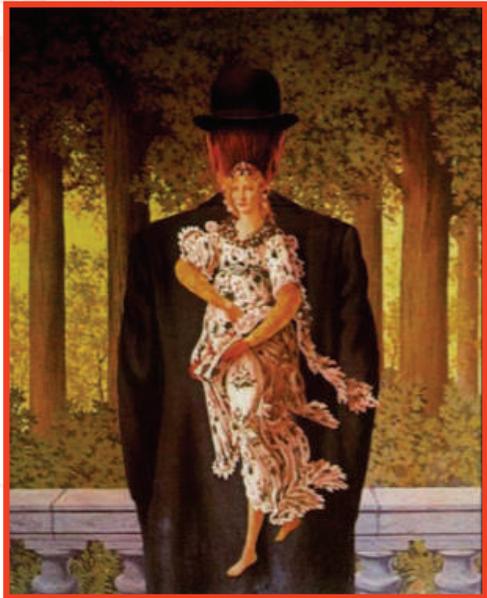
Fonte: ISTISAN (2017)

Il convegno *Medicina di genere: nuove prospettive nella salute*, che si è svolto a Milano il 21 marzo 2018, è stato l'occasione per riflettere su un tema ancora insufficientemente sviluppato sul piano della ricerca, dell'azione medica, delle politiche sanitarie e della divulgazione tra il grande pubblico. Attraverso il contributo degli esperti, che sono intervenuti, è stato ampliato il campo delle conoscenze scientifiche "ridisegnando" il quadro della medicina di genere che rappresenta probabilmente uno dei cambiamenti più importanti della medicina, in quanto nuovo paradigma per affrontare i problemi ri-

guardanti la salute umana. È stata sottolineata l'importanza del determinante genere/sexo nel creare percorsi di prevenzione, diagnosi, terapia e assistenza che tengano conto delle differenze al fine di assicurare la "centralità del paziente" e promuovere equità tra uomini e donne. È stata anche ribadita l'opportunità, nel contesto sociale del nostro Paese, di sviluppare risposte sanitarie adeguate alle sfide dell'invecchiamento, della cronicità, della disabilità e ai bisogni di salute che sono crescenti, diversi e di particolare complessità. La dimensione di genere può costituire un approccio metodologico e uno strumento



**MEDICINA DI GENERE**  
NUOVE PROSPETTIVE NELLA SALUTE



**CENTRO CULTURALE DI MILANO - LARGO CORSIA DEI SERVI, 4**  
**21 MARZO 2018 Ore 9.00 – 13.00**

<p><b>Responsabile Scientifico</b> Dott.ssa Antonia Carlino</p>	<p><b>Segreteria Organizzativa</b> Coordinamento Donne Fnp - Cisl Lombardia Tel. 02 89355300 <a href="mailto:pensionati_lombardia@cisl.it">pensionati_lombardia@cisl.it</a></p>
---	---

per orientare gli interventi e le politiche sanitarie verso una medicina genere-specifica, cioè sempre più a misura dell'individuo e personalizzata; sotto questo profilo, migliorando l'appropriatezza delle cure rappresenta anche un obiettivo strategico per la qualità e la sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale.

È però necessario per arrivare a questa maggiore appropriatezza orientare gli interventi sanitari, costruire percorsi specifici, organizzare processi formativi e sviluppare una maggiore consapevolezza tra gli stessi utenti.

*Gli atti del convegno riportano tutti gli interventi secondo l'articolazione del programma. È stata, tuttavia, operata una selezione dei contenuti proposti per evitare la ripetizione di argomenti, richiamati dai relatori nel corso della loro esposizione, ma che nel report sarebbero risultati ripetitivi*



## Intervento Introduttivo

**Marco Maurizio Colombo<sup>2</sup>**

*“La rivoluzione silenziosa della medicina di genere ha superato il primo grande ostacolo sul suo cammino, quello di essere accettato come un innegabile e necessario cambiamento di paradigma. Questo è solo l’inizio. Ora è tempo di cominciare un vero e proprio viaggio interdisciplinare ed investire risorse, sia in ambito accademico che clinico affinché la medicina di genere diventi parte integrante del modo in cui insegniamo e applichiamo la moderna medicina a beneficio di uomini e donne allo stesso modo”.<sup>3</sup>*

Queste parole del prof. Marek Glezerman, uno dei massimi esperti nella comunità scientifica internazionale, chiariscono perché la medicina di genere costituisca una necessità di metodo e di analisi che può diventare uno strumento per una migliore programmazione sanitaria. In quest’ottica rappresenta anche un punto d’interesse non solo per la comunità scientifica, per i dirigenti e gli operatori sanitari, ma anche per il sindacato, proprio per le possibili ricadute per il cittadino. Con questo convegno si vuole contribuire alla diffusione della medicina di genere e alla comprensione della sua complessità e rilevanza sanitaria e sociale.

Dagli anni ‘90 in poi la medicina ha subito un’evoluzione attraverso un diverso approccio, per molti aspetti innovativo, mirato a studiare l’impatto del genere e di tutte le variabili che lo caratterizzano non solo biologiche ma anche ambientali, culturali e sociali. In medicina, quindi, nella sperimentazione farmacologica e nella ricerca scientifica il tema delle differenze di genere è divenuto, nella storia recente, un tema centrale e importante, proprio perché le differenze di genere influiscono sia sulla prevenzione che sulla

diagnosi e nella cura delle malattie.

C’è, tuttavia, la necessità di porre particolare attenzione allo studio del genere inserendo questa nuova dimensione in tutte le aree specialistiche; la medicina di genere, infatti, non va intesa come “medicina delle donne”, ma nell’ambito più ampio della medicina “genere specifica” che tiene conto dei vari fattori determinanti per la condizione e lo stato di salute di ciascun individuo con la sua peculiarità.

Con questo nuovo approccio è possibile garantire a ogni individuo maschio/uomo, femmina/donna, l’appropriatezza terapeutica e rafforzare ulteriormente il concetto di centralità del paziente e di personalizzazione delle terapie.

La stessa Organizzazione Mondiale della Sanità ha evidenziato l’importanza di porre maggiore attenzione alle condizioni culturali e socio-economiche, presenti nelle diverse aree geografiche del mondo, che possono precludere l’accesso alle cure e creare condizioni di disparità, insistendo sulla revisione delle politiche sanitarie e sulla stesura di programmi che possano assicurare migliori risposte di salute nel mondo.

La medicina genere-specifica rappresenta, anche per il nostro Paese, una nuova prospettiva per il futuro della salute e dovrebbe essere inclusa tra i parametri essenziali indispensabili dell’attività clinica e della programmazione e organizzazione dell’offerta sanitaria.

Le organizzazioni sindacali sono interessate a sostenerne la diffusione non solo perché può garantire maggiore appropriatezza delle cure per tutti, donne e uomini, ma anche perché può favorire l’efficientamento e la sostenibilità economica del sistema sanitario.

In quest’ottica da SPI-FNP-UILP sono state elaborate alcune proposte, per la negoziazione con gli Enti Locali e con Regione Lombardia, affin-

2. Marco Maurizio Colombo - Segretario Generale FNP CISL Lombardia.

3. Marek Glezerman, *Principi di Medicina Genere Specifica*, prefazione. Il Prof. M. Glezerman è direttore del Centro di ricerca sulla Medicina di genere presso il Rabin Medical Center di Tel Aviv.

ché siano programmate politiche di prevenzione delle patologie e percorsi di cura che tengano conto delle differenze di genere, siano adottate misure di contrasto alle disuguaglianze economiche e sia previsto l'ampliamento delle strutture ospedaliere con Bollino Rosa<sup>4</sup>.

Per realizzare questi obiettivi è necessario operare, nel rapporto con le istituzioni pubbliche, anche sul piano economico-amministrativo affinché, come suggerito nelle ultime disposizioni dal Ministero dell'Economia e Finanze, si adotti il Bilancio di Genere quale strumento per eliminare le disuguaglianze tra uomini e donne. Sostenere il bilancio di genere, significa costruire un documento che può monitorare e migliorare la spesa pubblica secondo obiettivi di parità reale

in un contesto di azione pubblica socialmente responsabile.

Il viaggio verso una maggiore equità nella salute è ormai iniziato e quanto è stato realizzato nell'ambito della medicina di genere sta dando i suoi frutti, sebbene occorra abbattere pregiudizi, insistenze culturali e qualche ritardo che ancora persistono.

Le Organizzazioni Sindacali possono svolgere un ruolo importante di sensibilizzazione presso l'opinione pubblica e di stimolo verso le istituzioni affinché la prospettiva della medicina di genere, sia inserita nelle policy e nell'organizzazione dei sistemi sanitari e per le responsabilità che loro competono non si sottrarranno a questa sfida che rimane tra le più urgenti per il futuro.



4. Il Bollino Rosa è il riconoscimento che ONDA (l'Osservatorio Nazionale sulla Salute della Donna) attribuisce agli ospedali italiani con percorsi diagnostico-terapeutici e servizi dedicati alle patologie femminili di maggior rilievo clinico.

## L'equità inizia dalla salute: medicina di genere ieri e oggi

Antonia Carlino<sup>5</sup>

### Genesi ed evoluzione della medicina di genere

La medicina di genere inizia ad essere promossa negli Stati Uniti, intorno alla metà degli anni '80, quando le trasformazioni sociali e culturali, avvenute nel precedente decennio, coinvolgono anche l'ambito medico-scientifico. Sull'onda del Movimento per la Salute delle Donne si sviluppa un nuovo interesse per le patologie femminili e vengono messi in discussione non solo i risultati delle sperimentazioni, condotte su un solo sesso, ma anche lo stesso approccio alle cure nella pratica clinica. Fino a quegli anni le ricerche e le relative policy sanitarie erano state orientate prevalentemente

su una visione androcentrica della medicina, per cui la salute della donna, tranne l'aspetto riproduttivo, era trattata come quella di un piccolo uomo. Anche la ricerca sulle basi molecolari della fisiopatologia umana era fondata sul postulato che, tranne per l'apparato riproduttivo, non esistessero negli altri organi differenze legate all'assetto cromosomico femminile (XX) e maschile (XY).

Il maschile come neutro è un equivoco scientifico. Standard clinici e protocolli diagnostici, costruiti essenzialmente sulla popolazione maschile, hanno determinato per decenni la sistematica sottovalutazione o un'interpretazione errata dei diversi sintomi femminili con questi esiti: comportamenti clinici distorti, ricoveri impropri, risposte terapeutiche inadeguate, reazioni avverse ai farmaci (superiori nelle donne del 50% rispetto ai maschi), maggiori tassi di mortalità, come nel caso delle patologie cardiache, in particolare dell'ischemia acuta.

### PATOLOGIE CARDIACHE

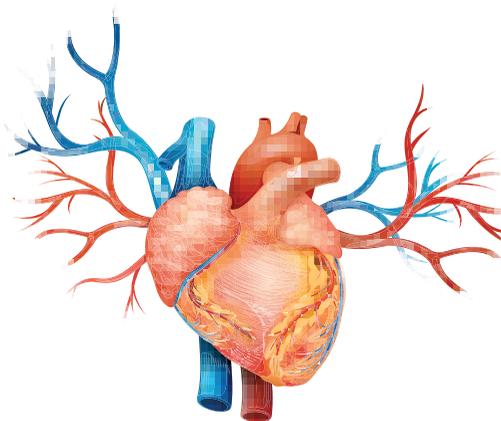
Le malattie cardiovascolari restano tra le principali cause di mortalità, perché tardivamente diagnosticate e sottovalutate per la diversità del loro manifestarsi e della loro progressione.

### DIFFERENZE ANATOMO-FISIOLOGICHE<sup>6</sup>

	CUORE femminile	CUORE maschile
Peso:	230 – 280 gr	280 – 340 gr
Volume:	650 cc	800 cc
Diametro trasverso:	10,5 cm	12 cm

Nella donna:

- cavità cardiache più piccole
- arterie coronarie più piccole
- più sottili e tortuose
- ciclo cardiaco più corto
- tratto QT più lungo



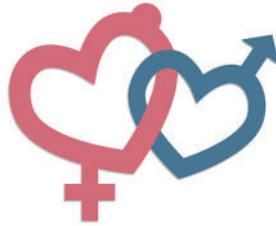
5. A. Carlino - Ginecologa, Coordinatrice Donne CISL Medici della Lombardia.

6. A. Carlino - presentazione Convegno "Medicina di genere: nuove prospettive nella salute".

## SINTOMI NELL'INFARTO CARDIACO<sup>7</sup>

### DONNA

nausea  
vomito  
peso retrosternale  
ansia e agitazione  
dolore alla madibola



### UOMO

dolore acuto retrosternale

## INFARTO DEL MIOCARDIO<sup>8</sup>

La mortalità della donna in fase acuta e in periodo ospedaliero è sempre superiore rispetto agli uomini, anche a 6 mesi da un infarto e a distanza di 6 anni da un intervento di by pass.

Dopo un infarto si verifica una maggiore compromissione emodinamica e più frequenti aritmie maligne.

Rottura di cuore, dissezione coronarica.

Sindrome di tako tsubo.

*(tipica alterazione della cinetica ventricolare con acinesia medio-apicale con coronarie indenni ma rialzo degli enzimi di miocardio lisi)*

- L'età di insorgenza della patologia coronarica è più elevata.
- Prevalente la coronaropatia monovasale.
- Il diabete è più dannoso per le donne che per gli uomini sulla patogenesi dell'infarto

Nel 1991 la cardiologa americana Bernardine Healy<sup>9</sup>, pubblica sul *New England Journal of Medicine*, un editoriale dal titolo *The Yentl Syndrome*, in cui denuncia le sistematiche discriminazioni subite dalle pazienti sia in fase diagnostica che terapeutica. Nel suo articolo la Healy, stigmatizzando i comportamenti dei cardiologi nei confronti delle donne, parla di *sindrome di Yentl* - in analogia con l'eroina del romanzo di Isaac B. Singer costretta a travestirsi da uomo per accedere alla scuola religio-

sa ebraica, preclusa alle donne - e conferma l'esistenza, anche in ambito medico, di una *questione femminile*.

Sulla base delle evidenze scientifiche nelle patologie cardiache si apre il dibattito per un approccio diverso alla salute delle donne.

Nasce così la medicina di genere.

Con la consapevolezza delle disuguaglianze di trattamento, inizia a diffondersi e a consolidarsi, nella comunità scientifica americana e internazionale,

7. A. Carlino - presentazione Convegno "Medicina di genere: nuove prospettive nella salute".

8. P. Matarrese - presentazione Convegno "Medicina di genere: nuove prospettive nella salute".

9. Bernardine Healy - cardiologa e accademica, in quegli anni Direttrice del NIH (Istituto di Sanità Nazionale Statunitense).

un crescente interesse alle variabili correlate a sesso/genere nelle manifestazioni cliniche delle malattie nell'efficacia e nella sicurezza delle terapie.

Si affermano i primi studi su gruppi di donne intorno alle diverse reazioni fisiologiche e alle cinetiche dei farmaci: il focus è rivolto alla salute delle donne.

Con lo studio delle più diffuse patologie femminili e delle strategie di prevenzione, si passa dalla medicina uomo-centrata alla *medicina delle donne* che possiamo idealmente suddividere in due specificità, quella ginecologico-riproduttiva e quella che Marianne Legato<sup>10</sup> ha definito Bikini View, in quanto associata proprio alle due parti del corpo coperte dal costume bikini. Sulla base di questo orientamento e della *Dichiarazione della Conferenza di Vienna* del 1994, che pone al centro delle politiche la salute della donna, sono avviati gli screening di popolazione per i tumori della mammella e del collo dell'utero e sono istituite importanti azioni sanitarie attente alla pianificazione familiare. La *prospettiva di genere* integra poi il concetto di sesso per considerare le altre variabili determinanti per la salute nell'essere umano quali l'etnia, lo stile di vita, la storia personale, le predisposizioni gene-



tiche, che hanno un peso diverso fra individuo e individuo, infatti se gli uomini e le donne possono essere colpiti da medesime malattie, si registrano significative differenze rispetto all'insorgenza, all'evoluzione, alla risposta ai trattamenti e alla stessa prognosi.

L'ipotesi evolutiva enunciata dalla prof.ssa Adriana Maggi e dalla dott.ssa Sara Della Torre, con la pubblicazione nel 2017, dopo 10 anni di ricerche, dello studio "*Sex Differences: A Resultant of an Evolutionary Pressure?*" allarga la visione sulla medicina di genere e aggiunge, un nuovo tassello alla

#### IPOTESI EVOLUTIVA

*Adriana Maggi e Sara Della Torre - Università Statale di Milano*

Sotto la pressione selettiva è cambiato, nel processo di differenziazione dei sessi, anche il funzionamento di organi e apparati diversi da quelli responsabili della riproduzione.

Processi di adattamento nelle femmine per far fronte alle diverse fasi riproduttive.

- Sistema nervoso adatto a occuparsi della prole.
- Sistema cardiovascolare capace di sopportare gli stress legati ai cambiamenti di massa corporea per la gravidanza.
- Sistema immunitario che non deve attaccare il sistema di un altro individuo geneticamente diverso, ospitato nel suo grembo.
- Sistema endocrino e ghiandolare che deve riconoscere la fase terminale della gravidanza per secernere il latte materno.
- Strategie per il metabolismo epatico dei prodotti di scarto del feto e della placenta.

*"Sex Differences: A Resultant of an Evolutionary Pressure?" - Cell Metabolism 2017*

10. Marianne J. Legato - è riconosciuta a livello mondiale tra i massimi esperti in medicina di genere. Ha curato il manuale medico, *Principles of Gender Specific Medicine*, la prima raccolta per un pubblico professionale degli aspetti specifici del sesso nella normale funzione umana e della malattia.

comprensione delle differenze tra uomini e donne. Queste differenze sarebbero legate non più e non solo ad aspetti socio-economici o culturali, ma anche e soprattutto a profonde divergenze biologiche e fisiologiche sviluppatesi durante il lungo processo evolutivo, iniziato milioni di anni fa, che ha prodotto il differenziarsi dei due sessi, il cambiamento della strategia riproduttiva, da ovipari a mammiferi, e l'adattamento negli organismi femminili del proprio metabolismo energetico alle diverse fasi della riproduzione sino alla rinuncia, in caso di carestie, per evitare competizione fra genitori e figli. Le differenze fisiologiche e biologiche tra uomo e donna spiegherebbero – secondo questo studio – anche la diversa suscettibilità e risposta di maschi e femmine alle malattie e ai farmaci.

### ***Salute ed equità: il ruolo delle Istituzioni***

La dimensione di genere è una necessità di metodo, di analisi e governo di sistema contro tutte le discriminazioni e diventa essenziale per delineare programmi, organizzare l'offerta dei servizi, indirizzare la ricerca, raccogliere dati, fare prevenzione e promuovere la salute.

È tuttavia necessario che ci sia, ai vari livelli e tra i diversi attori, una maggiore sensibilità sul tema dell'uguaglianza di genere e che questo principio sia considerato strumento di aderenza ai tempi e di progresso sociale. Le Organizzazioni Internazionali hanno svolto un ruolo molto importante per la promozione e la diffusione di questo nuovo approccio alla disciplina medica, supportato nel corso degli anni da consolidate evidenze scientifiche.

Nel 1998 l'*Organizzazione Mondiale della Sanità* (OMS), in particolare, ha preso atto delle differenze tra i due sessi ed ha inserito la medicina di genere nell'*Equity Act* a conferma che il principio di equità deve essere applicato all'accesso e all'appropriatezza delle cure, considerando l'individuo nella sua specificità.

Nel 2002 ha chiesto che l'integrazione delle considerazioni di genere nelle politiche sanitarie di-

venti pratica standard in tutti i programmi.

In Europa la diffusione della medicina di genere si è consolidata nell'ultimo decennio grazie al ruolo svolto dal mondo della ricerca (centri specializzati, reti di esperti, formazione nelle università) e di recente sta conoscendo un notevole sviluppo per l'impegno in particolare della Comunità Europea.

Nel 2010 il Parlamento Europeo inserisce strategie che prevedono l'impatto del genere nel Piano per la prevenzione delle malattie cardiovascolari in Europa; nello stesso anno la Comunità Europea presenta la "Carta delle donne", documento con il quale rafforza l'impegno a favore della parità tra uomini e donne e rivendica il rispetto della dignità e integrità delle donne, in particolare ponendo fine alla violenza di genere, attraverso politiche mirate.

Nel 2011 nasce lo *European Institute for Gender Equality* (EIGE) e la Comunità Europea cura il "*Rapporto 2011 sullo stato di salute degli uomini d'Europa*", che ha contribuito a mettere in luce le grandi disparità di salute tra gli uomini di Nazioni diverse.

Con "*Europa 2020*" si inquadra l'uguaglianza di genere nell'ambito del progresso sociale.

In Italia nel 2004 è stato organizzato, presso il Ministero della Salute, il primo grande evento genere-specifico "*La salute della donna: differenze, specificità e opportunità*", ma per la specificità del nostro sistema sanitario, si sono sviluppate strategie d'intervento molto diversificate anche tra le regioni che per prime ne hanno incluso la promozione nei Piani Sanitari e Socio-Sanitari, quali Toscana, Lombardia, Piemonte, Emilia-Romagna e Basilicata.

Si stanno tuttavia creando nel corso degli ultimi anni molti centri d'interesse differenziati: dalle associazioni, al mondo scientifico, a quello politico - istituzionale e dell'organizzazione del servizio sanitario.

Anche l'ISTAT ha dimostrato una maggiore attenzione raccogliendo dati quantitativi e qualitativi in ottica di genere, definendo e descrivendo

la comunità cui appartengono per cui è possibile tracciare un profilo di salute della popolazione che mette in evidenza i problemi sanitari più urgenti attraverso politiche sensibili al *gender mainstreaming*.

Gli ultimi atti confermano questa tendenza:

- nel 2017 la medicina di genere è entrata tra gli obiettivi formativi e informativi del Servizio Sanitario Nazionale e con l'istituzione del nuovo Centro di Riferimento si promuoverà non solo la ricerca ma anche lo sviluppo di una rete tra i vari centri italiani per ampliarla a livello europeo;
- nel 2016 è stata depositata alla Camera dei Deputati la proposta di legge "Disposizioni per favorire l'applicazione e la diffusione della medicina di genere" prima firmataria l'attuale senatrice Paola Boldrini;
- nel dicembre 2016 la Conferenza Permanente

dei Presidi ha condiviso all'unanimità una mozione – progetto pilota affinché nei corsi di Laurea in medicina siano inserite unità didattiche elementari pertinenti alla medicina di genere già dal corrente anno accademico 2017/2018;

- il 22 dicembre 2017 nel DDL Lorenzin all'art.1 e all'art.3 si recepisce l'introduzione in medicina di un orientamento attento alle differenze di sesso e genere in tutte le sue applicazioni, sia nella sperimentazione clinica dei farmaci che per tutto il percorso clinico.

Nel contesto lombardo la *medicina di genere* è stata posta sotto i riflettori ed è stata oggetto di approfondimenti, tramite Eupolis Lombardia che, all'interno del Piano Ricerche 2015-2016, ha condotto un importante studio sulla materia ed anche la significativa attività dell'ONDA ha contribuito alla sua promozione.



## Medicina di genere: conviene personalizzare le cure?

Filippo Cristoferi<sup>11</sup>

### La demografia è donna

Il tema della sostenibilità del sistema e dalla personalizzazione delle cure ha la necessità di essere indagato anche dal punto di vista demografico. Sulla base delle rilevazioni HS-SiSSI<sup>12</sup>, da leggersi congiuntamente con i dati già presentati<sup>13</sup>, emerge che tra il 2000 e il 2014 l'aspettativa media di vita degli italiani è passata da 79,8 a 83,2 anni, con un aumento di 3,4 anni. Contemporaneamente, l'età media dalla quale si manifestano le malattie croniche è scesa da 56,5 a 53,5 anni, ampliando di 6,4 anni il gap di età potenzialmente affetta da almeno una cronicità. Questi dati devono accendere una particolare at-

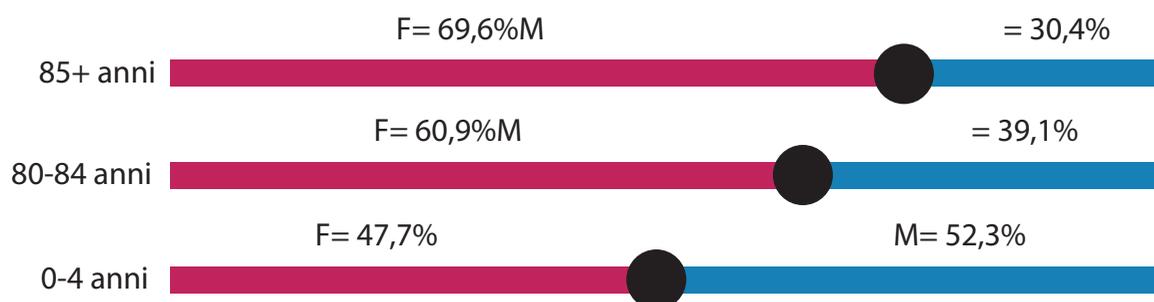
tenzione ai massimi livelli politici, perché indicano che i prossimi anziani staranno peggio degli attuali e probabilmente inizieranno ad avere bisogno di sostegno e cure prima di quanto non accada oggi. Un trend che mette pressione anche sulle finanze pubbliche: i ricercatori stimano che la spesa extra per il sistema sanitario nel 2014, rispetto al 2000, sia stata di circa 8,7 miliardi di euro. Nell'intero quindicennio significa che sono stati necessari 54 miliardi per far fronte al fenomeno.

In Europa le donne vivono più a lungo degli uomini (82 anni contro 76), ma visto che il numero di anni trascorsi in buona salute è quasi lo stesso (63 per le donne e 61 per gli uomini), va posta particolare attenzione sulla salute del genere femminile in età anziana.

Una ricerca condotta su dati del Sistema Sanitario Regionale della Regione Toscana, e riportati di seguito, chiarisce ulteriormente i concetti espressi.



Nascono più maschi che femmine, ma già intorno ai 40 anni le donne sorpassano numericamente gli uomini, per arrivare agli ultraottantenni in cui sono il doppio dei coetanei maschi:

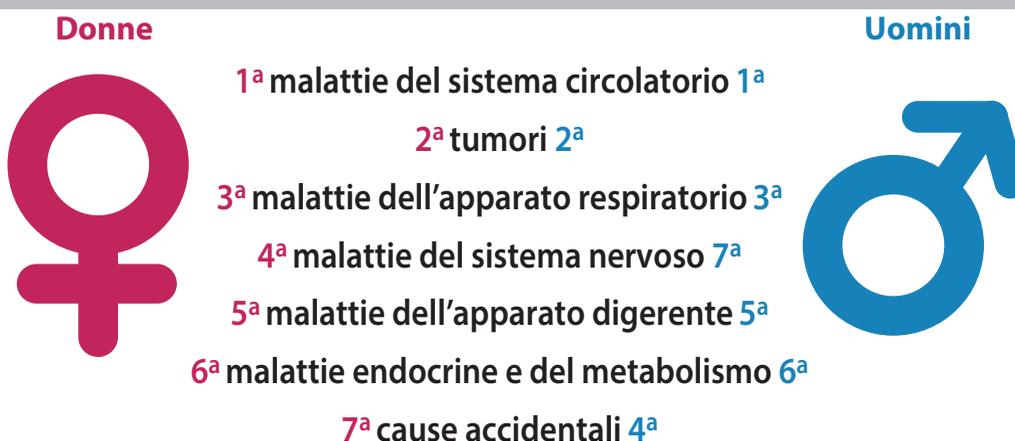


11. Filippo Cristoferi – membro del Comitato Scientifico della Fondazione De Gasperi, collaboratore CREMS/CROILS.

12. HS-SiSSI – Health Search SiSSI (Simulazione Spesa Sanitari Italiana) è una banca dati per studi e ricerche in ambito sanitario.

13. Vedi pagg. 3 e 4

## Prime 7 cause di morte



### Impatto patologico

L'analisi demografica pone l'accento, in termini valutativi, tanto sui fattori di rischio e prevenzione in ottica di genere, sia sugli elementi patologici e sintomatici associativi allo stato di genere.

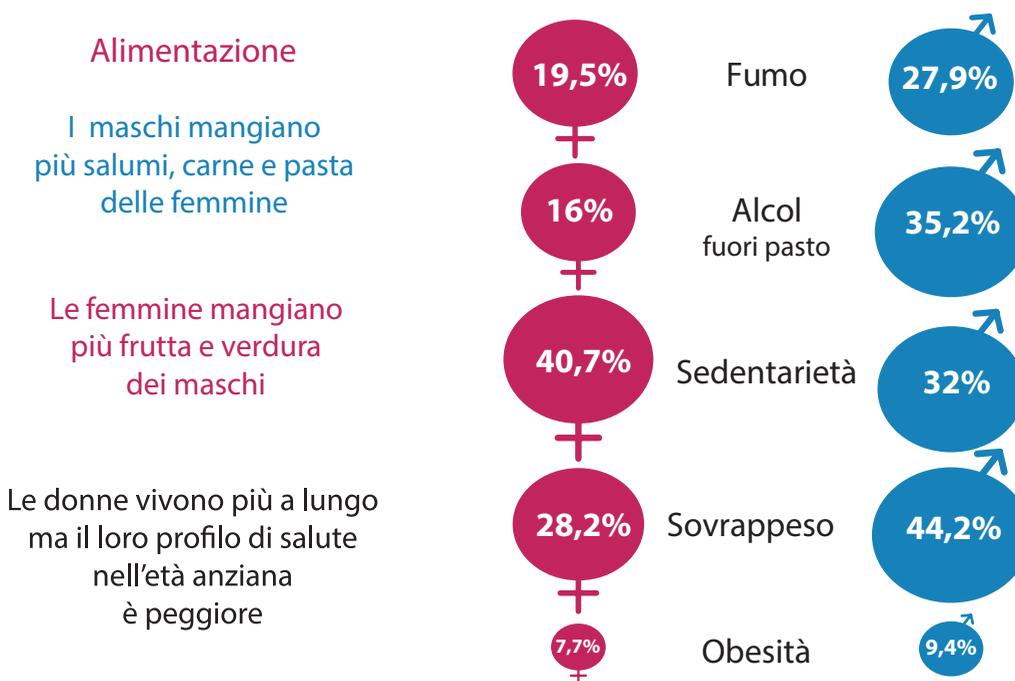
Se si considerano singoli ambiti patologici si possono rilevare alcune significative evidenze:

- **Malattie cardiache** - la cardiopatia ischemica è la principale causa di morte per le donne di tutti i Paesi, con un tasso di mortalità lievemente superiore a quello maschile, ed è

la prima causa di morte tra le donne di età compresa tra i 44 e 59 anni. Le donne hanno maggiori probabilità degli uomini di avere un secondo infarto entro un anno dal primo.

- **Depressione** - le donne hanno una probabilità 2-3 volte superiore a quella degli uomini di essere colpite da depressione, anche a causa dei minori livelli di serotonina nel cervello.
- **Osteoporosi** - le donne rappresentano l'80% della popolazione colpita da questa malattia.
- **Cancro al polmone** - a parità di esposizione

## Stili di vita



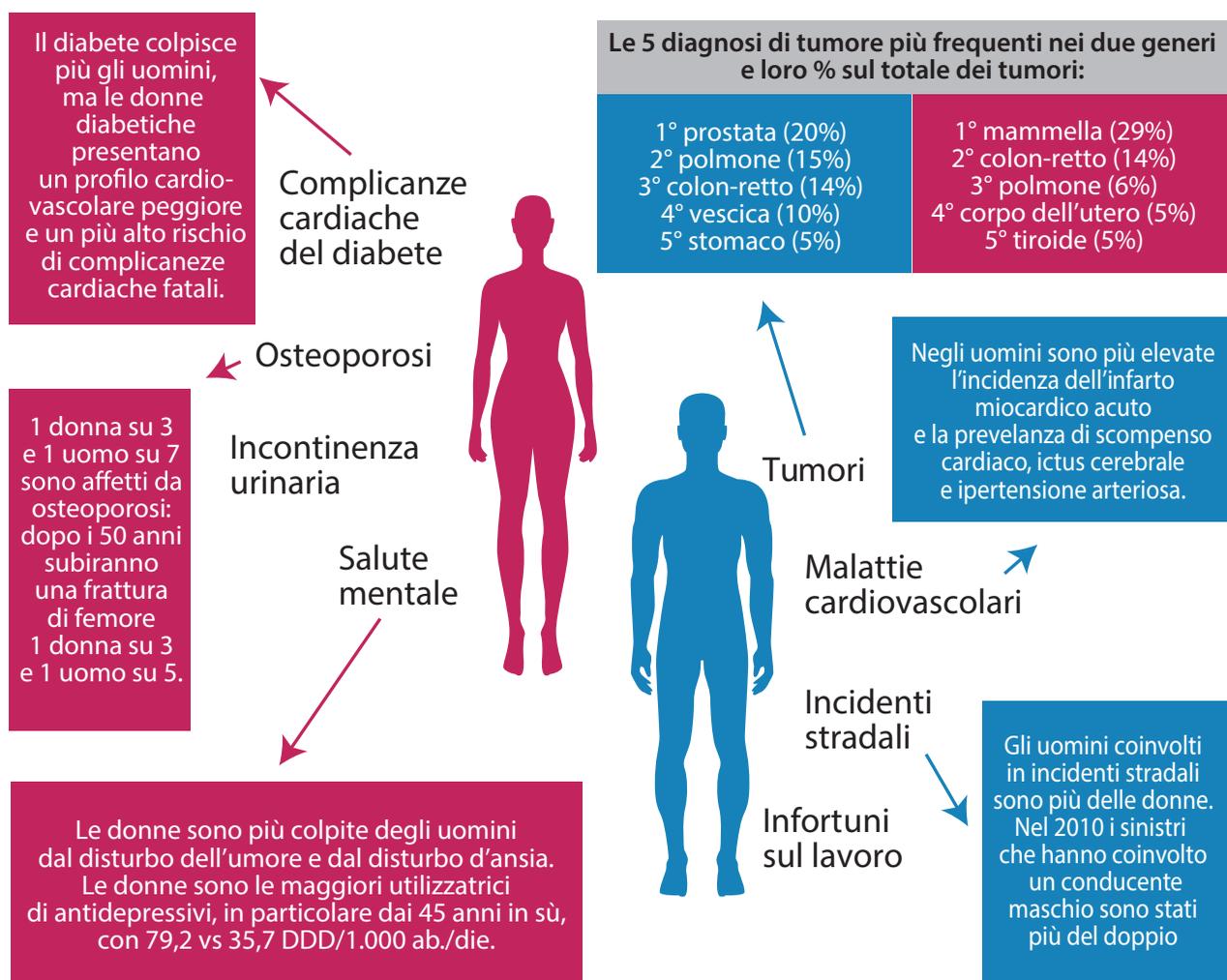
al fumo, le donne hanno maggiori probabilità di sviluppare tumore al polmone rispetto agli uomini. Il sesso femminile è, infatti, più sensibile alle sostanze cancerogene presenti nelle sigarette.

- **Malattie sessualmente trasmesse** - rispetto agli uomini, le donne hanno una probabilità doppia di contrarre una malattia sessualmente trasmessa. E dieci volte superiore di contrarre l'HIV a causa di rapporti sessuali non protetti.
- **Anestesia** - le donne tendono a riprendersi dall'anestesia più velocemente degli uomini: in media, le donne impiegano 7 minuti contro gli 11 degli uomini.
- **Reazioni ai farmaci** - farmaci comuni, come antistaminici e antibiotici, possono

provocare reazioni ed effetti collaterali diversi in donne e uomini.

- **Malattie autoimmuni** - è di sesso femminile il 75% delle persone che soffrono di malattie del sistema immunitario, come la sclerosi multipla, l'artrite reumatoide e il lupus.
- **Alcool** - le donne producono una minore quantità dell'enzima gastrico che metabolizza l'etanolo. A parità di consumo, dunque, le donne presentano una maggiore concentrazione di alcool nel sangue rispetto agli uomini, anche tenendo conto delle differenze di peso.
- **Dolore** - gli oppioidi (morfina) potenti agenti analgesici hanno maggiore efficacia sulle donne.

## Patologie e problemi di salute



### **Ricerca e Formazione: un ragionamento sistemico**

In termini sistemici occorre una valutazione che parta dalla formazione e dalla ricerca focalizzando in particolare ambiti specifici:

- **Formazione** - promuovere l'introduzione di contenuti tematici orientati all'analisi del tema della personalizzazione delle cure, in generale, con una particolare focalizzazione sul genere nella didattica universitaria, ampliando gli interventi già avviati<sup>14</sup>, e attivando iniziative con il coinvolgimento delle società scientifiche e delle varie figure professionali.
- **Ricerca** - promuovere valutazioni di impatto, in ottica di Health Technology Assessment (HTA) che riguardino a 360° il processo di cura e che interessino anche la Farmacologia nei due aspetti della farmacodinamica e della farmacogenetica, introducendo logiche di genere, come previsto dal DDL Lorenzin, nelle sperimentazione cliniche di fase I.

### **Valutazione economica: impatti diretti e indiretti**

Relativamente alla valutazione economica di costo/efficacia e costo/efficienza nella valutazione degli input produttivi (costi) e degli output (prestazioni/dosi) e degli outcome (stato di salute e prospettive di vita) è applicabile la *teoria dell'iceberg*.

Si stima che gli impatti diretti di una medicina personalizzata di genere siano riconducibili solo ad un 10%, mentre gli impatti indiretti tanto in termini di costi (dati da una trascuratezza della

materia) sia in termini di benefici (dati da una specifica focalizzazione tematica) siano molto più significativi (90%). Rimane comunque particolarmente difficile la determinazione dei costi e dei risparmi associabili in via diretta e indiretta a tali analisi di genere.

Da questo punto di vista lo sviluppo *dell'integrazione delle basi dati* (Ministero della Salute, INAIL, INPS, ecc.) e lo sviluppo di *piattaforme di analisi dei "big data"* (a titolo esemplificativo si cita il sistema Watson di IBM), potranno in un prossimo futuro facilitare la valutazione specifica di impatto.

Si proverà di seguito a dare evidenza di alcuni *impatti diretti* associabili alla medicina di genere per quanto oggi stimato e disponibile:

- relativamente agli impatti diretti, in termini di aderenza terapeutica, si stima che solo per quanto riguarda i ricoveri, per una Regione media italiana si potrebbero stimare risparmi per almeno 4-5 milioni di euro. Il sistema Italia avrebbe risparmi complessivi superiori a 100 mln di euro con la medicina di genere e personalizzata (Franconi<sup>15</sup>);
- applicando le logiche della medicina di genere all'ipertensione si possono stimare risparmi come sistema Paese nell'ordine dei 10-15 mln€/anno (Mennini<sup>16</sup>);
- associate alle malattie infiammatorie croniche intestinali (Morbo di Cron e colite ulcerosa, in primis) si possono stimare risparmi associati per caso pari a 15.000€/anno (Restelli<sup>17</sup>).

Inoltre, attualmente, è di significativo impatto il dato emerso da alcuni studi di genere nella farmacologia che verificano come il rischio di reazioni avverse nelle donne sia quasi il doppio (1,7

14. Si rimanda a relazione A. Carlini pag. 13

15. Flavia Franconi - Professore ordinario di Farmacologia cellulare e molecolare del dipartimento di Scienze biomediche dell'università di Sassari, Vicepresidente e Assessore con delega alle Politiche per la persona della Regione Basilicata. È una delle massime esperte di farmacologia di genere universalmente riconosciute.

16. Francesco Saverio Mennini - Professore di Economia Sanitaria, EEHTA CEIS Facoltà di Economia Università Tor Vergata, Roma.

17. Umberto Restelli - Ricercatore presso il Centro di Ricerca in Economia e Management in Sanità e nel Sociale (CREMS), Università Carlo Cattaneo - LIUC, Castellanza (Va).

volte) rispetto agli uomini. Conseguentemente alle reazioni avverse è imputabile un maggior numero di ricoveri ospedalieri (60% donne) che incidono sui costi del sistema sanitario, ma anche sui costi individuali e sociali associati, in stretto collegamento ad un tasso più elevato di ospedalizzazione e di eventuale mortalità in conseguenza a reazione avversa.

Gli impatti indiretti associabili all'attenzione al genere sono riconducibili a costi sociali differenti:

- il genere maschile associa gli impatti indiretti prevalentemente alla perdita di produttività;
- il genere femminile associa gli impatti indiretti prevalentemente alla perdita di qualità della vita e alla perdita di autonomia, al ruolo di caregiver familiare della donna, ed alle possibilità di supporto domestico.

### **Conclusioni**

Un focus della programmazione sanitaria sui temi di gender potrebbe essere strumentale a fornire dati per la programmazione, strutturati secondo il metodo scientifico, finalizzati alla do-

manda di salute e alla conseguente strutturazione del sistema di offerta.

I vantaggi che potrebbero essere associati a tali pratiche sono riconducibili a:

- ridurre il livello di errore nella pratica medica;
- promuovere l'appropriatezza terapeutica e farmacologica;
- migliorare e personalizzare le terapie;
- migliorare il livello di ricerca clinica e farmacologica e legata alle farmaco-interazioni;
- generare risparmi per il Servizio Sanitario.

La medicina personalizzata, deve essere oggetto di specifiche valutazioni, anche di genere, per evitare il rischio della iper-specializzazione che, a beneficio marginale trascurabile, prevederebbe costi correlati, in ragione di insufficienti economie di volume, molto significativi. Le valutazioni di costo/efficacia e costo/efficienza devono essere necessariamente considerate nelle valutazioni di health public policy.

Concludendo con un slogan bisognerebbe passare *"Da una medicina di genere ad una medicina di iniziativa di genere"*.



## Geni, genere, farmaci e appropriatezza

Paola Matarrese<sup>18</sup>

Nella sua accezione più moderna la medicina di genere indaga tutti gli aspetti delle differenze tra uomo e donna, non solo in patologia, ma anche nella fisiologia e nella biologia.

Si analizzano i dati relativi a morbilità, morbosità, disabilità, ospedalizzazione, ricorso ai servizi sanitari e quelli su violenza e maltrattamenti.

Differenze di genere sono state osservate nell'insorgenza, incidenza, progressione, risposta ai trattamenti e prognosi di numerose patologie autoimmuni, infettive e neoplastiche.

I fattori responsabili di queste differenze sono numerosi, tra questi un ruolo importante è svolto dagli ormoni sessuali, ma anche fattori ambientali, genetici ed epigenetici concorrono in maniera decisiva alle differenze osservate tra i due sessi. Sostanziali differenze, infatti, sono state riscontrate tra maschi e femmine anche in età pediatrica, ancor prima che il fattore ormonale diventi rilevante.

Fino ad oggi gli studi clinici, preclinici e non clinici non hanno tenuto conto di queste differenze e i modelli sperimentali utilizzati sono stati sbilanciati, molto spesso a discapito del genere femminile.

La stessa ricerca in campo farmacologico è stata condizionata da un pregiudizio che considerava uomo e donna simili, al di fuori della sfera sessuale, e da una serie di fattori di ordine etico, economico, fisiologico e socio-culturale che nei fatti hanno impedito l'arruolamento delle donne nei trials clinici. Negli ultimi anni si assiste al superamento di questa forma di *gender-blindness* che ha prodotto da una parte lo sviluppo di farmaci, modelli di malattia e definizione di parametri fisiologici, costruiti prevalentemente sugli uomini, e dall'altra la carenza di ricerche e pubblicazioni di dati disaggregati rispetto al sesso.

La nuova consapevolezza che il genere condiziona non solo la patologia, ma influenza anche l'assorbimento, il metabolismo e l'eliminazione dei farmaci ha determinato un ampliamento degli studi specifici per misurare la reale efficacia di questi nei due generi.

Qualcosa, infatti, sta cambiando in tal senso anche come conseguenza delle continue raccomandazioni di Istituzioni internazionali (es. NIH, OMS, ecc.) e nazionali (AIFA<sup>19</sup>, ISS).

L'impegno di AIFA si è concretizzato anche nella redazione del documento "Farmaci e genere" per sensibilizzare le aziende farmaceutiche, che presentano ricerche su nuovi medicinali, ad analizzare la popolazione femminile, stratificandola per classi di età, per verificare la variabilità di risposta alle terapie e ad effettuare l'elaborazione dei dati anche disaggregati per genere al fine di

### FATTORI LIMITANTI PER L'ARRUOLAMENTO DELLE DONNE NELLA SPERIMENTAZIONE

**Etici:** durante la fase di sperimentazione le donne possono rimanere gravide con possibili effetti teratogeni.

**Economici:** la ricerca di genere è più costosa, a causa dei diversi parametri fisiologici ed ormonali.

**Socio-culturali:** resistenza delle donne a partecipare a studi clinici (tempo richiesto, necessità pratiche e/o psicologiche femminili).

**Fisiologici ed ormonali:** variazioni legate a ciclo mestruale e ad eventuale gravidanza; assunzione di anticoncezionali interferenti sul metabolismo di altri farmaci.

**Eventi avversi:** sono il doppio rispetto agli uomini, a causa dei fattori ormonali.

18. Paola Matarrese - Ricercatrice presso il Centro di Riferimento per la Medicina di Genere dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS).

## GENERE E FARMACI

**PESO** Attivo in proporzione al **Metabolismo** le donne pesano circa il 30 % in meno degli uomini e, a parità di dosaggio, la quantità assunta di principio **Ossidativo** peso è maggiore.

**VOLUME DI DISTRIBUZIONE DEI FARMACI** Farmaci lipofili hanno un volume di distribuzione più ampio nelle donne che hanno circa il 25 % di grassi in più nel corpo. Nelle donne è massimo durante la fase ovulatoria.

**STOMACO** In fase pre-menopausale e in gravidanza vi è una riduzione della formazione di succhi gastrici e conseguente protezione della mucosa gastrica grazie al progesterone e estrogeni. Durante il ciclo mestruale e in gravidanza il tempo di svuotamento gastrico è maggiore. Velocità filtrazione glomerulare minore del 10% nelle donne.

**VARIAZIONI ENZIMATICHE** gender specifiche danno variabilità nell'assunzione dei farmaci.

evidenziare eventuali differenze.

Promuovere un'ottica di genere è basilare per diminuire gli errori nella prescrizione delle cure, per aumentare la sicurezza dei trattamenti farmacologici e assicurare un'adeguata appropriatezza terapeutica generando, così, un risparmio per il SSN.

La medicina di genere si pone come obiettivo quello di realizzare una condizione di "salute" ponendo attenzione non solo alla malattia in quanto tale, ma anche ai *determinanti di salute* intervenendo sui fattori di rischio e agendo sul piano della *prevenzione primaria* attraverso l'adozione di stili di vita salutari (dieta, attività fisica, astensione fumo ed alcol) e sul piano del-

la *prevenzione secondaria*, mediante gli screening per diagnosi precoce.

Il nuovo **Centro di Riferimento per la Medicina di Genere**, che è stato istituito presso l'Istituto Superiore di Sanità, dal primo gennaio 2017 si muove non solo nell'ottica della ricerca, ma anche della prevenzione. Ed ha tra le sue principali finalità la promozione di attività formative e divulgative e lo sviluppo di una Rete dei Centri italiani che si occupano di medicina di genere per ampliarla a livello europeo.

È stato predisposto anche l'invio di una newsletter con informazioni aggiornate, al quale ci si può iscrivere inviando una mail a [mdg2015@iss.it](mailto:mdg2015@iss.it)



19. AIFA - Agenzia Italiana del Farmaco è l'istituzione pubblica competente per l'attività regolatoria dei farmaci in Italia

## Fattori psicosociali e salute di genere

Fulvia Signani<sup>20</sup>

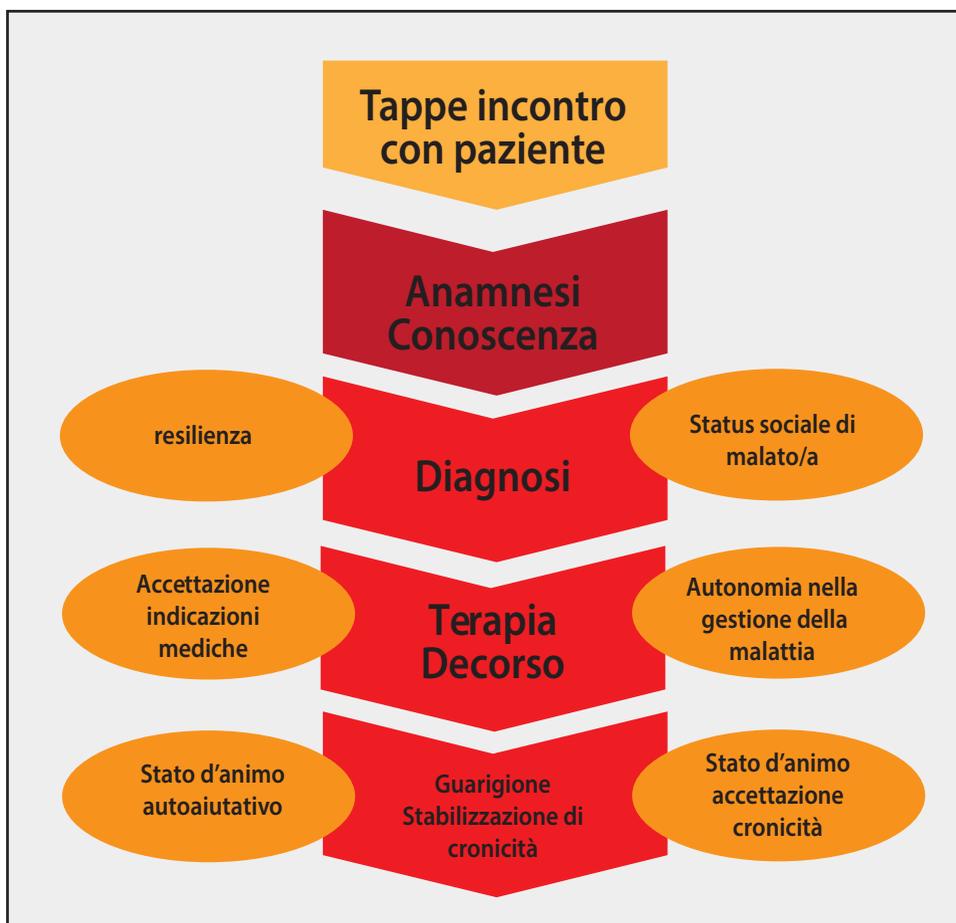
Introducendo il tema della sua relazione Fulvia Signani afferma che la medicina di genere ha “*la velleità di sensibilizzare in modo umanistico una disciplina che si considera scienza dell’uomo ma che rischia di farsi prendere dal tecnicismo, omettendo di valutare la persona con le sue specificità*”.

Se il genere è un fattore determinante la salute, e l’Organizzazione Mondiale della Sanità l’ha riconosciuto tra i fattori psicosociali determinanti per la salute, è necessario che le conoscenze scientifiche, ormai evidenti, si diffondano il più rapidamente possibile e che si attivino procedure, linee guida e percorsi diagnostico-terapeutici coerenti ai principi basilari della Costituzione Italiana, della democrazia e dei Diritti Universali che la medicina di genere si propone di tutelare.

Una delle aree più trascurate in medicina è la comunicazione. Non ci sono molte ricerche in questo ambito, ma sulla base di osservazioni empiriche e di studi, condotti negli USA ed anche in Europa, sappiamo che alcuni fattori di ordine psicosociale interferiscono nelle relazioni medico-paziente e che esistono differenze comunicative tra uomini e donne.

Le tappe d’incontro medico-paziente durante le varie fasi della malattia, dall’anamnesi/diagnosi alla guarigione o stabilizzazione della cronicità, vedono un susseguirsi di azioni messe in campo nel paziente o nella paziente che mettono in evidenza diversità di atteggiamento/comportamento. Si registrano, infatti notevoli differenze tra maschi e femmine rispetto alla capacità di resilienza o di accettazione dello status sociale di malato, nella gestione autonoma della malattia, nel rispetto delle indicazioni terapeutiche oppure nelle capacità di adattamento e/o di proattività ed auto-aiuto quando la cronicità nel percorso di malattia si intreccia anche con la disabilità permanente.

Alcuni studi tedeschi del 2010 sul tema della comunicazione/relazione nella consultazione medica confermano che può essere influenzata, non solo da fattori ambientali e socio-culturali, ma



20. Fulvia Signani - Psicologa e sociologa, incaricata per l'insegnamento di Sociologia di Genere presso l'Università degli Studi di Ferrara. Fa anche parte dello staff dirigenza della AUSL di Ferrara.

anche dall'età e dal sesso.

Uomini e donne comunicano in modo diverso: nel medico-uomo prevale, in genere, la tendenza a sottolineare le differenze di status, nel medico donna, al contrario, è predominante uno stile comunicativo più empatico e confidenziale che è inclusivo, coinvolgente sul piano non verbale, facilitante nella conversazione ed accurato nel valutare i sentimenti e i tratti della personalità.

Altri studi, condotti da ricercatori olandesi, sostanziano che i pazienti e le pazienti nel dialogo con i medici-donna parlano di più, forniscono più informazioni biomediche e psicologiche, risultano più assertivi, tendono ad interrompere maggiormente e mal sopportano una visita che duri sotto i 10 minuti. Rilevano anche che le relazioni nelle diadi genere-mischiate (medico maschio, paziente femmina e viceversa) sono più

### SI PUÒ PARLARE DI GENDER-GAP O DI ATTEGGIAMENTI E STEREOTIPI SESSISTI?

Un articolo pubblicato negli USA nel 2001 sulla *considerazione del dolore* in ambito clinico tra maschi e femmine, ma ripreso ciclicamente dalla stampa americana, suscitò e continua ad esercitare anche dopo molti anni un grande interesse.

Una revisione sistematica delle caratteristiche che incidono sul percorso di diagnosi e autodiagnosi del dolore conferma l'assunto che la valutazione del dolore è soggettiva e indipendente dal sesso. Ma c'è un dato concreto, rispetto alla lamentazione del dolore e alle indicazioni terapeutiche, che conferma un atteggiamento discriminatorio:

- alle donne vengono prescritti dei sedativi;
- agli uomini sono prescritti farmaci specifici contro il dolore.

Perché si determinano queste differenze? Quali fattori intervengono?

Resta un campo poco indagato e non ci sono articoli con *impact factor* sulla difficoltà di presa in carico del paziente che accusa dolore, ma ci sono evidenze empiriche che confermano la presenza di stereotipi e pregiudizi, stratificati nella cultura individuale e collettiva, che intervengono nel processo diagnostico-terapeutico.

- *Fiducia/Dubbio verso il o la paziente* causata da una "diversa alfabetizzazione", cioè dalle differenti capacità, nei due sessi, di descrivere i sintomi della malattia (gli uomini hanno un atteggiamento molto passivo e descrivono in modo approssimativo e generico i propri sintomi: *dolore da neonato*; le donne, forse perché abituate dalla tradizione mestruale, sono più capaci di descrivere i sintomi, con un alfabeto più ricco ed espressivo).
- *Valutazione/sottovalutazione dei sintomi* quale risultante di un retroterra culturale per cui la donna ha per natura una capacità di sopportazione del dolore più alta dell'uomo.

Anche gli studi sulla *depressione* confermano differenze nella diagnostica e nella prescrizione dei farmaci, rispetto ai due sessi.

Le donne, in genere, sono diagnosticate depresse il doppio degli uomini e gli stessi *criteri* usati per la diagnosi della depressione sono classificati diversamente:

- *Sintomi nei maschi*: abuso di sostanze, attacchi di rabbia e aggressioni, comportamenti a rischio ed iperattività.
- *Sintomi nelle femmine*: stress, indecisione, ansia, disturbi del sonno, stato d'animo depresso, incapacità di adattamento.

Il medico-uomo inoltre prescrive più farmaci (ad esempio i sedativi sono prescritti più spesso da medici maschi a pazienti femmine).

difficili, specialmente quando una giovane donna medico visita un paziente maschio. Problema che s'incrocia con un fenomeno di grande attualità: quello della violenza sulle donne medico.

Approfondendo gli aspetti comunicativo-relazionali, ricerche condotte sia in Europa che negli Stati Uniti, mettono in luce altri fattori psicosociali che ancora persistono nell'incontro medico-paziente determinando inappropriata e discriminazioni.

Pregiudizi, luoghi comuni, consuetudini, inconsapevolezza delle diversità costituiscono vere e proprie barriere culturali e "svantaggi" sul piano diagnostico-terapeutico.

*Resta paradigmatico l'esempio della sintomatologia infartuale.* Uno studio del 2016 rivela che, malgrado siano passati moltissimi anni dalla denuncia della *Sindrome di Yentl* da parte della cardiologa Bernardine Healy, permane una caratte-

ristica costante: le donne, a causa di pregiudizi, sono ancora soggette a diagnosi inappropriate.

Anche altre analisi, quali quelle condotte sul *dolore* o sulla *depressione*, sono esemplificative della scarsa considerazione del *genere* quale fattore determinante per la salute.

Sebbene questi studi dimostrino la grande rilevanza del tema, la medicina di genere non è ancora una conoscenza sedimentata e solo di recente è stata inserita nei percorsi formativi dei nostri professionisti della salute. Si richiama poi l'importanza di un piano sanitario che comprenda la divulgazione sistematica, diffusa, permanente tra la popolazione perché non basta avere operatori sensibili e formati se non esiste tra i "pazienti" consapevolezza sui sintomi di una patologia. Il tema dell'informazione e della consapevolezza rimane infatti fondamentale sia nei percorsi diagnostici che nella prevenzione.





## Pari opportunità e politiche della salute nel territorio

TAVOLA ROTONDA:

**Barbara Garavaglia**<sup>21</sup>  
**Carolina Pellegrini**<sup>22</sup>  
**Cinzia Frascheri**<sup>23</sup>  
**Danilo Mazzacane**<sup>24</sup>

La Tavola Rotonda, moderata da Angela Alberti (Coordinatrice donne USR-CISL Lombardia), ha offerto una base qualificata di confronto nell'ambito della medicina di genere ed è stata l'occasione per una prima verifica sulle esperienze maturate, in particolare nel territorio lombardo. Diamo sintesi degli aspetti più significativi emersi dal dibattito.

Sempre più spesso si sente parlare di come donne e uomini debbano essere uguali anche nel diritto alla salute, e sicuramente un approccio

di genere – mirato e differenziato- può garantire equità, appropriatezza nella cura e un migliore utilizzo delle risorse umane ed economiche nel contesto del servizio sanitario.

In Lombardia serve rilanciare, nel confronto con la nuova Giunta regionale, il tema della medicina di genere per passare da una rincorsa a ridurre (inefficacemente) i costi per la sanità, ad un investimento voluto sulla salute, dando continuità a quanto già realizzato e avviando programmi e progetti che sappiano valorizzare i grandi patrimoni che arrivano dalla scienza e dalla ricerca.

Occorre, inoltre, rigenerare la visione e il clima di collaborazione tra i vari soggetti – tra cui il sindacato - che per anni hanno svolto un ruolo importantissimo nei CUG (Comitati unici di garanzia), all'interno della pubblica amministrazione.

L'integrazione tra ricerca, aziende ospedaliere e mondo del lavoro sono essenziali per costruire

21. Barbara Garavaglia - Direttrice U.O. Neurogenetica Molecolare presso l'Istituto Neurologico C. Besta di Milano.

22. Carolina Pellegrini - Consigliera Regionale di Parità - Lombardia.

23. Cinzia Frascheri - Responsabile Dipartimento Salute e sicurezza CISL Confederale.

24. Danilo Mazzacane - Segretario Generale CISL Medici Lombardia.

nel territorio modelli efficaci di *protezione della salute* soprattutto nell'attuale contesto economico che pone i lavoratori in una condizione di fragilità e maggiore esposizione a rischi e malattie correlate al mondo del lavoro (tendenza a non curarsi sempre più alta; aumento delle malattie professionali e oncologiche - 5% dei tumori di origine lavorativa, ma due soli registri per il monitoraggio: mesoteliomi e cavità nasali).

Per una reale tutela della salute delle persone sul luogo di lavoro, il concetto di genere dovrebbe essere declinato verso la *personalizzazione* e la *tipicità*, considerate le problematiche correlate non solo alle diverse modalità organizzative, ma anche alle nuove "frontiere" dell'ambiente di lavoro (smart working, flessibilità e orari di lavoro, esposizione campi elettromagnetici in ambiente WI-FI, ecc.)

Occorre coesione tra i vari soggetti (Istituzioni, aziende/impresе, ATS, medici competenti) affinché siano resi concreti gli obiettivi e i programmi per la tutela della salute in un'ottica di prevenzione, diagnosi e cura.

In un sistema sempre più sollecitato dagli effetti delle trasformazioni del mondo del lavoro un'altra grave questione è posta dal mancato rispetto,

sui luoghi di lavoro, delle diversità di genere nelle patologie oncologiche invalidanti che rischia di diventare *fonte di discriminazioni*. È necessario, pertanto, non solo verificare il rispetto delle regole, ma avviare un'opera di sensibilizzazione anche promuovendo accordi per un codice etico con le aziende che tutelano i diritti dei pazienti oncologici.

È urgente affrontare alcune problematiche legate alla professione medica anche in un'ottica di genere: innalzamento dell'età pensionabile ed esercizio della professione sanitaria rispetto alle responsabilità e ai carichi di lavoro; rapporto medico-paziente ed esposizione delle donne-medico alla violenza sul luogo di lavoro; conciliazione lavoro-famiglia.

Gli operatori della sanità dovrebbero farsi carico di svolgere un compito di educazione sanitaria nei confronti dei cittadini. Sotto questo profilo diventa fondamentale il ruolo dei Medici di base nel promuovere la divulgazione delle conoscenze scientifiche e dei provvedimenti adottati in ambito sanitario, non solo per far conoscere alle persone che hanno meno strumenti, le prestazioni sanitarie che vengano erogate, ma anche per diffondere comportamenti e stili di vita corretti.



## Intervento conclusivo

*Pierluigi Rancati*<sup>25</sup>

È appropriato sottolineare l'importanza di alcune acquisizioni del dibattito sul tema della medicina di genere, come problema di salute pubblica, oggi riproposte in questo convegno, che devono essere di orientamento e sprone nelle nostre iniziative sindacali sulla politica sanitaria, sull'organizzazione e la gestione del Servizio Sanitario Regionale.

Se la mancanza di un corretto approccio di genere è stato ed è ancora causa di diseguaglianze e se il genere è un determinante di salute, ne deriva che l'applicazione di questa prospettiva alla medicina è imprescindibile per delineare e strutturare nuove priorità, azioni, obiettivi e programmi in funzione di una medicina migliore per tutti, donne e uomini.

In quest'ottica l'approccio di genere è anche una tappa obbligata verso *una medicina personalizzata* che metta al centro il paziente nella sua complessità e individualità.

Il che rimanda a una definizione di salute e malattia dove è importante distinguere le patologie riconducibili ad una diversità fisiologica, ma anche quelle che rimandano a specifiche condizioni di lavoro o differenti stili di vita che donne e uomini conducono, stante che i determinanti biologici e sociali della salute non sono neutri, ma assumono significati specifici per genere.

Occorre tuttavia che questo approccio sia praticato in ogni attività sanitaria, con una sistematica analisi di genere che comporta anche un bilancio di genere sull'impatto degli interventi, delle strategie, delle politiche e un impegno costante per una distribuzione equilibrata e corretta delle risorse sanitarie.

Da qui passa la *svolta culturale, clinica e gestionale* invocata da tutti, per lo sviluppo e l'organizzazione di una sanità pubblica che si vuole

più equa, efficace ed efficiente, perché fondata sull'idea di appropriatezza della cura.

In un'economia che si sta ristrutturando e trasformando è importante promuovere questa prospettiva anche per tutti gli aspetti inerenti alla medicina del lavoro, nell'ottica di un nuovo modello prevenzionale e di valutazione del rischio, così come inteso dallo stesso d.lgs 81/2008 in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro. Per quanto la medicina di genere sia presente da tempo nel dibattito scientifico e negli atti del decisore pubblico, resta molto da fare, cominciando da una trasparente, rigorosa e allargata valutazione degli esiti attuativi delle policy finora messe in campo.

La riforma del Titolo V del 2001 ci ha lasciato venti sistemi sanitari regionali con un funzionamento della sanità che amplifica sul territorio il divario nell'accesso alle cure. Perciò anche il percorso di sviluppo e diffusione di questo nuovo paradigma ha subito esso pure una certa frammentarietà, stante anche la mancanza di organici interventi normativi nazionali e la presenza, solo embrionale, d'iniziative di coordinamento istituzionale.

Regione Lombardia vanta il fatto di essere stata fra le prime regioni in Italia ad aver inserito la medicina di genere all'interno dei documenti regolatori del servizio sanitario regionale, la prima ad averla posta tra gli obiettivi operativi per i Direttori Generali delle aziende sanitarie, ed è pure la Regione con più strutture ospedaliere premiate con i bollini rosa dall'Associazione ONDA e tuttavia la medicina di genere non è stata considerata "centrale" nella programmazione sanitaria. Ciò non è dovuto solo alla fase di implementazione della Legge di riforma del sistema socio-sanitario lombardo, che ha comportato un lungo processo di riorganizzazione, ma al modello seguito in Lombardia che assegnava l'implementazione delle attività di ricerca e promozione della medicina di genere all'interno

25. Pierluigi Rancati - Segretario Regionale USR CISL Lombardia.

delle realtà aziendali in un'ottica di valutazione della performance dei Direttori Generali.

Anche nelle Regole di sistema per l'esercizio 2017 e 2018 non c'è alcun rimando a linee d'azione sul tema della medicina di genere, alla quale, in verità, non era assegnato un ruolo strategico nell'organizzazione clinico-assistenziale nemmeno con le Regole delle precedenti annualità. Le "Regole" 2015 e 2016 si limitavano a riprendere e ribadire l'indirizzo della deliberazione del Consiglio regionale dell'agosto 2015, la n. 783, con un breve capitolo d'indirizzo dedicato a questa materia. Tale scelta ha consentito e sollecitato lo sviluppo di molte iniziative di formazione, di sensibilizzazione e di promozione della medicina di genere in diverse strutture ospedaliere, ma non ha favorito scelte univoche e sistematiche di programmazione sanitaria in tutto il territorio lombardo.

Fare programmazione sanitaria dovrebbe essere esercizio dedito a individuare definiti obiettivi di salute e strategie di organizzazione della rete dei servizi e dei presidi atte al loro conseguimento. Ma negli ultimi anni in Regione hanno prevalso altre logiche e *"dagli obiettivi di salute – come ci ricorda Cavicchi<sup>26</sup> – siamo passati a programmare quelli di compatibilità, di razionamento e di gestione"*. Diventa necessario, quindi, nella nuova Consiliatura che sta cominciando, impegnarsi per sollecitare e "restituire" nuova centralità all'approccio di genere nelle politiche della salute, nell'organizzazione ed erogazione delle cure mediche e dei servizi sanitari in Lombardia, a partire da quanto già fatto e dal molto che resta ancora da fare e che, grazie anche al contributo prezioso offerto oggi alla nostra riflessione, la CISL, per la parte e le responsabilità che gli sono proprie, saprà promuovere.



26. Ivan Cavicchi, *I mondi possibili della programmazione sanitaria*, McGraw Hill 2012.

## I NOSTRI CONTATTI

### STRUTTURE REGIONALI

#### FNP CISL Lombardia

Via G.Vida 10  
20127 Milano  
Tel - 02/89355300  
Fax - 02/89355350  
E-mail: [pensionati\\_lombardia@cisl.it](mailto:pensionati_lombardia@cisl.it)  
Sito: [www.pensionaticisl Lombardia.it](http://www.pensionaticisl Lombardia.it)

#### ANTEAS Lombardia

Via G. Vida, 10  
20127 Milano  
Tel - 02/89355370  
Fax - 02/89355371  
E-mail: [lombardia@anteaslombardia.org](mailto:lombardia@anteaslombardia.org)  
Sito: [www.anteaslombardia.org](http://www.anteaslombardia.org)

### STRUTTURE TERRITORIALI

#### FNP CISL Bergamo

Via Carnovali, 88  
24126 Bergamo  
Tel - 035/324260  
Fax - 035/324268  
E-mail: [fnp.bergamo.sebino@cisl.it](mailto:fnp.bergamo.sebino@cisl.it)  
Sito: [www.fnpbergamo.altervista.org](http://www.fnpbergamo.altervista.org)

#### FNP CISL Asse del Po

Via Dante 121  
26100 Cremona  
Tel - 0372/413426  
Fax - 0372/457968  
E-mail: [fnp.assedelpo@cisl.it](mailto:fnp.assedelpo@cisl.it)

#### FNP CISL Brescia Valle Camonica

Via Altipiano d'Asiago, 3  
25128 Brescia  
Tel - 030/3844630  
Fax - 030/3844631  
E-mail: [pensionati.brescia@cisl.it](mailto:pensionati.brescia@cisl.it)

#### FNP CISL Milano Metropoli

Via Tadino, 23  
20124 Milano  
Tel - 02/20525230  
Fax - 02/29523683  
E-mail: [pensionati.milano@cisl.it](mailto:pensionati.milano@cisl.it)  
Sito: [www.fnpmilanometropoli.it](http://www.fnpmilanometropoli.it)

#### FNP CISL Monza-Brianza-Lecco

Via Dante, 17/A  
20900 Monza  
Tel - 039/2399219-218  
Fax - 039/2300756  
E-mail: [fnp.brianza.lecco@cisl.it](mailto:fnp.brianza.lecco@cisl.it)

#### FNP CISL Pavia-Lodi

Via Rolla, 3  
27100 Pavia  
Tel - 0382/530554  
Fax - 0382/539169  
E-mail: [pensionati.pavia@cisl.it](mailto:pensionati.pavia@cisl.it)

#### FNP CISL dei Laghi

Via Rezzonico, 34  
22100 Como  
Tel - 031/304000  
Fax - 031/301974  
E-mail: [pensionati.laghi@cisl.it](mailto:pensionati.laghi@cisl.it)  
Sito: <https://fnpdeilaghi.com>

#### FNP CISL Sondrio

Via Bonfadini, 1  
23100 Sondrio  
Tel - 0342/527814  
Fax - 0342/527891  
E-mail: [pensionati.sondrio@cisl.it](mailto:pensionati.sondrio@cisl.it)