

La Medicina di Genere: Pari opportunità di salute

Patrizia Stefani



ASSOCIAZIONE MEG

MEDICINA EUROPEA DI GENERE

opera senza scopo di lucro al fine di promuovere

la cultura, la formazione e l'aggiornamento professionale

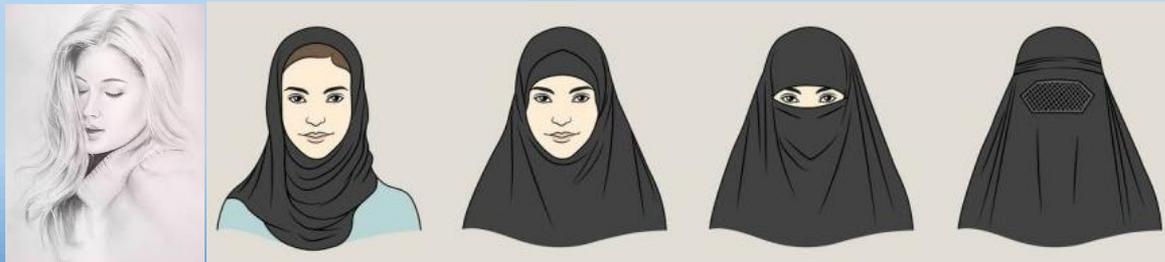
in campo medico e sanitario secondo **un'ottica di genere e di pari opportunità**

Promuovere iniziative volte a far crescere nelle persone

la consapevolezza dell'importanza dell'ottica di 'genere'

e favorire così l'avvio di una medicina veramente personalizzata.

maschi e femmine si nasce uomini e donne si diventa



Diversi si nasce, diseguali si diventa! (R. Sennet, 2003)

Sesso o Genere?

- **“Sesso”** si riferisce alle categorie biologiche “maschio” e “femmina”
- **“Genere”** si riferisce agli attributi ed alle categorie sociali e culturali che si associano tradizionalmente a ciascun sesso.

Women and health: today's evidence tomorrow's agenda - WHO report, ISBN: 9789241563857, November 2009

SESSO E GENERE

“**Sesso**” si riferisce alle categorie biologiche “maschio” e “femmina”

“**Genere**” si riferisce agli attributi ed alle categorie sociali e culturali che si associano tradizionalmente a ciascun sesso.

Women and health: today's evidence tomorrow's agenda - WHO report, ISBN: 9789241563857, November 2009



- Il **sesso** è determinato dalle specificità dei caratteri biologici e fisici che normalmente contraddistinguono soggetti preposti alla funzione riproduttiva.
- Il **genere** (mutuazione dall'anglosassone Gender) riguarda le differenze socialmente costruite tra i sessi
- Attraverso la **socializzazione** si forma l'identità di genere

- **le rappresentazioni sociali** sono forme di sapere del senso comune con i quali gli appartenenti ad una data cultura si orientano, e organizzano i codici della comunicazione sociale e degli scambi interpersonali

Le rappresentazioni sociali sono quindi il risultato di una serie di interazioni rituali localizzate e quindi organizzate, nel tempo e nello spazio che, però, vengono assunte come fossero “dati di fatto” cioè l'insieme delle aspettative e dei comportamenti socialmente appresi e associati a ciascun sesso.

STEREOTIPI, SESSO, GENERE

Non possiamo negare le differenze biologiche tra uomini e donne ma non possiamo neanche affermare che siano solo queste a determinarne i comportamenti, gli atteggiamenti, le inclinazioni, le scelte



Semplificazioni della realtà

- insieme coerenti e rigidi di credenze (spesso negative) che vengono nutrite, in modo socialmente condiviso, nei confronti di un determinato gruppo o categoria sociale

Con gli **stereotipi** vengono assegnate socialmente ai due sessi caratteristiche, attitudini, funzioni sociali diverse (non solo tra loro separate, ma anche gerarchizzate)

Còme l'etnia e la classe, il genere è un sistema di **privilegi e disuguaglianze** nel quale le donne sono costantemente svantaggiate.

Il genere non riguarda solo l'individuo, ma è "presente nei processi, nelle pratiche, nelle immagini e nelle ideologie, e nella distribuzione del potere nei diversi ambiti della vita sociale" (il lavoro, la politica, l'economia, ecc.)

Sesso e genere **non sono due dimensioni contrapposte**, ma piuttosto interdipendenti.

Il rapporto tra sesso e genere varia secondo l'epoca e la cultura come i concetti di mascolinità e femminilità, concetti dinamici da storicizzare e contestualizzare.

Il genere, quindi, è un carattere appreso e non innato.

«La salute e la sicurezza non sono cose che si raggiungono come se accadessero per caso, ma il risultato di un consenso collettivo e di un pubblico investimento»

(Nelson Mandela 2002)

Il diritto alla salute

promuove e determina

- lo sviluppo,
- la democrazia,
- la coesione sociale di un paese

- La connessione tra posizione sociale e livello di salute-malattia è definita **gradiente sociale**, il quale implica, sostiene Michael Marmot [2015], che la questione centrale è la **disuguaglianza** e non semplicemente la povertà.
- Perciò, le disuguaglianze sociali di salute possono essere definite come **«le differenze sistematiche di salute tra i diversi gruppi socioeconomici all'interno di una società»** [Giarelli e Venneri 2009: 411].



- “Se vuoi capire perché la salute è distribuita così com'è, devi capire la società”: così scrive Marmot nel suo libro *The Health Gap. The Challenge of an Unequal World* [2015: 7].
- «la distribuzione di salute e malattia all'interno di una società non è mai casuale, ma strettamente interconnessa alla posizione di una persona nell'ambito della stratificazione sociale» [Giarelli e Venneri 2009: 405].

GENDER THEORY

e stratificazione di genere

La nozione di *gender* è legata alla peculiarità della lingua inglese ed ha una importanza relativamente limitata nell'Europa continentale.



Il termine, che venne utilizzato per la prima volta ufficialmente nel discorso scientifico del 1975 dall'antropologa statunitense Gayle Rubin,



si differenzia in primo luogo dal concetto di "*condizione femminile*" in quanto è un termine **binario**, che sposta il centro dell'attenzione dalla donna **al rapporto tra i sessi/generi**,



Un rapporto dialettico, di scambio continuo e in continua evoluzione.

La stratificazione di genere è sostenuta da un insieme di credenze e comportamenti che affermano come "naturali" le disuguaglianze tra i generi, si tratta quindi di un'ideologia, cioè un sistema di credenze che cerca di giustificare lo status quo.

IL GRADIENTE SOCIALE



- La connessione tra posizione sociale e livello di salute-malattia è definita **gradiente sociale**, il quale implica, sostiene Michael Marmot [2015], che la questione centrale è la **disuguaglianza** e non semplicemente la povertà.

- Perciò, le disuguaglianze sociali di salute possono essere definite come «**le differenze sistematiche di salute tra i diversi gruppi socioeconomici all'interno di una società**» [Giarelli e Venneri 2009: 411].

- “Se vuoi capire perché la salute è distribuita così com'è, devi capire la società”: così scrive Marmot nel suo libro *The Health Gap. The Challenge of an Unequal World* [2015: 7].

- «la distribuzione di salute e malattia all'interno di una società non è mai casuale, ma strettamente interconnessa alla posizione di una persona nell'ambito della stratificazione sociale» [Giarelli e Venneri 2009: 405].

DEFINIZIONE di SALUTE

La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza dello stato di malattia o di infermità.

(OMS, 1948)

La salute come “la capacità di adattamento e di auto gestirsi di fronte alla sfide sociali, fisiche ed emotive”

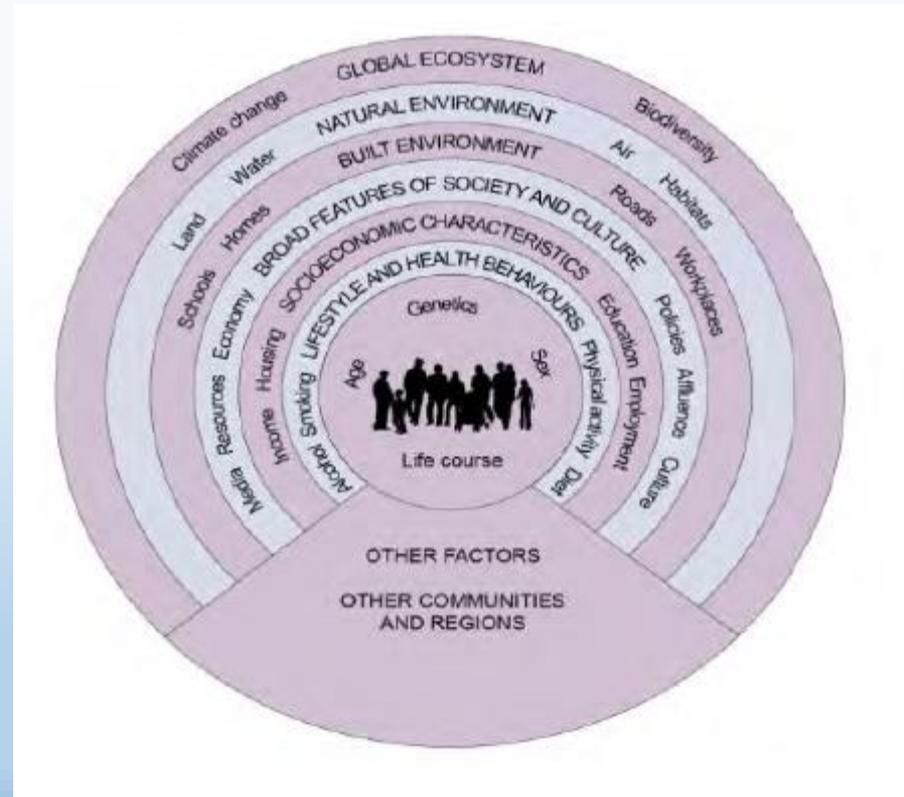
(OMS, 2011)

Gli individui sono in grado di individuare e realizzare le proprie aspirazioni, soddisfare i propri bisogni, sviluppare strategie di adattamento all’ambiente entro cui vivono.



Approccio di genere deve essere considerato un **fattore determinante della salute** significa assumere il **genere come costruzione sociale**, che varia negli anni e nei contesti sociali

- Per l'OMS, i determinanti della salute sono molteplici e partono dallo stile di vita, la genetica, l'età, **il genere**, le interazioni sociali, l'occupazione, la possibilità di avere una casa, l'accesso alle cure, per arrivare alla viabilità, la ricchezza posseduta, l'ambiente in cui si vive,
- Ci troviamo di fronte a una concezione sistemica, di cui l'accesso alle cure e le cure stesse sono solo un aspetto – seppur fondamentale – in una realtà molto più complessa



INTERPRETAZIONI SOCIALI DI SALUTE GENERE E MALATTIA

- Le rappresentazioni sociali di salute, malattia e cura presentano eterogeneità di significati attribuiti alla salute e al disagio, nonché al senso della prevenzione e alle varie percezioni del rischio.
- Salute e malattia non sono dati oggettivi ma interpretazioni sociali e culturali del contesto in cui si producono. Infatti:
- ammalarsi non è uguale dappertutto;
- ciò che si ritiene malattia o salute non è costante nel tempo;

- non tutte le malattie sono simili per ciò che riguarda la loro rappresentazione sociale;
- Riconoscersi sani o malati è raramente un atto solitario;
- interpretazioni e stati di malattia e di salute si differenziano per genere e per sesso.
- Le differenze non sono solo culturali, ma di risorse e di accesso alle risorse.

Promozione del benessere

- Qualità della vita (fattori quantitativi e qualitativi)
- Empowerment
- Autoefficacia
- Coping
- Sostegno sociale
- Vita di relazione.

RELAZIONE TRA GENERE E SALUTE

- Medicina di genere o la salute di genere è necessaria per consentire di unire alla parte clinica un'attenzione indispensabile all'esistenza nella sua globalità.
- La prospettiva di genere (i generi) in salute, richiede che le malattie, i disturbi i disagi vadano letti, interpretati, in interazione con gli altri fattori sociali, demografici, economici, ambientali e culturali.
- L'approccio di cura deve tenere conto di:
 - Risorse individuali e sociali
 - Del diritto e della capacità di accesso alle risorse
 - Stili di vita (scelta) in rapporto con le chance di vita

- A oggi però gli aspetti sociali, pur ampiamente argomentati nel Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere, (Legge 3/2018),
- Sono messi ancora in secondo piano, enunciati ma non praticati, o debolmente praticati
- È ancora difficile l'integrazione tra i saperi, tra le pratiche professionali per una lettura «integrata» di salute e malattia
- E per una presa in carico altrettanto «integrata» delle persone e dei percorsi di cura
- Al di là delle immancabili resistenze

MODI di INTENDERE LA MALATTIA

DISEASE



- *E' il problema visto dalla prospettiva del medico, orientato a identificare la malattia come un'alterazione della struttura biologica col supporto di appropriate indagini cliniche, dunque poco interessato all'esperienza personale e sociale della malattia*

MODI di INTENDERE LA MALATTIA

ILLNESS



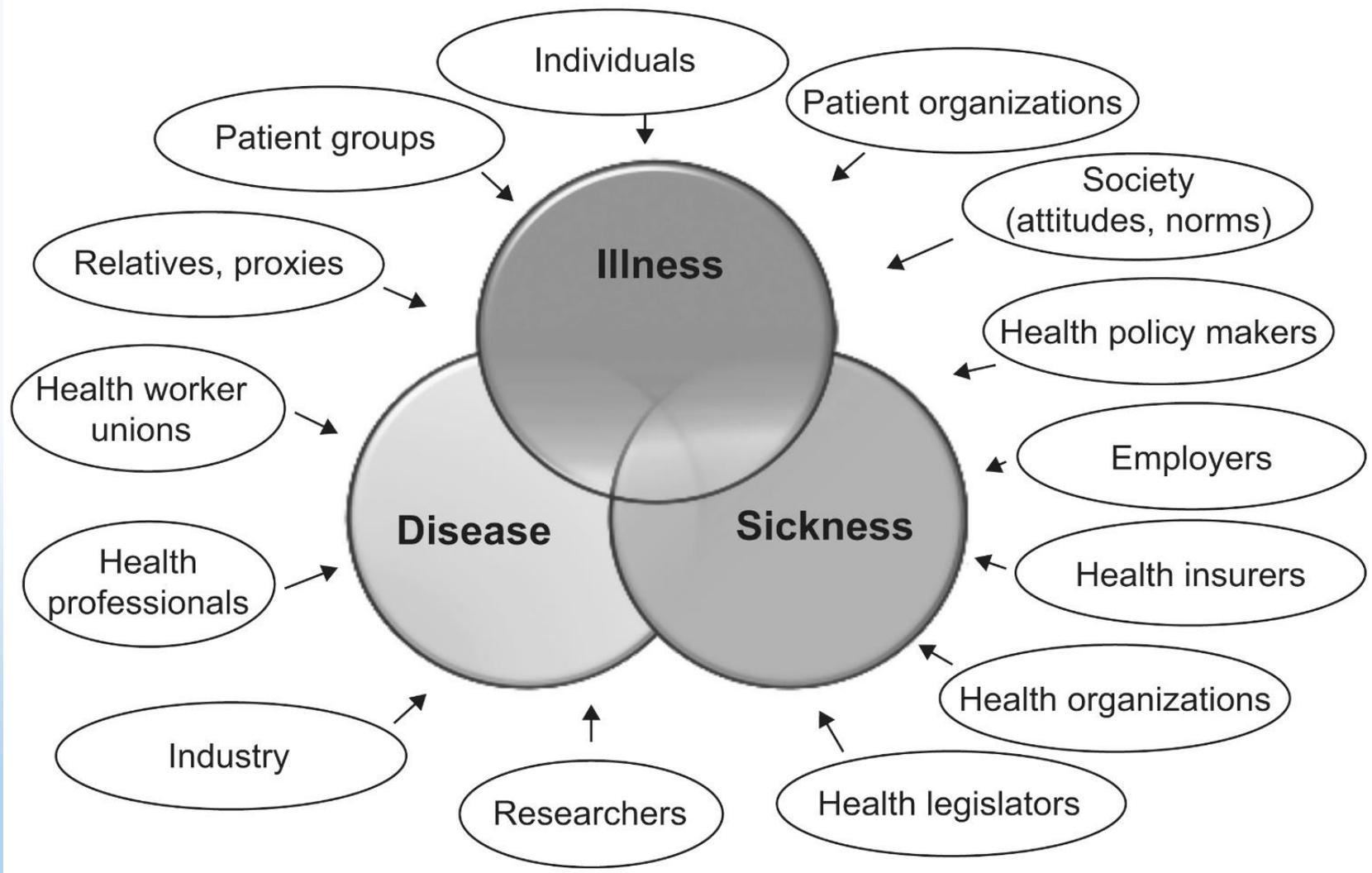
- Fa riferimento all'esperienza personale dei sintomi e della sofferenza
“come mi sento io nella malattia”
- A come la persona malata, la sua famiglia e la comunità rispondono alla situazione di difficoltà in cui si trova il malato
- La rappresentazione sociale assume un ruolo importante

MODI di INTENDERE LA MALATTIA

SICKNESS



- E' la visione sociale della malattia
- Permette di allargare la prospettiva di ricerca contestualizzando socialmente la malattia e cura
- *“Come la società considera la mia malattia ed il mio essere malato”*



Bjørn Hofmann

The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine,



CURA

Una serie di attività finalizzate alla **riparazione** tramite la scienza e la tecnologia (approccio analitico; separa la malattia dalla persona malata e dal contesto)

ASSISTENZA / PRESA IN CARICO

- Intesa come prendersi cura della persona
- Nella sua dimensione globale e complessa
- Considerando la persona non oggetto di consumo (mercificato), ma nel suo significato valoriale della persona

LA MEDICINA DI GENERE COME SUPERAMENTO DELLA MEDICINA OGGI



- Iper specializzata, settorializzata, interventista
- Ha espropriato la persona dal controllo del proprio stato di salute o di malattia
- Ha preso possesso di eventi fisiologici, quali: infanzia, gravidanza e vecchiaia

Quali sono i fattori da considerare?

- Patrimonio genetico
- Genere
- Età
- Struttura di personalità
- Famiglia
- Etnia
- Vita sociale
- Classe sociale
- Attività lavorativa
- Condizioni di lavoro
- Religione
- Cultura
-

Cosa significa medicina di genere?

**Lo studio nelle scienze
biomediche delle differenze
legate al genere di appartenenza,
non solo da un punto di vista
anatomo/fisiologico, ma anche
*delle differenze biologiche,
funzionali, psicologiche, sociali
e culturali***

What is Bikini Medicine?

Il termine "medicina bikini" è usato per riferirsi ad un approccio medico, che impone che "salute delle donne" significhi solo salute riproduttiva

il trattamento delle donne si concentra specificamente sui problemi del seno e dei genitali, piuttosto che guardare il corpo nel suo insieme.



La prima segnalazione scientifica che il genere influenza la risposta farmacologica risale al 1932, quando **Nicholas e Barrow** dimostrarono per la prima volta che la dose ipno-inducente di barbiturici nelle femmine di ratto era del 50% inferiore, rispetto a quella dei maschi.

Questa osservazione, per quanto pionieristica, non ebbe, purtroppo, molto seguito tanto che nel 1970 alcuni autori ancora sostenevano:

“Non esistono differenze importanti nel metabolismo dei farmaci legate al sesso”

Kato et al., Drug Metab Rew 1974;3:1,

Oppure

“sebbene alcune delle differenze alla risposta ai farmaci siano sesso-dipendenti, esse sono tali da non richiedere un aggiustamento terapeutico”.

Giudicelli JF e Tillment JP. Clin Pharmacokinet 2, 157, 1977

La “evidence based medicine” non ha dato loro ragione.

Fra i farmaci ritirati dal mercato 8 su 10 hanno subito questo destino per la comparsa di reazioni avverse nella donna

1985: L'istituto nazionale di sanità statunitense rende pubblico il primo rapporto sulla salute delle donne stilato sulla base delle differenze di genere.

Con questo documento si prende finalmente coscienza del **ritardo conoscitivo** della medicina su questo importante aspetto.

In particolare si prende coscienza che la salute umana è strettamente legata agli aspetti che costituiscono il “**genere**” e che uomini e donne non differiscono solo sessualmente, ma anche rispetto a fattori quali:

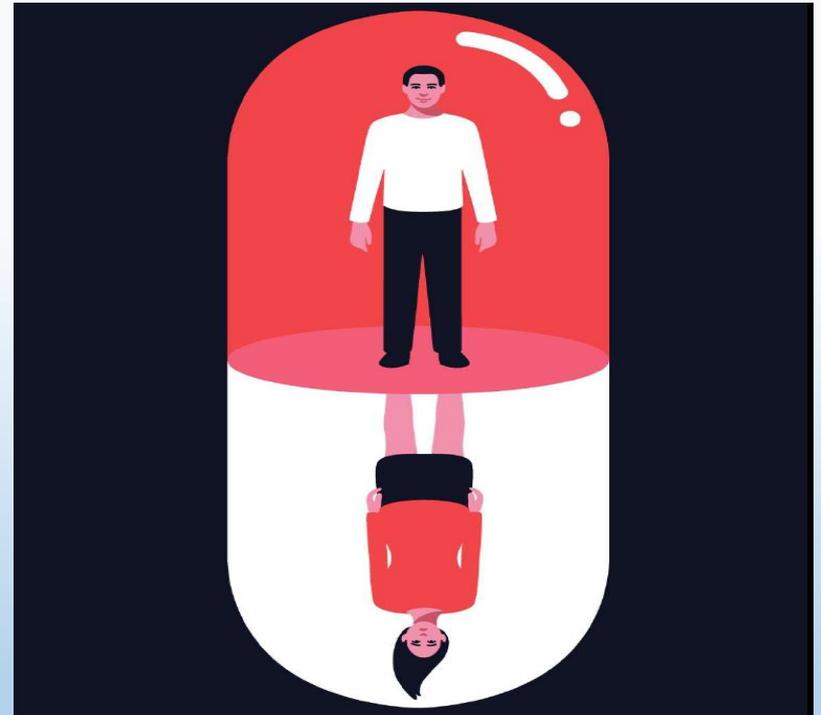
- il peso
- gli ormoni sessuali
- la percentuale di grasso corporeo
- gli enzimi epatici
- alle variabili determinate dall'ambiente
- dal tipo di società
- dall'educazione
- dalla cultura
- dalla psicologia dell'individuo.

Finalmente i ricercatori comprendono che, proprio a causa delle differenze di genere, il decorso delle patologie e la risposta alle cure farmacologiche sono sensibilmente diverse tra uomini e donne.

Anche se le patologie sono le stesse, la diversa appartenenza di genere determina sintomi, progressione e decorso delle patologie molto diversi tra loro

La sindrome di Yentl

Nel **1991** venne pubblicato sul **New England Journal of Medicine** un articolo a firma di Bernardine Healy, direttrice dell'Istituto di Cardiologia del National Institutes of Health (NIH) rinomata cardiologa statunitense dove veniva descritto un fenomeno da lei battezzato: "**Yentl syndrome**".

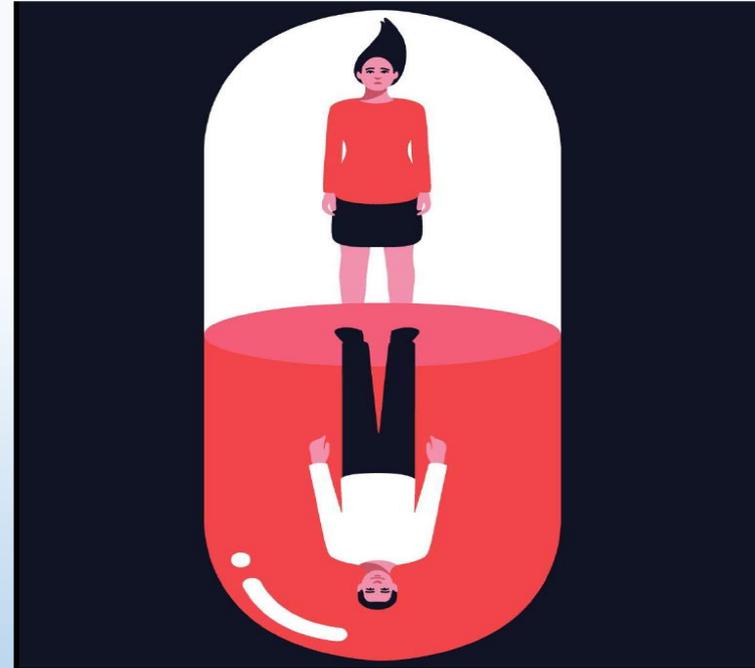




- Yentl è una giovane ebrea che vive in uno *stedtl*, un villaggio rurale. [Polonia](#), [1904](#)
- Rimasta sola con suo padre libraio e [rabbino](#), prova un forte interesse per i [testi sacri ebraici](#) **la Torah** e alla morte del genitore, si traveste da ragazzo per poter entrare in una [yeshiva](#), scuola religiosa ebraica.

La sindrome di Yentl

Con il termine Yentl, la dottoressa Healy voleva indicare e denunciare la **disparità di trattamento** rilevata all'interno dell'istituto di cardiologia da lei diretto: **le donne erano meno ospedalizzate, meno sottoposte a indagini diagnostiche e a terapie efficaci e, anche in campo sanitario, subivano una tacita discriminazione.**



Sex in basic research: concepts in the cardiovascular field

Renée Ventura-Clapier¹, Elke Dworatzek^{2,3}, Ute Seeland^{2,3}, Georgios Kararigas^{2,3}, Jean-Francois Arnal⁴, Sandra Brunelleschi⁵, Thomas C. Carpenter⁶, Jeanette Erdmann^{7,8}, Flavia Franconi⁹, Elisa Giannetta¹⁰, Marek Glezerman¹¹, Susanna M. Hofmann¹², Claudine Junien¹³, Miyuki Katai¹⁴, Karolina Kublickiene¹⁵, Inke R. König^{8,16}, Gregor Majdic¹⁷, Walter Malorni¹⁸, Christin Mieth^{3,19}, Virginia M. Miller²⁰, Rebecca M. Reynolds²¹, Hiroaki Shimokawa²², Cara Tannenbaum²³, Anna Maria D'Ursi²⁴, and Vera Regitz-Zagrosek^{2,3*}



Cardiovascular Research (2017) **113**, 711–724
doi:10.1093/cvr/cvx066

Abstract

Women and men, female and male animals and cells are biologically different, and acknowledgement of this fact is critical to advancing medicine. However, incorporating concepts of sex-specific analysis in basic research is largely neglected, introducing bias into translational findings, clinical concepts and drug development. Research funding agencies recently approached these issues but implementation of policy changes in the scientific community is still limited, probably due to deficits in concepts, knowledge and proper methodology. This expert review is based on the EUGenMed project (www.eugenmed.eu) developing a roadmap for implementing sex and gender in biomedical and health research. For sake of clarity and conciseness, examples are mainly taken from the cardiovascular field that may serve as a paradigm for others, since a significant amount of knowledge how sex and oestrogen determine the manifestation of many cardiovascular diseases (CVD) has been accumulated. As main concepts for implementation of sex in basic research, the study of primary cell and animals of both sexes, the study of the influence of genetic vs. hormonal factors and the analysis of sex chromosomes and sex specific statistics in genome wide association studies (GWAS) are discussed. The review also discusses methodological issues, and analyses strength, weaknesses, opportunities and threats in implementing sex-sensitive aspects into basic research.

Gender, aging and longevity in humans: an update of an intriguing/neglected scenario paving the way to a gender-specific medicine

Rita Ostan*¹, Daniela Monti†¹, Paola Guerresi‡, Mauro Bussolotto§, Claudio Franceschi||² and Giovannella Baggio§²

*Interdepartmental Centre “L. Galvani” (CIG) and Department of Experimental, Diagnostic and Specialty Medicine (DIMES), University of Bologna, Via San Giacomo 12, 40126 Bologna, Italy

†Department of Clinical and Experimental Biomedical Sciences, University of Florence, Viale Morgagni 50, 50134 Florence, Italy

‡Department of Statistical Sciences “Paolo Fortunati”, University of Bologna, Via Belle Arti 41, 40126 Bologna

§Internal Medicine Unit, Department of Molecular Medicine, University of Padua, Italy

||IRCCS, Institute of Neurological Sciences of Bologna, 40139 Bologna, Italy

Abstract

Data showing a remarkable gender difference in life expectancy and mortality, including survival to extreme age, are reviewed starting from clinical and demographic data and stressing the importance of a comprehensive historical perspective and a gene–environment/lifestyle interaction. Gender difference regarding prevalence and incidence of the most important age-related diseases, such as cardiovascular and neurodegenerative diseases, cancer, Type 2 diabetes, disability, autoimmunity and infections, are reviewed and updated with particular attention to the role of the immune system and immunosenescence. On the whole, gender differences appear to be pervasive and still poorly considered and investigated despite their biomedical relevance. The basic biological mechanisms responsible for gender differences in aging and longevity are quite complex and still poorly understood. The present review focuses on centenarians and their offspring as a model of healthy aging and summarizes available knowledge on three basic biological phenomena, i.e. age-related X chromosome inactivation skewing, gut microbiome changes and maternally inherited mitochondrial DNA genetic variants. In conclusion, an appropriate gender-specific medicine approach is urgently needed and should be systematically pursued in studies on healthy aging, longevity and age-related diseases, in a globalized world characterized by great gender differences which have a high impact on health and diseases.

Key words: aging, centenarians, gender, gender-specific medicine, gut microbiome, longevity, mitochondrial DNA, X chromosome inactivation.

Promemoria per i medici: le donne non sono uomini

In passato la ricerca medica era centrata prevalentemente sugli uomini o su animali maschi, il che secondo l'Institute of Medicine rallentava i progressi nell'ambito dell'assistenza sanitaria alle donne. Anche se i ricercatori iniziano finalmente a «mescolare le carte», donne e animali di sesso

femminile sono ancora in minoranza. La parità è necessaria perché molte malattie colpiscono in modo diverso le donne e gli uomini. Spesso, inoltre, le donne reagiscono in maniera diversa alle terapie. Ecco una serie di esempi.

Cancro

Nel complesso, il cancro provoca più decessi tra gli uomini che tra le donne, ma questa media maschera importanti differenze tra i sessi legate alle tipologie di cancro. Riconoscendo queste disuguaglianze, i medici potrebbero evitare di trascurare sintomi o di sbagliare diagnosi.

Le donne hanno un rischio più alto degli uomini di sviluppare il cancro al colon destro, più aggressivo e letale di quello al colon sinistro. Inoltre nelle donne la diagnosi tende ad arrivare in ritardo.

Il cancro a polmoni, colon, reni e fegato provoca più decessi negli uomini che nelle donne. Nel complesso, però, il rischio di ammalarsi di cancro è più alto per le donne sotto i 50 anni.

La statura elevata costituisce un fattore di rischio per molti tipi di cancro in uomini e donne, e potrebbe essere responsabile di un terzo del rischio totale di cancro più alto negli uomini.

Il fluorouracile, farmaco usato in chemioterapia, ha effetti collaterali peggiori nelle donne, come pure molti altri farmaci anticancro.

Prevalenza di osteoporosi (% di residenti statunitensi over 50, 2010)



Ossa e articolazioni

Le differenze di sesso e genere influiscono sulla salute di donne e uomini. Le donne bianche hanno il doppio delle probabilità degli uomini bianchi di ammalarsi di osteoporosi (fragilità ossea) ma negli uomini il rischio di morte da fratture da osteoporosi è più grande del 50 per cento.

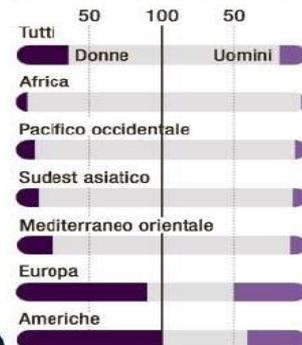
Due terzi degli interventi di sostituzione del ginocchio riguardano le donne, ma non è stato dimostrato che le protesi «genere-specifiche» in commercio migliorino l'esito delle operazioni. Anche un'analisi delle differenze di sesso può essere un problema.

Malattie

Malattie autoimmuni, come la tiroidite di Hashimoto e la malattia di Basedow, hanno una frequenza di 7-10 volte più grande nelle donne, e così il lupus. Artrite reumatoide, sclerosi multipla e sclerodermia sono almeno 2-3 volte più frequenti nelle donne.

Le infezioni da Herpes Simplex Virus-2 sono più frequenti nelle donne.

Prevalenza della sclerosi multipla (casi su 100.000 persone, 2015)



Decessi per morbo di Alzheimer (decessi aggiustati per età negli Stati Uniti su 100.000 persone, 2014)



*Include ispanici neri e bianchi

Malattie mentali

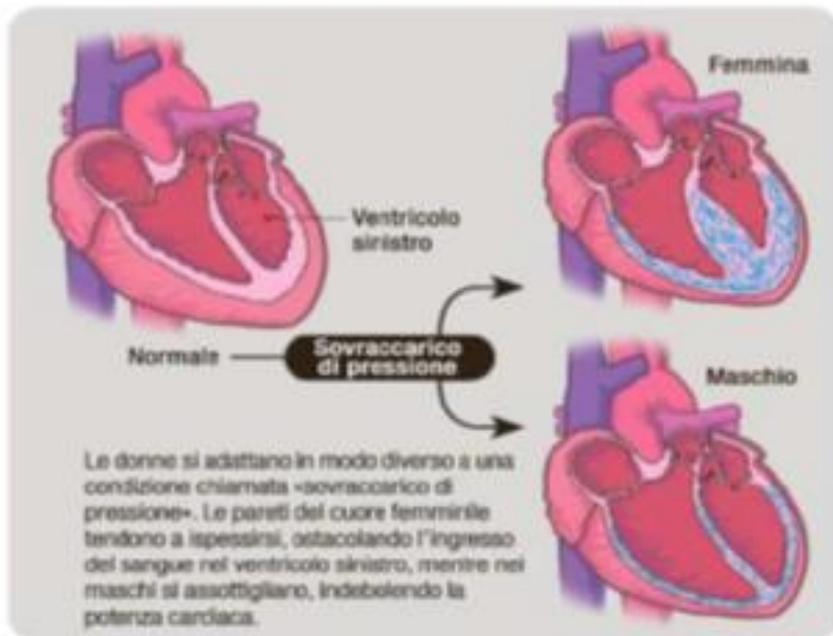
Nelle donne, le diagnosi di ansia o depressione sono il doppio che negli uomini.

Negli Stati Uniti due terzi dei malati di Alzheimer sono donne. Il legame tra gene *APOE4* e malattia è più forte nelle donne. Anche i cromosomi X e Y potrebbero avere un ruolo. I decessi da Alzheimer tra le donne anziane statunitensi superano quelli da cancro al seno in tutte le donne.

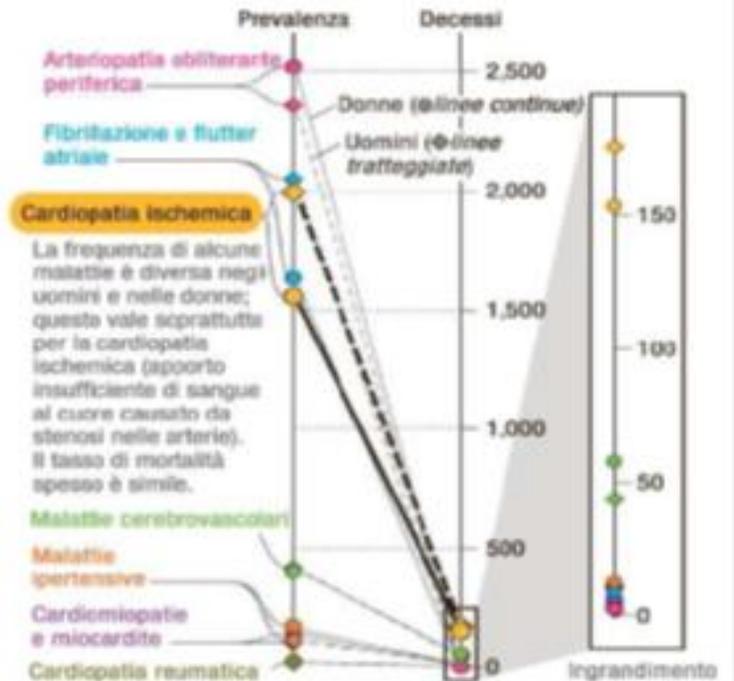


Problemi di cuore

I disturbi cardiaci assumono spesso forme diverse nei due sessi. L'insufficienza cardiaca nelle donne deriva più frequentemente dall'irrigidimento e dall'ispessimento delle pareti del ventricolo sinistro (illustrazione). Tra i problemi di natura elettrica, negli uomini è più frequente il battito irregolare, nelle donne quello accelerato, e alcuni farmaci possono rivelarsi letali. Anche le malattie legate alla valvola cardiaca sono diverse. Nelle donne è più frequente la coagulazione del sangue, che può influire sulle terapie: questo tratto potrebbe essersi evoluto per prevenire una perdita eccessiva di sangue durante il parto.



Patologie cardiovascolari e circolatorie (casi su 100.000 persone negli Stati Uniti, 2015)



BMJ Open Burden of multimorbidity in relation to age, gender and immigrant status: a cross-sectional study based on administrative data

Jacopo Lenzi, Vera Maria Avalidi, Paola Rucci, Giulia Pieri, Maria Pia Fantini

To cite: Lenzi J, Avalidi VM, Rucci P, et al. Burden of multimorbidity in relation to age, gender and immigrant status: a cross-sectional study based on administrative data. *BMJ Open* 2016;6:e012812. doi:10.1136/bmjopen-2016-012812

► Prepublication history and additional material is available. To view please visit the journal (<http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012812>).

Received 25 May 2016
Revised 31 August 2016
Accepted 25 October 2016



CrossMark

Department of Biomedical and Neuromotor Sciences, Alma Mater Studiorum—University of Bologna, Bologna, Italy

Correspondence to Professor Maria Pia Fantini; maripia.fantini@unibo.it

ABSTRACT

Objectives: Many studies have investigated multimorbidity, whose prevalence varies according to settings and data sources. However, few studies on this topic have been conducted in Italy, a country with universal healthcare and one of the most aged populations in the world. The aim of this study was to estimate the prevalence of multimorbidity in a Northern Italian region, to investigate its distribution by age, gender and citizenship and to analyse the correlations of diseases.

Design: Cross-sectional study based on administrative data.

Setting: Emilia-Romagna, an Italian region with ~4.4 million inhabitants, of which almost one-fourth are aged ≥65 years.

Participants: All adults residing in Emilia-Romagna on 31 December 2012. Hospitalisations, drug prescriptions and contacts with community mental health services from 2003 to 2012 were traced to identify the presence of 17 physical and 9 mental health disorders.

Primary and secondary outcome measures: Descriptive analysis of differences in the prevalence of multimorbidity in relation to age, gender and citizenship. The correlations of diseases were analysed using exploratory factor analysis.

Results: The study population included 622 026 men and 751 011 women, with a mean age of 66.4 years. Patients with multimorbidity were 33.5% in 75 years and >60% among patients aged ≥90 years; among patients aged ≥65 years, the proportion of multimorbidity was 39.9%. After standardisation by age and gender, multimorbidity was significantly more frequent among Italian citizens than among immigrants. Factor analysis identified 5 multimorbidity patterns: (1) psychiatric disorders, (2) cardiovascular, renal, pulmonary and cerebrovascular diseases, (3) neurological diseases, (4) liver diseases, AIDS/HIV and substance abuse and (5) tumours.

Conclusions: Multimorbidity was highly prevalent in Emilia-Romagna and strongly associated with age. This finding highlights the need for healthcare providers to adopt individualised care plans and ensure continuity of care.

Strengths and limitations of this study

- This is the first study conducted in Italy to assess the prevalence and pattern of multimorbidity and its distribution by age, gender and citizenship.
- This is a population-based study comprising all adults residing in the region of Emilia-Romagna, a large Italian region with ~4.4 million inhabitants, of which almost one-fourth are aged ≥65 years and >10% are foreign citizens.
- The use of administrative data may have underestimated multimorbidity, as they do not include primary care data.

INTRODUCTION

In the past decades, multimorbidity, that is, the co-occurrence of at least two chronic conditions in one individual, has increasingly become a challenge for healthcare services.¹

Barnett *et al*² estimated that, in Scotland, almost one-fourth of all individuals, and more than half of those with a chronic disorder, have multimorbidity. Multimorbidity is more common among women and older people,³ and is now considered the most prevalent chronic health condition in the overall population.⁴

It has been reported that people with multimorbidity have poorer quality of life and worse outcomes,⁵ and are frequent users of healthcare services.⁶ In fact, the treatment of multimorbidity results in high healthcare costs and involves multiple professionals. However, although many clinical guidelines are available for the management of specific chronic conditions, such as hypertension, diabetes and heart failure, there is a lack of evidence-based integrated treatments for patients with multiple diseases.⁷ So, the treatment of multimorbidity would require a holistic approach to cope with patients' complex healthcare needs,^{8, 9} and continuity of care

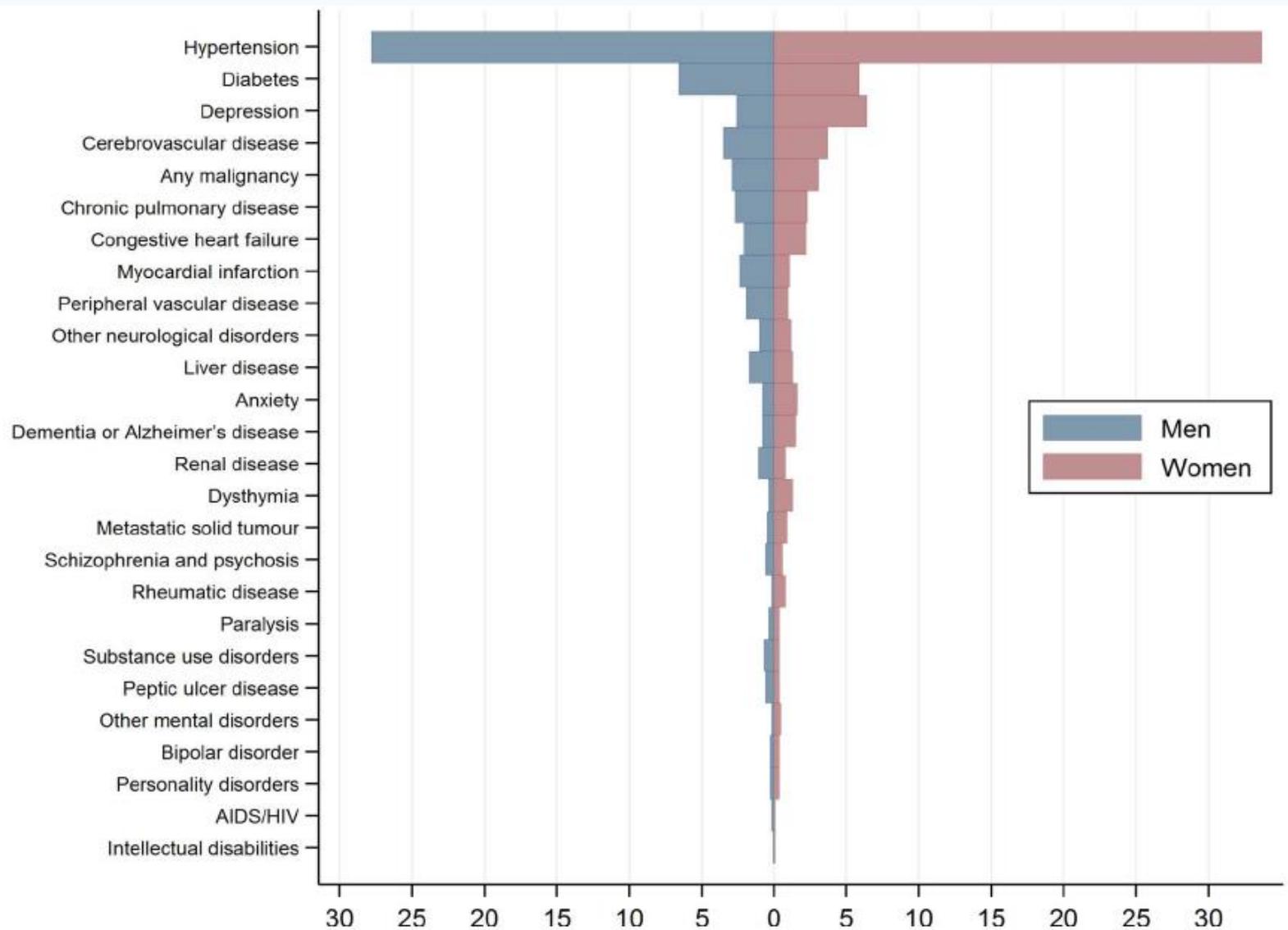


Figure 1 Prevalence values (%) of single diseases by gender.

Ricercatori e medici devono scavare più a fondo nelle differenze di genere se vogliono offrire alle donne terapie migliori

Non per soli uomini

di Marcia L. Stefanick



Nel gennaio 2013, negli Stati Uniti la Food and Drug Administration (FDA) ha dimezzato la dose raccomandata del sonnifero più diffuso nel paese, l'Ambien, per le donne ma non per gli uomini. La FDA ha rilevato infatti che il 15 per cento dei 5,7 milioni di donne statunitensi che usavano prodotti a base di zolpidem (il principio attivo dell'Ambien) avevano difficoltà alla guida otto ore dopo l'assunzione del farmaco, mentre nei 3,5 milioni di consumatori maschi di zolpidem la percentuale era del 3 per cento.

I ricercatori sapevano da tempo che l'organismo femminile impiega mediamente più tempo di quello maschile a eliminare lo zolpidem. Metabolismo, tolleranza, effetti collaterali e benefici di molti farmaci prescritti differiscono in modo significativo tra uomini e donne: queste ultime hanno il 50-70 per cento di probabilità in più di una reazione avversa. La differenza è riconducibile a dimensioni corporee, proporzione tra grasso e muscoli e una serie di altri fattori, comprese le influenze ormonali. Ma è raro che i medici considerino queste dinamiche quando prescrivono i farmaci. L'Ambien, oggi disponibile in due diverse confezioni – con etichetta rosa (dose ridotta) oppure blu (dose originaria) – è un raro caso di raccomandazione medica specifica in base al sesso.

Il problema del dosaggio dei farmaci è solo uno degli esempi della «cecità» del sistema sanitario rispetto alle differenze sessuali di natura biologica. Troppo spesso le donne sono sottoposte alle stesse terapie degli uomini. Inoltre il sistema a volte non tiene conto dei *bias* di genere: alcuni disturbi sono considerati tipicamente maschili o femminili, anche se colpiscono entrambi i sessi.

Spesso i medici non diagnosticano nelle donne le malattie che lo stereotipo attribuisce ai maschi – e viceversa – se non quando ormai hanno raggiunto uno stadio pericoloso.

Questi problemi nascono da una grave lacuna nelle conoscenze sulle differenze di genere. La maggior parte delle ricerche mediche sugli animali è stata effettuata su esemplari maschi, prevalentemente roditori. E la rappresentanza femminile è sottodimensionata anche nei trial clinici umani. Anche quando sono inclusi sia maschi sia femmine, di norma non sono fatte analisi specifiche in base al sesso. I risultati di queste ricerche potrebbero quindi non riguardare le donne, perché i soggetti esaminati sono prevalentemente uomini. Nel 2003, una revisione di 258 trial su trattamenti cardiovascolari, per esempio, ha rilevato che solo il 27 per cento dei soggetti coinvolti erano donne, e che solo un terzo dei trial effettuati su uomini e donne riportava i dati per sesso.

Non sorprende quindi che nessuno riuscisse a spiegare perché una donna giovane ricoverata per un attacco cardiaco avesse il doppio delle probabilità di morire rispetto a un coetaneo maschio.

L'OMS ed il concetto di equità: fattori determinanti della salute

- Lo sviluppo di approcci diagnostici e terapeutici basati sulla medicina di genere favorirebbe

- **maggiore appropriatezza della terapia**

- **maggiore tutela della salute** per entrambi i generi.

- In Italia oltre il 35% della spesa farmaceutica è imputabile all'**uso inappropriato dei farmaci**;

un intervento terapeutico più mirato al genere è fondamentale anche per la compatibilità economica del paese.

- Una cultura della medicina di genere, una **sensibilizzazione della popolazione**, è molto importante per la sanità pubblica

Ad esempio: la sottovalutazione dei sintomi di un infarto in una donna, perché considerato "non femminile", può portare ad un rischio di morte superiore del 30% rispetto ad un intervento attuato tempestivamente

- In campo sanitario e farmaceutico occorre definire specifici obiettivi di genere nei programmi di

- **prevenzione,**

- **formazione** del personale medico,

- **parità di accesso** ai servizi sanitari,

- **ricerca e sperimentazione.**

La maggior parte delle ricerche e delle sperimentazioni di base sono condotte su campioni composti da persone di sesso maschile, (giovane, adulto, maschio, bianco, di 70 kg di peso), traslandone i risultati per la popolazione femminile

Le donne in età fertile sono state escluse dalla r Le ricerche farmacologiche vanno a **discapito delle donne.**

Si presuppone che ciò che vale per gli uomini debba valere anche per il genere femminile. *OMS - Equity Act, 2000*

Invece le differenze biologiche (gli ormoni, il peso corporeo, la massa grassa, il metabolismo e l'acidità gastrica) influenzano ampiamente **l'assorbimento, la distribuzione, il metabolismo e l'eliminazione dei farmaci e i possibili effetti collaterali**

Per la ricerca medica e la sicurezza loro e dei loro potenziali bambini è una priorità ma questo approccio ben intenzionato, tuttavia, ha trasformato la fisiologia maschile nell'unico punto di riferimento nella ricerca medica: dalle cellule su cui è stato testato un nuovo farmaco, agli animali negli studi sugli animali, ai partecipanti esclusivamente maschili agli studi clinici sull'uomo.

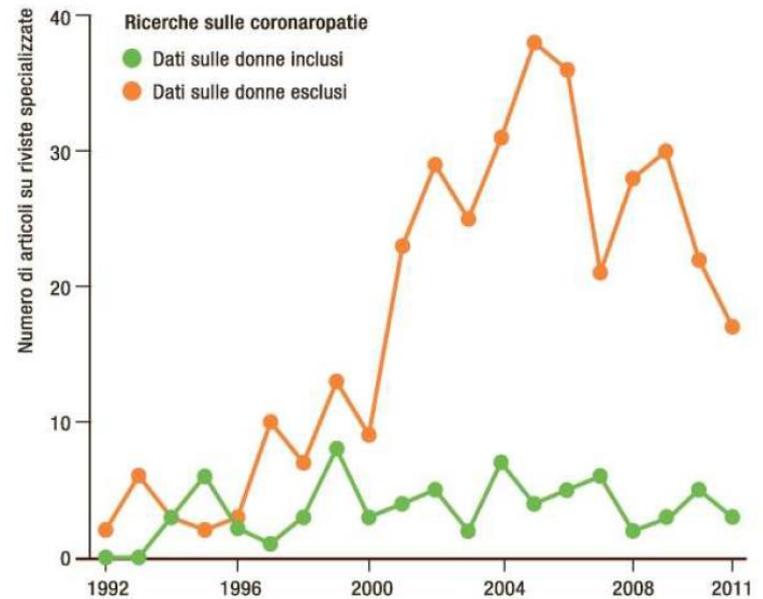
Oltre alle considerazioni sulla sicurezza, c'era anche un'altra cosa: non includere le donne era più facile. Era più economico e in questo modo i test non dovevano tenere conto delle fluttuazioni dei livelli ormonali.

Proprio come la partecipazione delle minoranze negli studi clinici, la partecipazione femminile è fondamentale per determinare dosaggi sicuri o addirittura sostanze sicure.

L'ANALISI

Bias di ricerca

Spesso la sperimentazione clinica coinvolge esclusivamente maschi, e nei casi in cui include anche le femmine non disaggrega comunque le statistiche tra i due sessi. Un'analisi effettuata nel 2012 sulle terapie per la malattia coronarica, o coronaropatia, ha rilevato per esempio che 355 dei 427 articoli (cioè l'83 per cento) pubblicati su riviste di settore non indicavano i risultati specifici per le donne né confrontavano i dati relativi agli uomini con quelli relativi alle donne. La scarsa disponibilità di studi in materia impedisce ai medici di sviluppare terapie che potrebbero aiutare le donne.



Sia **sex** che **gender** determinano **differenze nella patogenesi, sintomatologia, appropriata diagnostica e risposta ai trattamenti** di molte malattie. Ad esempio: patologia cardiovascolare e cerebrovascolare, diabete, ipertensione polmonare, patologia epatiche, respiratorie, disordini reumatologici e demenza.

Per quanto riguarda le terapie, sesso e genere determinano **importanti differenze in termini di farmacocinetica, biodisponibilità, risposta al trattamento ed eventi avversi.**

La FDA **non richiede in fase II le valutazioni di efficacia per maschi e femmine e le donne sono scarsamente arruolate in fase I ed ancora meno in fase III**

Interazioni fra sesso, genere e fattori socio-economici

Sarebbe necessario **gestire le differenze di sesso e genere in tutte le fasi di sviluppo e di sperimentazione dei farmaci** dalle colture cellulari, ai modelli animali alle fasi I, II e III dei trials clinici come suggerito da Tannenbaum et al. (2017).

Medicina di Genere

Il percorso storico- legislativo

Partiamo da lontano

Articolo 3 Costituzione della Repubblica

Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali.

E` compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli

di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese.



1979 l'ONU già aveva stipulato la Convenzione sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione nei confronti delle donne in cui, all'articolo 12 dava indicazioni ai 189 Stati aderenti di prendere tutte le misure adeguate per eliminare la discriminazione nei confronti delle donne nel campo delle cure sanitarie al fine di assicurare loro, in condizione di parità con gli uomini, i mezzi per accedere ai servizi sanitari, compresi quelli che si riferiscono alla pianificazione familiare.

1995 (Pechino) IV Conferenza Mondiale sulle Donne, in cui si parla di Medicina di Genere

1998 L'OMS stila il documento "Una sfida di genere. Salute, sviluppo e strategie preventive" in cui denuncia gli svantaggi delle donne rispetto agli uomini per quanto riguarda la loro salute.

1998 proposta al ministero per le Pari Opportunità di una taskforce sulla “salute a misura di donna” II. 1999: Ancona, 25-26 giugno, Conferenza Europea "Sanità: quando le donne fanno la differenza III. 1999: Roma, settembre, Ministero Pari Opportunità, Nascita del primo gruppo nazionale in Italia sulla medicina di genere “Medicina Donne Salute”

2000 L'OMS inserisce la Medicina di Genere nell'Equity Act, ed afferma che il principio di equità implica che la cura sia appropriata al singolo genere. Evidenziando una sostanziale misconoscenza e sottovalutazione della diversità femminile.

2001 Presentazione del primo report di medicina di genere alla Sala Del Cenacolo del Parlamento: “Una salute a misura di donna”, Ministero pari opportunità (Laura Balbo)

2002 (New York, Columbia University) 1° Corso Universitario di Medicina di Genere
“Women study of gender specific medicine”

2002 Costituzione della prima Commissione Salute Donna al Ministero della Salute
(sottosegretario Guidi)

2003 “Guida alla salute delle donne” Commissione Pari opportunità della presidenza
del Consiglio dei Ministri (Marina Piazza)

2004 (Roma) il Ministero della Salute organizza il primo evento sulla salute delle
donne “La salute della donna: differenze, specificità, e opportunità”

2005 Nascita di un osservatorio Nazionale sulla salute della donna (ONDA)



SIAMO L'OSSERVATORIO NAZIONALE SULLA SALUTE DELLA DONNA E DI GENERE

Siamo l'Osservatorio nazionale sulla salute della donna e di genere. Dal 2005 promuoviamo un approccio alla salute orientato al genere, con particolare attenzione a quella femminile. Disseminiamo una corretta informazione presso la popolazione per promuovere la prevenzione primaria, la diagnosi precoce e l'aderenza terapeutica.

2005 istituito presso il Ministero della Salute il Tavolo di Lavoro “**Salute delle donne e farmaci per le donne**”

2006 (Berlino) 1° Congresso Internazionale di Medicina di Genere

2007 “La salute delle donne un diritto in costruzione”, Ministero per le Pari Opportunità

- In Italia, l’attenzione alla «Medicina di Genere» si manifesta per la prima volta nel 1998 quando i Ministeri per le Pari Opportunità e della Salute avviano il progetto “**Una salute a misura di donna**”.

2007 l’allora Ministra della Sanità Livia Turco, istituì la **Commissione sulla Salute delle Donne**

2008 Il Comitato Nazionale di Bioetica pubblica, nel, il rapporto “La sperimentazione farmacologica sulle donne”.

2007 L'OMS stabilisce gli obiettivi per promuovere l'equità di genere nel campo della salute:

- Promuovere l'integrazione dei concetti di sesso e genere;
- Promuovere la ricerca per favorire lo sviluppo di farmaci e di nuovi approcci terapeutici mirati al genere;
- Condurre una ricerca etica che eviti l'esclusione delle donne, degli appartenenti ad una minoranza o ad un'altra cultura, ad un'altra razza, dei disabili, senza sostanziali motivazioni;
- Arrivare all'equità della cura;
- Migliorare l'accesso ai servizi per le donne, offrendo adeguati mezzi di trasporto, servizi per la cura dei bambini e degli anziani, strutture rispondenti alle specifiche caratteristiche del singolo genere e delle varie fasi della vita.

2008 (Roma) ISS elabora il progetto triennale “Salute della Donna”

2009 (Padova) 1° Congresso Nazionale sulla Medicina di Genere

2010 La Comunità Europea delibera la “Strategia per la parità tra donne e uomini 2010-2015” in cui si prende atto che le donne e gli uomini sono esposti a malattie e rischi per la salute specifici al genere che devono essere considerati nella ricerca medica e nei servizi sanitari.

2010 (Bruxelles, Parlamento Europeo) Piano per la prevenzione delle malattie cardiovascolari in Europa (strategie che prevedono l’impatto del genere)

2010-2011, l’AGENAS ha istituito gruppi di lavoro per **linee guida di genere** nelle malattie cardiovascolari e respiratorie.

2012 (Roma) Approvazione della mozione unificata sulla medicina di genere, presentata da tutti i partiti politici, che impegna il governo ad assumere impegni precisi sulla materia

2014 Regione Emilia Romagna Legge regionale n. 6/2014, volta a promuovere la parità di genere (Salute e benessere femminile Art. 10 Medicina di genere e cura personalizzata 1. La Regione Emilia-Romagna tutela il diritto alla salute come sancito dall'articolo 32 della Costituzione, garantendo parità di trattamento e di accesso alle cure con particolare riguardo alle differenze di genere e relative specificità)

2016 Atto Camera: 3603. Proposta di legge: PAOLA BOLDRINI ed altri: "Disposizioni per favorire l'applicazione e la diffusione della medicina di genere

2018 Legge 11 gennaio, numero 3, articolo 3 Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della Salute. Articolo 3 "Applicazione e diffusione della medicina di genere nel Servizio Sanitario Nazionale"

1. Medicina di genere e politica sanitaria



Ministero della Salute



La medicina, fin dalle sue origini, ha avuto un'impostazione androcentrica relegando gli interessi per la salute femminile ai soli aspetti specifici correlati alla riproduzione.

Dagli anni Novanta in poi, invece, la medicina tradizionale ha subito una profonda evoluzione attraverso un approccio innovativo mirato a studiare l'impatto del genere e di tutte le variabili che lo caratterizzano (biologiche, ambientali, culturali e socioeconomiche) sulla fisiologia, sulla fisiopatologia e sulle caratteristiche cliniche delle malattie. In medicina, quindi, nella sperimentazione farmacologica e nella ricerca scientifica, il tema delle "differenze di genere" è storia recentissima. Fu nel 1991, infatti, che per la prima volta venne menzionata in medicina la "questione femminile". La dottoressa Bernardine Healy, cardiologa americana e Direttrice del *National Institute of Health*, pubblicò un editoriale sul *New England Journal of Medicine*, intitolato "The Yentl syndrome", nel quale evidenziava la differente gestione della patologia coronarica nei due generi, con un numero ridotto di interventi diagnostici e terapeutici effettuati sulle donne rispetto agli uomini, a parità di condizioni e, dunque, un approccio clinico-terapeutico discriminatorio e insufficiente se confrontato con quello praticato nei confronti degli uomini.

Nasce così la medicina di genere, il cui obiettivo è comprendere i meccanismi attraverso i quali le differenze legate al genere agiscono sullo stato di salute e sull'insorgenza e il decorso di molte malattie, nonché sugli *outcomes* delle terapie. Gli uomini e le donne, infatti, pur essendo soggetti alle medesime patologie, presentano sintomi, progressione di malattie e risposta ai trattamenti molto diversi tra loro. Da qui la necessità di porre particolare attenzione allo studio del genere inserendo questa "nuova" dimensione della medicina in tutte le aree mediche. In quest'ottica, quindi, lo studio sulla salute della donna non è più circoscritto alle patologie esclusivamente femminili che colpiscono mammella, utero e ovaie, ma rientra nell'ambito della medicina genere-specifica che, parallelamente al fattore età, tiene conto del fatto che il bambino non è un piccolo adulto, che la donna non è una copia dell'uomo e che l'anziano ha caratteristiche mediche ancora più peculiari.

Solo procedendo in questa direzione sarà possibile garantire a ogni individuo, maschio o femmina, l'appropriatezza terapeutica, rafforzando ulteriormente il concetto di "centralità del paziente" e di "personalizzazione delle terapie".

Questo campo innovativo della ricerca biomedica, relativamente nuovo per l'Italia, rappresenta una nuova prospettiva per il futuro della salute e

deve essere incluso tra i parametri indispensabili ed essenziali dell'attività clinica e della programmazione e organizzazione dell'offerta sanitaria del nostro Paese.

La medicina di genere è, oggi, un argomento molto "caldo" sul quale si confrontano non solo le Società scientifiche, ma più in generale tutte le Istituzioni che hanno come obiettivo la promozione della salute in tutti i suoi vari aspetti, seguendo le indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). L'OMS ha infatti sottolineato l'importanza dell'attenzione al genere nei ruoli e nelle responsabilità delle donne e degli uomini, nell'accesso alle risorse, nella diversa posizione sociale e nelle regole sociali che sottendono e governano i loro comportamenti. Tra le politiche più recenti dell'OMS vi sono, inoltre, il monitoraggio delle diseguaglianze e la revisione delle politiche sanitarie, dei programmi e dei piani delle singole Nazioni, finalizzati ad assicurare gli *outcomes* di salute nel mondo (*Gender, Equity and Human Rights roadmap*).

È per questo che numerose Organizzazioni e Istituzioni dedicano all'argomento importanti progetti di ricerca e finanziamenti e la letteratura sottolinea il bisogno di concentrare gli studi in

questo ambito, per favorire una corretta informazione volta a migliorare le conoscenze riguardanti le diversità.

Attualmente, a livello sia nazionale sia internazionale, le pubblicazioni di studi clinici "*Gender oriented*" sono molteplici e di alto valore scientifico ma, nonostante le consolidate evidenze, le linee guida disponibili nelle varie discipline ancora non inseriscono nei percorsi gestionali delle patologie il determinante "genere".

Anche nell'ambito della formazione sanitaria questa innovativa disciplina medica non è stata finora inserita nei programmi dei corsi di laurea in Medicina e Chirurgia e nelle Scuole di specializzazione, ad eccezione, in Italia, della Facoltà di Padova e, in Europa, delle facoltà di Helsinki, Berlino e Parigi, che hanno istituito la Cattedra in Medicina di Genere.

In conclusione, quindi, senza un orientamento di genere e il riconoscimento di questo essenziale ramo del sapere medico, di una coscienza culturale e scientifica delle implicazioni che tale tema implica per la politica sanitaria nazionale e internazionale, la politica della salute può risultare metodologicamente imprecisa e persino discriminatoria.

Piano per l'applicazione e la diffusione della medicina di genere



Una crescente mole di dati epidemiologici, clinici e sperimentali indica l'esistenza di differenze rilevanti nell'insorgenza, nella progressione e nelle manifestazioni cliniche delle malattie comuni a uomini e donne, nonché nella risposta e negli eventi avversi associati ai trattamenti terapeutici. Tutto questo indica quanto sia importante tenere conto delle differenze "sesso e/o genere dipendenti" per tutti, a tutte le età. L'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) introduce infatti proprio il concetto di "medicina di genere" definendolo come 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.

Piano per l'applicazione e la diffusione della medicina di genere



A questo proposito, in Italia, il 13 giugno 2019, il Ministro della Salute ha approvato formalmente il Piano per l'applicazione e la diffusione della medicina di genere sul territorio nazionale firmando il **decreto attuativo relativo alla Legge 3/2018**. Sebbene l'interesse per la medicina di genere si stia diffondendo in tutto il mondo, con l'approvazione di questa legge l'Italia è stata il primo Paese in Europa a formalizzare l'inserimento del concetto di "genere" in medicina, indispensabile a garantire ad ogni persona la cura migliore, rispettando le differenze e arrivando a una effettiva "personalizzazione delle terapie".

Le Scienze

Novembre 2017

€ 4,50

www.lescienze.it

edizione italiana di Scientific American

NUMERO SPECIALE

Non è un mondo per donne

Dati e ricerche
descrivono uno scenario
di indubbi progressi
e ingiustificabili ritardi

- Sesso biologico e identità di genere
- Superare gli stereotipi
- Medicina su misura
- Donne e scienza
- Squilibri demografici
- La scuola negata
- Occupazione e reddito



Quotidiano on line
di informazione sanitaria
02 OTTOBRE 2022

Studi e Analisi

segui quotidianosanita.it



Personale Ssn. Una sanità sempre più al femminile: il 68% è donna

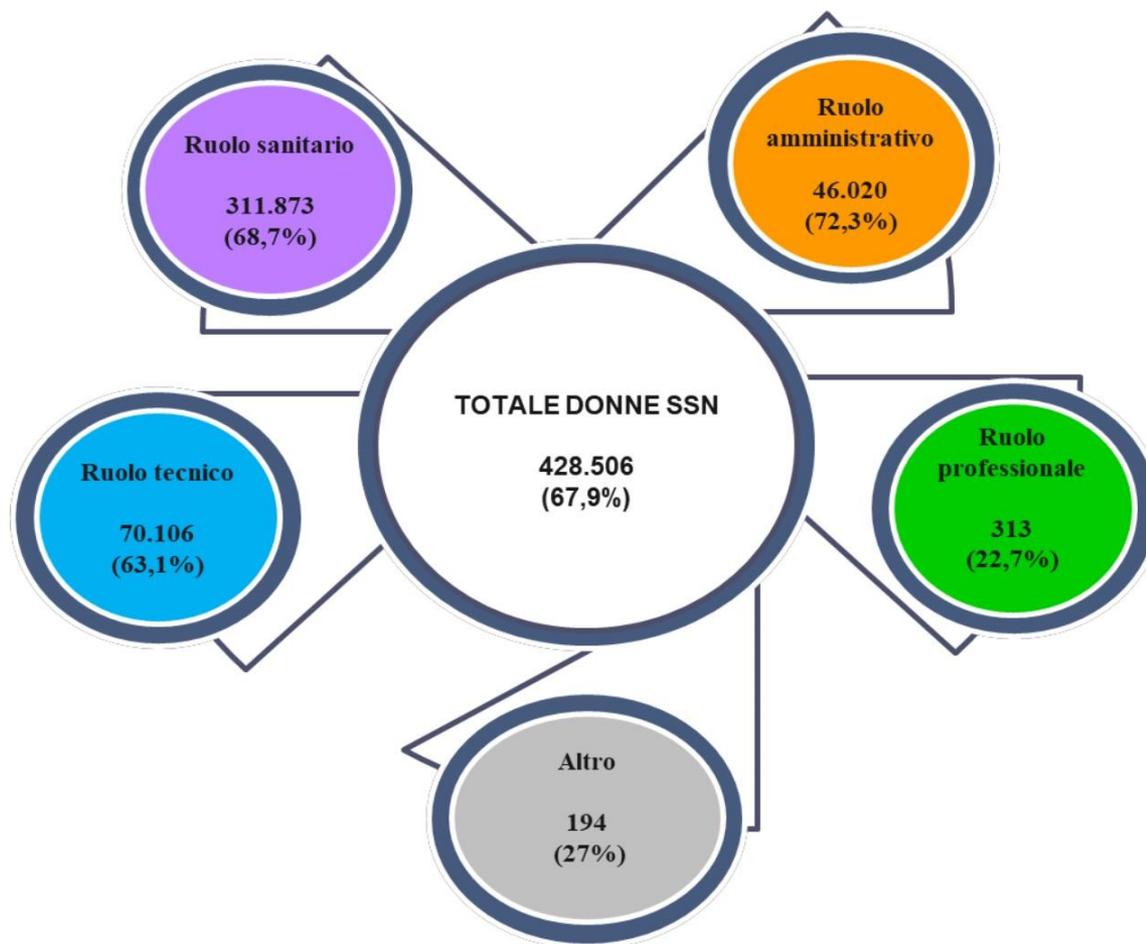
di E.M.

Le donne medico sono il 48,1% del totale dei camici bianchi, ma tra gli under 45 arrivano al 63,5%.

Tra il personale infermieristico le donne fanno la parte del leone: sono quasi il 78%. Anche nel ruolo amministrativo sono la stragrande maggioranza: ben il 72,3% del personale è donna.

I dati 2019 del Rapporto “Le donne nel servizio sanitario nazionale” del ministero della Salute

Personale dipendente donna a tempo indeterminato del SSN per ruolo- Anno 2020 (31/12/2019)



Elaborazioni su dati del conto annuale - Tab. 1 (ASL, AO, AOU, IRCCS PUBBLICI, ESTAR TOSCANA, ISPO, ARES LAZIO E LOMBARDIA, AZIENDA VENETO E LIGURIA)

Personale dipendente a tempo indeterminato del SSN per categoria- Anno 2020 (31/12/2019)

CATEGORIA	Totale	di cui Donne	di cui Donne %
MEDICI	106.444	51.225	48,1%
VETERINARI	4.547	1.075	23,6%
ODONTOIATRI	110	28	25,5%
FARMACISTI	2.942	2.361	80,3%
BIOLOGI	3.513	2.877	81,9%
CHIMICI	192	90	46,9%
FISICI	648	362	55,9%
PSICOLOGI	4.973	3.888	78,2%
DIRIGENTI PROFESSIONI SANITARIE	470	287	61,1%
PERS. INFERMIERISTICO	266.707	207.423	77,8%
PERS. TECNICO SANITARIO	34.792	22.252	64,0%
PERS. VIGILANZA ED ISPEZIONE	9.102	4.064	44,6%
PERS. FUNZ. RIABILITATIVE	19.512	15.941	81,7%
PROFILO RUOLO PROFESSIONALE	253	24	9,5%
DIR. RUOLO PROFESSIONALE	1.127	289	25,6%
PROFILO RUOLO TECNICO	110.299	69.712	63,2%
DIR. RUOLO TECNICO	782	394	50,4%
PROFILO RUOLO AMMINISTRATIVO	61.495	44.769	72,8%
DIR. RUOLO AMMINISTRATIVO	2.184	1.251	57,3%
ALTRO PERSONALE	718	194	27,0%
TOTALE	630.810	428.506	67,9%

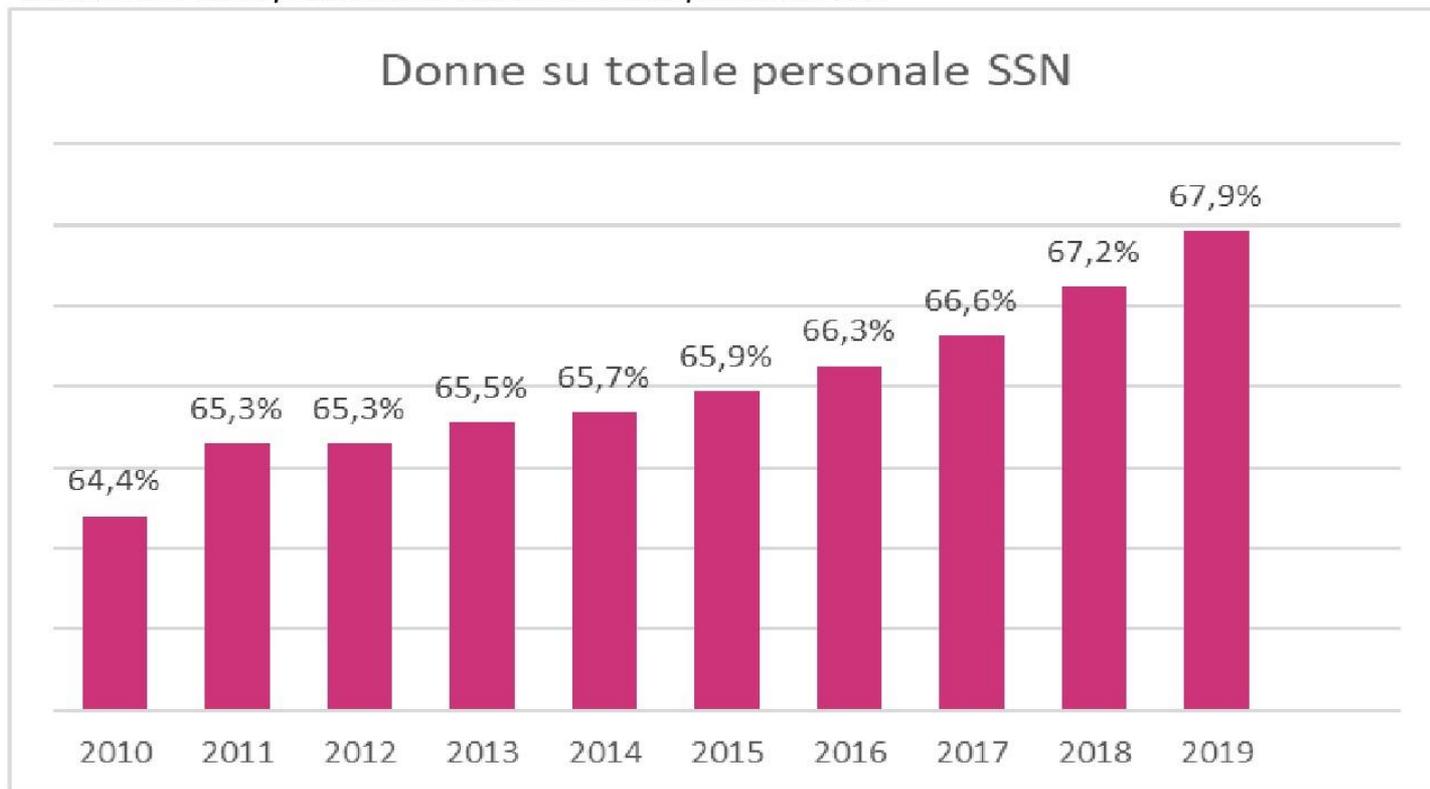
Elaborazioni su dati del conto annuale - Tab. 1 (ASL, AO, AOU, IRCCS PUBBLICI, ESTAR TOSCANA, ISPO, ARES LAZIO E LOMBARDIA, AZIENDA VENETO E LIGURIA)

Distribuzione regionale del personale dipendente donna a tempo indeterminato per ruolo- Anno 2020 (31/12/2019)

REGIONE	RUOLO SANITARIO		RUOLO PROFESSIONALE		RUOLO TECNICO		RUOLO AMMINISTRATIVO		ALTRO PERSONALE		Valore assoluto	Valore %
	Valore assoluto	Valore %	Valore assoluto	Valore %	Valore assoluto	Valore %	Valore assoluto	Valore %	Valore assoluto	Valore %		
Piemonte	27.608	74%	28	23,3%	7.584	73,1%	5.432	83,7%	20	37,7%	40.672	75,1%
Valle d'Aosta	965	74%	-	0,0%	218	51,2%	307	80,6%	-	0,0%	1.490	70,4%
Lombardia	48.805	74%	43	20,2%	12.613	66,8%	9.422	81,7%	44	27,5%	70.927	73,1%
Prov.A. Bolzano	4.602	79%	15	44,1%	1.228	60,7%	990	85,1%	-	0,0%	6.835	75,8%
Prov. A. Trento	4.053	74%			1.105	60,2%	725	82,3%	1	20,0%	5.884	71,9%
Veneto	29.643	74%	14	17,9%	8.916	74,0%	4.358	77,1%	14	27,5%	42.945	74,3%
Friuli.V. Giulia	9.699	76%	9	26,5%	3.149	72,9%	1.233	79,3%	2	40,0%	14.092	75,7%
Liguria	11.454	74%	4	10,3%	2.339	64,3%	1.578	75,7%	13	39,4%	15.388	72,1%
Emilia Romagna	32.367	74%	55	32,2%	7.590	70,0%	4.230	83,4%	19	40,4%	44.261	73,9%
Toscana	25.500	72%	16	12,7%	6.713	72,9%	3.408	75,9%	12	30,0%	35.649	72,3%
Umbria	5.594	68%	3	10,7%	1.204	64,8%	524	70,4%	1	7,7%	7.326	67,7%
Marche	9.718	71%	7	24,1%	2.333	66,7%	1.377	75,7%	4	16,0%	13.439	70,7%
Lazio	21.722	66%	29	27,4%	2.517	50,5%	2.764	65,2%	23	41,1%	27.055	63,9%
Abruzzo	6.809	67%	-	0,0%	1.366	58,5%	694	61,6%	3	16,7%	8.872	65,1%
Molise	1.460	66%			169	43,4%	106	58,2%	2	66,7%	1.737	62,1%
Campania	16.263	52%	36	28,6%	1.709	34,4%	2.098	50,1%	12	23,1%	20.118	49,4%
Puglia	17.236	63%	16	23,9%	2.537	46,9%	1.779	51,2%	5	13,2%	21.573	59,3%
Basilicata	3.056	63%	7	31,8%	592	47,4%	344	58,7%	2	13,3%	4.001	59,7%
Calabria	7.276	56%	9	18,4%	1.259	40,8%	964	48,6%	6	31,6%	9.514	52,7%
Sicilia	17.117	54%	13	18,8%	3.107	48,7%	2.482	59,7%	9	15,5%	22.728	53,8%
Sardegna	10.926	71%	9	18,4%	1.858	56,0%	1.205	63,9%	2	9,1%	14.000	67,7%
TOTALE	311.873	69%	313	22,7%	70.106	63,1%	46.020	72,3%	194	27,0%	428.506	67,9%

Elaborazioni su dati del conto annuale - Tab. 1 (ASL, AO, AOU, IRCCS PUBBLICI, ESTAR TOSCANA, ISPO, ARES LAZIO E LOMBARDIA, AZIENDA VENETO E LIGURIA)

Trend 2010-2019 percentuale donne su totale personale SSN



Elaborazioni su dati del conto annuale - Tab. 1 (ASL, AO, AOU, IRCCS PUBBLICI, ESTAR TOSCANA, ISPO, ARES LAZIO E LOMBARDIA, AZIENDA VENETO E LIGURIA)

Le **differenze di genere** sono state riconosciute, ufficialmente, dalla organizzazione Mondiale della Sanità soltanto nel 1998 con il **21th Century Program** che include un capitolo sulla ***“Health Equity”***.

Determinanti sociali e culturali della salute

- La nostra tradizione culturale identifica la salute femminile con l'assenza di malattie a livello dell'**apparato riproduttivo**.
- Come conseguenza, per lungo tempo le **campagne di prevenzione** delle malattie delle donne sono state limitate ai tumori dell'utero e della mammella
- Questa associazione è il risultato del pressoché unico ruolo che, per secoli, è stato attribuito alle donne nella società, e cioè quello di **madri**.

Questionario cardiovascolare

Quali pensa siano le cause più frequenti che aumentano il rischio di sviluppare una patologia cardiovascolare?

(barri la/e condizione/i che pensa possa/no aumentare il rischio)

*

Fattori psicologici

Ipertensione

Ipotensione

Diabete

Malattie Vascolari

Stili di vita scorretti (fumo, sedentarietà)

Malattie Infettive

Sesso

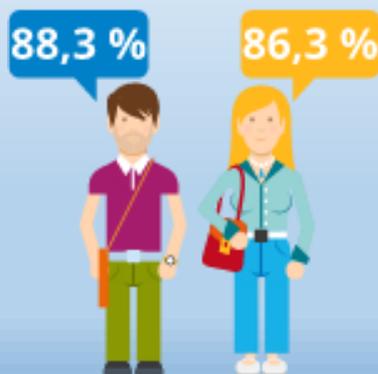
Età avanzata

Familiarità

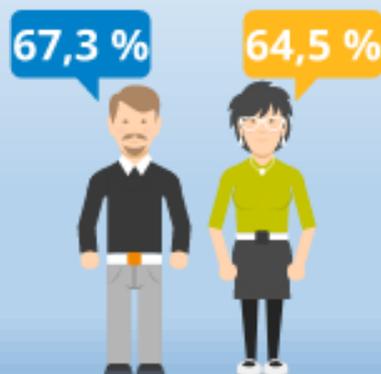
Grasso nel sangue

Gli uomini più delle donne hanno una percezione positiva della propria salute. La percezione che le persone hanno della propria salute è influenzata da un insieme complesso di fattori, tra cui quelli ambientali e culturali insieme alle condizioni socioeconomiche. Come è prevedibile con l'avanzare dell'età diminuisce la percezione di essere in buona salute e questo accade sia per le donne sia per gli uomini.

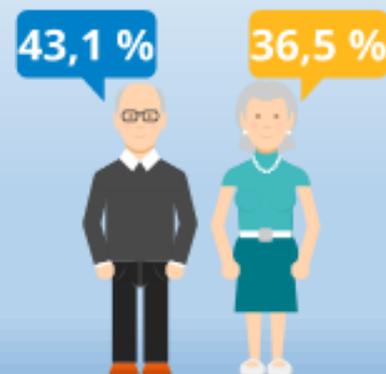
16 – 44 anni



45 – 64 anni



65 anni e oltre



ITALIA

16 – 44 anni

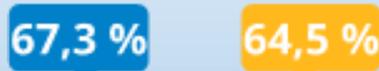
45 – 64 anni

65 anni e oltre

5 POSTO/27

3 POSTO/27

14 POSTO/27



<https://www.istat.it/donne-uomini/bloc-1c.html?lang=it>

Percezione della salute: paesi europei
differenza uomo donna
2018

La percezione della salute della donna

Intanto per tutto il corso della loro vita anche le donne hanno delle **variazioni ormonali** che incidono molto sullo stato di benessere psicofisico.

Poi bisogna dire che in età adulta, soprattutto se con famiglia e con figli o genitori anziani, le donne hanno un **carico di lavoro superiore di almeno 8 ore settimanali** il che significa lavorare un'ora in più al giorno degli uomini, senza tenere conto del tempo per recarsi al lavoro o accompagnare i figli a scuola, e quindi ovviamente avere meno tempo per la cura di sé o per destinare il proprio tempo ad attività sportive o altre attività che comunque fanno recuperare l'energia psico fisica.

Aggiungiamo anche che le donne rispetto agli uomini hanno più possibilità di avere alcune patologie, come per esempio **le emicranie che spesso accompagnano la vita delle donne soprattutto in periodo premenstruale o mestruale**, patologie legate alla tiroide, patologie legate all'apparato muscolo-scheletrico pensiamo all'osteoporosi

Anche che se le donne hanno la possibilità di vivere alcuni anni più degli uomini molto spesso gli anni che ci vengono regalati non sono vissuti in buona salute perché si perché si aggiungono **patologie o a pluripatologie che possono portare anche a stati di depressione.**

oltretutto per quanto riguarda la percezione della salute della donna e dobbiamo anche tenere conto della sua fragilità economica durante tutto il periodo lavorativo perché rispetto agli uomini percepiscono un minore stipendio, questo ormai è saputo, e durante l'anzianità **perché percepiscono anche una pensione minore.** Ed ecco che è difficile accedere a ad alcune prestazioni sanitarie se non a pagamento come possono essere le cure odontoiatriche, garantite nei LEA solo per coloro che hanno un reddito molto basso e solo le prestazioni basilari, inoltre vi sono alcune prestazioni sanitarie per le quali si è obbligati ad andare in strutture private per avere un accesso più rapido e quindi una soluzione più rapida della malattia.

E in ultimo le donne rischiano anche più degli uomini di ammalarsi di **Alzheimer** e quindi di condurre proprio gli ultimi anni di vita in una condizione veramente tragica anche se la percezione della Salute ormai non ha più senso ma la malattia ha una ricaduta fortissima sulla salute di coloro che si devono prendere cura dei malati, ovviamente soprattutto donne

“Si tratta del cosiddetto ‘paradosso donna’: le statistiche e i dati epidemiologici ci dicono che le donne vivono più a lungo, ma anche che c'è una maggiore incidenza di malattie croniche rispetto agli uomini. Vivono di più, ma sono anche più malate”, ha continuato la professoressa, che fa anche parte del Comitato Scientifico del Gruppo Italiano Salute e Genere (GISeG).

Un problema la cui causa andrebbe indagata. “Studi di questo genere devono portare tutti a domandarsi perché questo succede ma soprattutto a cercare di capire come ridurre le malattie delle donne”, ha continuato Flavia Franconi.

“Anche perché se continua così il problema può solo peggiorare: con l'allungamento dell'aspettativa di vita avremo molte più donne anziane, anche rispetto agli uomini anziani che statisticamente hanno esistenze in media più brevi. Queste signore saranno più malate e sole degli uomini. E in più, probabilmente anche più povere, visto che le donne che non lavoravano non avranno una remunerazione in vecchiaia, ma solo una pensione di reversibilità, probabilmente poco ricca. In tempi di crisi bisogna preoccuparsi anche di questo, ed oggi la situazione economica è particolarmente grave. E si sa che salute e povertà viaggiano spesso in direzioni opposte”.

La percezione della codizione di salute %

Regioni	Dichiarano di stare "male" o "molto male" %	
	Maschi	Femmine
Piemonte	4,8	6,4
Valle d'Aosta /Vallée d'Aoste	6,2	6,6
Liguria	5,6	7,4
Lombardia	4,2	6,4
Nord-Ovest	4,5	6,5

La percezione della codizione di salute %

Regioni	Dichiarano di stare "male" o "molto male" %	
	Maschi	Femmine
Toscana	4,7	6,8
Umbria	6,0	8,5
Marche	7,1	8,2
Lazio	6,6	9,2
Abruzzo	7,1	8,2
Molise	6,4	6,8
Centro	6,0	8,2

Maschi

Femmine

ITALIA

6,2

8,4

La percezione della codizione di salute %

Regioni	Dichiarano di stare "male" o "molto male" %	
	Maschi	Femmine
Trentino - Alto Adige / Südtirol	4,3	3,5
Bolzano-Bozen	3,4	3,4
Trento	5,1	3,6
Veneto	4,8	6,3
Friuli-Venezia Giulia	4,8	6,2
Emilia-Romagna	4,9	7,1
Nord-Est	4,8	6,3

La percezione della codizione di salute %

Regioni	Dichiarano di stare "male" o "molto male" %	
	Maschi	Femmine
Campania	8,1	10,8
Puglia	8,9	10,8
Basilicata	6,9	8,2
Calabria	9,9	12,5
Sud	8,4	10,6
Sardegna	7,6	11,9
Sicilia	8,8	11,9
Isole	8,5	11,9

quotidiano**sanità**.it



Malattie	Le malattie dichiarate %	
	Maschi	Femmine
Malattie allergiche	13,1	14,2
Diabete	5,6	5,6
Celiachia	0,3	0,7
Ipertensione arteriosa	16,0	18,5
Infarto del miocardio	2,7	1,1
Angina pectoris	0,8	0,6
Altre malattie del cuore	3,7	4,2
Ictus, emorragia cerebrale	1,3	1,5
Bronchite cronica, enfisema	3,9	3,7
Asma	4,2	4,3
Insufficienza renale cronica	1,3	1,2
Malattie della tiroide	1,5	8,4
Artrosi, artrite	11,2	21,5
Osteoporosi	1,7	12,4
Disturbi del comportamento alimentare (bulimia, anoressia)	0,3	0,6
Ansietà cronica	1,9	4,2
Depressione	2,9	5,7
Ansia o Depressione	3,7	7,5
Cirrosi epatica	0,3	0,2
Tumore maligno	1,5	1,8
Cefalea o emicrania ricorrente	6,9	14,5
Parkinsonismo	0,3	0,5
Alzheimer, demenze senili	0,5	1,3
Altra malattia cronica	2,8	2,9

quotidianosanita.it



Persone di 6 anni e più con limitazioni funzionali secondo il tipo di limitazioni (%)

CLASSI DI ETA'	Con limitazioni funzionali	Tipo di limitazioni funzionali			
		Confinamento	Limitazioni nelle funzioni	Limitazioni nel movimento	Limitazioni vista, udito e parola
MASCHI					
6-24	1,1	0,2	0,8	0,1	0,3
25-34	0,8	0,2	0,5	0,3	0,4
35-44	1,2	0,5	0,5	0,3	0,5
45-54	1,5	0,5	0,6	0,5	0,6
55-64	2,3	1,1	1,1	1	0,5
65-69	4,7	1,7	2,1	2	1,6
70-74	7	2,2	3,3	3,1	2,4
75-79	14,2	6	7,9	6,9	3,8
80 e più	32,5	14,8	23	17,1	9,8
Totale	3,8	1,5	2,3	1,7	1,2
FEMMINE					
6-24	1,1	0,2	0,6	0,2	0,4
25-34	0,6	0,2	0,3	0,2	0,2
35-44	1,1	0,3	0,4	0,3	0,4
45-54	1,5	0,5	0,6	0,5	0,5
55-64	3,2	1,2	1,3	1,5	0,8
65-69	5,5	2,2	2,3	2,7	1,4
70-74	11,3	4,8	5,5	5,9	2,5
75-79	21,2	9,5	11,6	11,7	4,4
80 e più	49,1	27	36,3	25,4	12
Totale	7,1	3,4	4,5	3,5	1,8

In sintesi le donne

- Sono più longeve, più sole, più fragili
- Più vulnerabili allo stress
- Più sensibili alle attività ormonali
- Si curano di più ma fanno meno attività fisica
- Più attente ai corretti stili di vita
- Più capaci di utilizzare strategie preventive

RELAZIONE TRA GENERE E SALUTE

- Il nodo centrale del cambiamento, evitando il rischio della medicalizzazione come controllo sociale, sta:
 1. Prima di tutto nella **formazione** professionale e accademica
 2. Nell'apprendere e implementare il **lavoro d'equipe** interdisciplinare e interprofessionale
 3. Nell'utilizzo della **prospettiva di genere** in maniera continuata e continuativa (ricerca, epidemiologia, prevenzione, cura, ecc.)
 4. Nel porre il **genere** (i generi) al centro di una presa in carico complessa e globale
 5. Nella co-partecipazione delle persone, di tutti i generi, alle politiche per la salute, all'organizzazione dei servizi, alla costruzione sinergica tra bisogni di salute e di cura e offerta di servizi, competenze, accoglienza.



Come si rappresentano le differenze?

La biomedicina è una forma di sapere sviluppata da individui che abitano contesti storici e sociali precisi

* è un “prodotto” storico, in quanto radicata in una specifica società, vale a dire quella occidentale tecnologicamente avanzata e **non può dirsi totalmente libera da connotazioni sociali e culturali in virtù della sua scientificità**

* la **cultura informa** le modalità biomediche di rappresentare il corpo e il suo funzionamento (così come i modi per immaginare le soluzioni terapeutiche, i luoghi destinati alla cura ecc.)

* **rappresentazioni/immaginari di genere e specifiche raffigurazioni dei rapporti (di forza) tra generi** plasmano le modalità attraverso cui la biomedicina inquadra e rappresenta le differenze tra sessi (e come le malattie si sviluppano alla luce di queste stesse differenze)

- La Medicina di Genere è una scienza multidisciplinare e gli obiettivi che dovranno essere perseguiti per il futuro sono:
- a) assumere la Medicina di Genere come un determinante della salute per giungere a garantire ad ogni individuo, maschio o femmina, l'appropriatezza della cura;
- b) predisporre dei programmi di politica sanitaria in termini di genere, nonché la formazione e l'aggiornamento del personale medico e sanitario;
- c) sostenere azioni di promozione della salute e di prevenzione e screening in un'ottica di genere con interventi di educazione rivolti a tutte le fasce d'età affinché si adotti un sano stile di vita (Alimentazione equilibrata, attività fisica, vita sessuale consapevole, visite mediche e controlli periodici, il contrasto all'abuso di tabacco e alcol)
- d) garantire che l'accesso alla cura, la scelta terapeutica e l'impatto farmacologico siano predisposti considerando la rilevanza dei fattori di rischio nei due generi.



*La Medicina di Genere
guardando alle differenze
produce il bene comune*

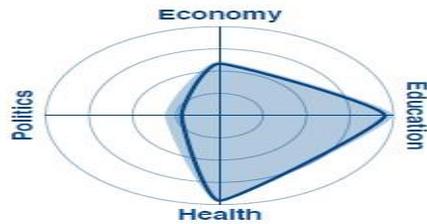


Grazie per l'attenzione

Italy

rank **63**
out of 156 countries

score **0.721**
0.00 = imparity
1.00 = parity



— Italy score
— average score

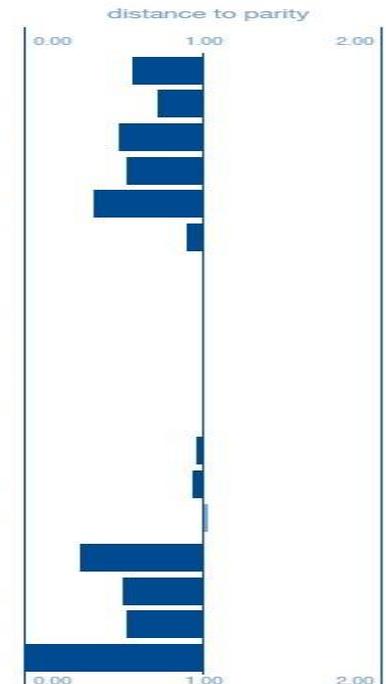
Global Gender Gap Index

Economic participation and opportunity
Educational attainment
Health and survival
Political empowerment

	2006 score	2021 score
Economic participation and opportunity	77 0.646	63 0.721
Educational attainment	87 0.527	114 0.609
Health and survival	27 0.997	57 0.997
Political empowerment	77 0.972	118 0.965
	72 0.087	41 0.313

COUNTRY SCORE CARD

	rank	score	avg	female	male	f/m
Economic participation and opportunity	114	0.609	0.583			
Labour force participation rate, %	98	0.752	0.655	56.5	75.1	0.75
Wage equality for similar work, 1-7 (best)	127	0.533	0.628	—	—	3.73
Estimated earned income, int'l \$ 1,000	96	0.572	0.494	29.4	51.4	0.57
Legislators, senior officials and managers, %	98	0.385	0.349	27.8	72.2	0.39
Professional and technical workers, %	87	0.909	0.755	47.6	52.4	0.91
Educational attainment	57	0.997	0.950			
Literacy rate, %	62	0.996	0.897	99.0	99.4	1.00
Enrolment in primary education, %	103	0.994	0.755	95.4	95.9	0.99
Enrolment in secondary education, %	1	1.000	0.950	95.3	94.1	1.01
Enrolment in tertiary education, %	1	1.000	0.927	71.5	53.0	1.35
Health and survival	118	0.965	0.957			
Sex ratio at birth, %	131	0.941	0.925	—	—	0.94
Healthy life expectancy, years	113	1.020	1.029	72.6	71.2	1.02
Political empowerment	41	0.313	0.218			
Women in parliament, %	33	0.555	0.312	35.7	64.3	0.56
Women in ministerial positions, %	33	0.572	0.235	36.4	63.6	0.57
Years with female/male head of state (last 50)	76	0.000	0.144	0.0	50.0	0.00



Europe

Country	Rank		Score
	Regional	Global	
Iceland	1	1	0.908
Finland	2	2	0.860
Norway	3	3	0.845
Sweden	4	5	0.822
Ireland	5	9	0.804
Germany	6	10	0.801
Lithuania	7	11	0.799
Switzerland	8	13	0.795
Belgium	9	14	0.793
France	10	15	0.791
Spain	11	17	0.788
Albania	12	18	0.787
Austria	13	21	0.781
United Kingdom	14	22	0.780
Serbia	15	23	0.779
Latvia	16	26	0.771
Netherlands	17	28	0.767
Portugal	18	29	0.766
Denmark	19	32	0.764
Slovenia	20	39	0.744
Bulgaria	21	42	0.740
Luxembourg	22	46	0.736
Estonia	23	52	0.733
Montenegro	24	54	0.732
Italy	25	63	0.720
Slovak Republic	26	67	0.717
North Macedonia	27	69	0.716
Bosnia and Herzegovina	28	73	0.710
Czech Republic	29	76	0.710
Poland	30	77	0.709
Malta	31	85	0.703
Hungary	32	88	0.699
Romania	33	90	0.698
Cyprus	34	93	0.696
Greece	35	100	0.689