

**PIANO REGIONALE PER
L'APPLICAZIONE E LA DIFFUSIONE
DELLA MEDICINA DI GENERE
2023 - 2025**

SOMMARIO

1. PRESENTAZIONE DEL PIANO	Pag. 4
2. INQUADRAMENTO GENERALE	Pag. 6
2.1 Definizione di Medicina di Genere	Pag. 6
2.2 Aspetti giuridici	Pag. 9
2.3 Azioni regionali	Pag. 13
3. ANALISI DEL CONTESTO PIEMONTESE	Pag. 17
3.1 Premessa	Pag. 17
3.2 Il contesto demografico	Pag. 18
3.3 Stato di salute	Pag. 21
3.4 Considerazioni conclusive	Pag. 32
4. AREE DI INTERVENTO, OBIETTIVI SPECIFICI E AZIONI	Pag. 34
4.1 Area "A" - PERCORSI CLINICI DI PREVENZIONE, DIAGNOSI, CURA E RIABILITAZIONE	Pag. 34
4.2 Area "B" - RICERCA E INNOVAZIONE	Pag. 34
4.3 Area "C" - FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE	Pag. 35
4.4 Area "D" - COMUNICAZIONE E INFORMAZIONE	Pag. 35
5. SCHEDE DI AZIONE	Pag. 37
5.1 Progettazione di uno strumento di raccolta, analisi e diffusione di progetti, interventi e buone pratiche in tema di Medicina di Genere per supportare le attività di operatori, decisori e stakeholders	Pag. 37
5.2 Delineazione e sostegno di percorsi di raccordo tra i Referenti regionali della Medicina di Genere e i Coordinatori regionali di altri Piani e Reti	Pag. 39
5.3 Istituzione di gruppi tecnici aziendali sulla Medicina di Genere	Pag. 41
5.4 Consolidamento della rete dei referenti aziendali per la Medicina di Genere	Pag. 43
5.5 Predisposizione di una proposta, in collaborazione con la rete dei Referenti e con la supervisione delle Direzioni aziendali, per la redazione di piani aziendali in tema di Medicina di Genere	Pag. 46
5.6 Elaborazione di una proposta, con la supervisione delle Direzioni aziendali, per definire i criteri da considerare nell'approccio di genere ai PDTA/PSDTA	Pag. 48
5.7 Ricognizione ed analisi dei PDTA/PSDTA in uso sulla base di criteri definiti in ottica di genere con individuazione dei principali bias: focus su scompenso cardiaco, BPCO e osteoporosi	Pag. 51
5.8 Elaborazione di un decalogo per il buon uso dei principali farmaci in ottica di genere	Pag. 54

5.9 Realizzazione di spazi mirati di riflessione organizzativa (c.d. "alberi delle idee") e di attivazione di processi di lavoro sulla Medicina di Genere e l'equità con riguardo a patologie non trasmissibili	Pag. 56
5.10 Realizzazione di progettualità condivise tra Università e Aziende Sanitarie Regionali inerenti premi per la ricerca, tesi e pubblicazioni scientifiche in tema di Medicina di Genere	Pag. 58
5.11 Realizzazione di uno strumento regionale di accesso organico e sistematico alle informazioni e alle conoscenze utili in tema di Medicina di Genere sul sito della Biblioteca Virtuale della Salute Piemonte (BVS-P)	Pag. 60
5.12 Potenziamento delle azioni volte all'inserimento della Medicina di Genere nei Piani formativi aziendali	Pag. 63
5.13 Predisposizione di una proposta, in collaborazione con i rappresentanti degli Atenei piemontesi, per promuovere e sostenere l'insegnamento della Medicina di Genere nei corsi universitari	Pag. 65
5.14 Attivazione di collaborazioni tra Aziende Sanitarie Regionali, Ordini professionali e/o Società scientifiche inerenti attività formative e gruppi di studio in tema di Medicina di Genere	Pag. 67
5.15 Censimento sul personale docente dell'Università di Torino e dei principali Ordini professionali in merito all'adozione di nozioni di Medicina di Genere in corsi di didattica ed aggiornamento	Pag. 69
5.16 Indagine sulla conoscenza del personale sanitario in merito alle differenze di genere nella salute	Pag. 71
5.17 Progettazione di uno strumento validato volto a indagare la conoscenza di una popolazione target sulle differenze di genere nella salute	Pag. 73
5.18 Individuazione e valutazione dei fattori che incidono sull'efficacia della comunicazione in Medicina di Genere	Pag. 75
5.19 Implementazione di attività di comunicazione e informazione istituzionale per favorire la conoscenza della Medicina di Genere nella popolazione piemontese	Pag. 77
5.20 Realizzazione di spazi web dedicati alla Medicina di Genere sui portali delle Aziende Sanitarie Regionali	Pag. 79
6. MONITORAGGIO DEL PIANO	Pag. 81
7. BIBLIOGRAFIA	Pag. 82
8. SITOGRAFIA	Pag. 85

1 PRESENTAZIONE DEL PIANO

La Regione Piemonte, nel considerare la Medicina di Genere (MdG) di particolare interesse per migliorare la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni erogate dal Servizio Sanitario Regionale (SSR), ha recepito con Deliberazione della Giunta Regionale 12 novembre 2021, n. 17-4075 il "Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere" adottato con D.M. 13/06/2019, facendone propri la visione, i principi e la struttura con l'impegno ad adottarli e tradurli nel Piano regionale per la MdG.

La Regione Piemonte intende quindi garantire continuità alle azioni di promozione e sviluppo dell'approccio che qualifica l'applicazione del quadro normativo nazionale e regionale sulla MdG, considerando la specificità di genere un obiettivo strategico per sistemi sanitari fondati sull'appropriatezza dei percorsi di cura, capaci di ridurre i costi sanitari e gli errori nella pratica clinica.

In questo contesto, attraverso il modello di governance definito in Regione e fondato sul coinvolgimento di tutte le Aziende Sanitarie Regionali (ASR), in particolare attraverso i referenti presenti in ogni Azienda, nonché del Gruppo Tecnico Regionale (istituito con D.G.R. 12/11/2021, n. 17-4075), è stata prevista la strutturazione di un primo Piano regionale sulla Medicina di Genere la cui principale finalità è quella di realizzare uno strumento agile di programmazione con l'intento di renderlo accessibile ad operatori e cittadini.

L'impegnativo percorso di strutturazione del Piano Regionale per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere è durato un anno, dal mese di maggio 2022 allo stesso mese del 2023.

La struttura del Piano regionale che si sviluppa in questo documento è il risultato di una lettura ragionata e condivisa che, pur riflettendo la visione, i principi e la struttura del Piano Nazionale per la Medicina di Genere, cerca di sollecitare una considerazione più consapevole della MdG e dell'equità valorizzando le conoscenze acquisite e le specificità territoriali. Il tema dell'equità rappresenta infatti una prospettiva che rileva l'influenza di sesso e genere sulle condizioni di salute delle persone, permettendo di evidenziare dove e in quali forme si manifestino le disuguaglianze e quali risposte siano capaci di rimuoverle o, quantomeno, ridurle.

Nel presente Piano vengono altresì considerati gli aspetti legati al profilo di salute e di equità della popolazione piemontese, profilo caratterizzato da eterogeneità nell'esposizione ai fattori di rischio, nella probabilità di ammalarsi e nell'accesso ai servizi. Riconoscere le diversità che caratterizzano la popolazione residente in Piemonte è un passo importante nell'ambito della MdG per individuare future strategie differenziate, proporzionate e mirate ai diversi bisogni espressi o comunque identificati.

La pratica clinica, che trae dall'esperienza un importante insegnamento, è esposta al rischio di utilizzare schemi connotati per genere, culturalmente radicati, sulla base di pratiche guidate da casistiche in cui è prevalente un genere, assunte come "standard". La sfida non sta solo nell'osservare gli eventi per genere, ma nella capacità di individuare processi differenziati per genere. Sarà comunque necessario avere un'ottica di medio-lungo periodo, non può infatti considerarsi sufficiente una programmazione a tavolino ma è indispensabile l'apprendimento e cioè insegnare ed imparare ad agire senza pregiudizi fondati sul genere e, al contempo, contrastare l'uso di modelli apparentemente neutri, per valorizzare le specificità di genere. (Pilutti S et al, 2016)

Appare altresì imprescindibile un'integrazione della dimensione di genere anche nella ricerca scientifica, con particolare attenzione a quelle evidenze direttamente trasferibili alla sanità per supportare adeguatamente e migliorare l'appropriatezza degli interventi di prevenzione, diagnosi e cura.

Per la progettazione e l'implementazione di interventi che desiderino uscire dalla vaghezza concettuale e si propongano di operare secondo modelli efficaci e scientificamente validati è tuttavia imprescindibile la generazione di un cambiamento culturale e organizzativo sostenibile nel tempo, una visione multidisciplinare e la costruzione di alleanze di intenti che consentano nei fatti di produrre salute in ottica di genere. Il processo è lungo e complesso ma necessario per rafforzare il sistema nella sua interezza.

Come è già stato accennato, non si tratta di fare programmazione a tavolino con dichiarazioni generiche di intenti, ma di agire con spirito critico anche alla luce delle fragilità di sistema emerse a seguito dell'emergenza pandemica che, come noto, ha assorbito una parte consistente delle energie e risorse disponibili. Si tratta di provare a disegnare una prospettiva di lungo periodo che intende identificare una vision per il futuro della MdG in Piemonte che possa resistere e adattarsi ai cambiamenti, alle trasformazioni e alle eventuali discontinuità che si dovessero verificare nei prossimi anni.

Per una reale applicazione di un approccio di genere in sanità nelle quattro aree d'intervento previste dalla legge (Percorsi clinici di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione; Ricerca e innovazione; Formazione e Aggiornamento professionale; Comunicazione e Informazione), in questo primo Piano per l'applicazione e la diffusione della MdG la Regione Piemonte ha pertanto scelto di procedere attraverso la strutturazione di una serie di azioni per dare sistematicità alle molteplici progettualità che ne possono scaturire, utilizzando un approccio razionale e pragmatico, orientato alla concretezza e al raggiungimento di obiettivi realistici e tangibili, nel pieno rispetto dell'invarianza di risorse ex art. 3 c. 6 Legge n. 3/2018, affinché la MdG si traduca in pratica e diventi azione pervasiva a tutti i livelli del SSR.

2 INQUADRAMENTO GENERALE

2.1 DEFINIZIONE DI MEDICINA DI GENERE

Il tema della salute è saldamente ancorato alla dimensione della corporeità e della biologia, cioè al "sesso", anche se non può mai prescindere dalla considerazione delle costruzioni sociali che insieme interpretano e definiscono l'appartenenza sessuale, cioè il "genere". La complessità è quindi, innanzitutto, la complessità del sistema sesso-genere con la sua configurazione bi-dimensionale. (Pezzini B, 2022)

Nell'ambito della salute, è proprio l'intreccio tra queste due dimensioni che sembra rappresentare il terreno su cui potenziare la conoscenza e l'intervento in vista di una maggiore equità. (Pilutti S et al, 2016)

La MdG è definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) 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.

La comprensione del significato di MdG parte quindi dal riconoscimento che tra uomo e donna ci sono differenze determinate sia da fattori biologici che più propriamente definiscono il "sesso" sia da altri fattori (ambientali, sociali, culturali e relazionali) che definiscono il "genere".

In particolare il termine "sesso" è definito dall'OMS come l'insieme delle caratteristiche genetiche (cromosomi X e Y), biologiche e fisiologiche che determinano i diversi fenotipi. In una cellula la presenza di un corredo genetico XX o XY condiziona non solo la produzione o il metabolismo ormonale, ma tutte le attività metaboliche di quella cellula, in tutti i tessuti di ogni organo del corpo di una donna e di un uomo con conseguenti differenze fisiologiche e fisio-patologiche.

Sempre secondo la definizione dell'OMS il "genere" è invece la risultante dell'azione di molti fattori (stato socioeconomico, reddito, livello culturale, ambiente, ecc.) che attribuiscono comportamenti, azioni, ruoli diversi che possono cambiare nel tempo e nel contesto sociale in cui queste caratteristiche si costruiscono. Il genere è in grado anche di modellare l'esperienza di salute e malattia delle persone e l'accesso all'assistenza sanitaria.

Il sesso e il genere interagiscono influenzandosi a vicenda e, nel loro insieme, rappresentano determinanti di salute molto importanti in grado di generare disuguaglianze di genere che possono tradursi in rischio per la salute, anche a causa del cosiddetto "gender bias" o "pregiudizio di genere" che, applicato alla ricerca clinica e farmacologica e alle professioni di cura, porta a trattare le persone senza considerare le differenze legate al sesso e al genere.

Come evidenziato nel Piano nazionale MdG, la diversità nei generi è osservabile:

- nei comportamenti, negli stili di vita così come nel vissuto individuale e nel diverso ruolo sociale;
- nello stato di salute, nell'incidenza di molteplici patologie, croniche o infettive, nella tossicità ambientale e farmacologica, nelle patologie lavoro correlate, salute mentale e disabilità, in tutte le fasce di età e in sottogruppi di popolazione svantaggiati;

- nel ricorso ai servizi sanitari per prevenzione (screening e vaccinazioni), diagnosi, ricovero, medicina d'urgenza, uso di farmaci e dispositivi medici;
- nel vissuto di salute, atteggiamento nei confronti della malattia, percezione del dolore, ecc.

Nel recentissimo "Piano Formativo Nazionale per la Medicina di Genere" (D.M. 11/04/2023) si sottolinea come la MdG non vada intesa come medicina delle donne piuttosto che una nuova specialità medica ma rappresenti un nuovo e necessario approccio metodologico. Tale approccio pone attenzione alle citate differenze nell'eziopatogenesi, nella fisiopatologia e nella sintomatologia delle patologie (incidendo su prevenzione, diagnosi e risposta al trattamento), nonché all'appropriatezza, alla sicurezza e all'accesso alle cure, investendo tutti i professionisti sanitari e gli operatori coinvolti a diverso titolo nel percorso di cura. Viene inoltre evidenziato come tali differenze si affianchino ad altre caratteristiche, rappresentative di concetti ben distinti, quali l'orientamento sessuale e l'identità di genere.

L'esigenza di tenere conto delle richiamate differenze in tutti gli aspetti relativi alla salute di ogni persona, è divenuta sempre più rilevante grazie ad una intensa attività della ricerca scientifica. Infatti, dati epidemiologici, clinici e di medicina sperimentale indicano in modo sempre più evidente l'esistenza di differenze nell'incidenza e nella progressione di moltissime patologie comuni a uomini e donne. Sono state inoltre dimostrate differenze nei meccanismi patogenetici che le determinano, nelle evidenze diagnostiche, nella risposta alle terapie e negli eventi avversi ad esse associati. Esempi importanti di disparità di genere sono stati riscontrati in tutti i principali gruppi di patologie, nelle malattie non trasmissibili, quali cancro, malattie del sistema cardiovascolare, malattie reumatiche ed autoimmuni in particolare, e nelle malattie infettive, sia virali che batteriche. *(Carè A, 2019)*

Il Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB) nel 2008 aveva rilevato, a partire dall'analisi dei dati sulla sperimentazione clinica sulle donne, la sottorappresentatività nell'arruolamento e la scarsa elaborazione differenziata dei risultati evidenziando che, sebbene le donne siano le maggiori consumatrici di farmaci, la sperimentazione tende a non tenere in sufficiente considerazione la loro specificità e il cambiamento delle condizioni di salute femminile, con un conseguente incremento di effetti collaterali, più frequenti e più gravi rispetto agli uomini. Il CNB propone linee bioetiche per una equa considerazione della donna nella sperimentazione, rilevando la necessità di una differenziazione e mostrando i pericoli di una farmacologia "neutrale". *(Comitato Nazionale per la Bioetica, 2008)*

La pandemia da Covid 19 ha fatto emergere, in tutta evidenza, quanto sia essenziale considerare le differenze di sesso (es. modo in cui le persone rispondono al virus, riproduzione virale, recettori virali e produzione di anticorpi) e di genere. Queste ultime sono ascrivibili all'aumentata mortalità negli uomini legata anche a comportamenti quali l'abitudine al fumo e al tasso di lavaggio delle mani, mentre le donne sono maggiormente esposte in quanto costituiscono la maggioranza degli operatori sanitari. *(Gibney E, 2020)*

L'interazione tra fattori biologici e sociali è alla base del cosiddetto "paradosso di genere": il vantaggio che deriva alle donne da una maggiore longevità è segnato da una più accentuata presenza di patologie nel corso degli anni, con esiti invalidanti soprattutto nella tarda età. Nelle donne il vantaggio di salute derivante dal patrimonio biologico rappresenta pertanto un "bonus" che viene poi spesso giocato per contrastare gli effetti negativi derivanti dalle abitudini di vita e dall'inequiva distribuzione di beni e opportunità. La complessità delle diverse esperienze di salute di uomini e donne rende indispensabile considerare la concomitanza tanto degli aspetti biologici quanto di quelli sociali. *(Pilutti S et al, 2016)*

La MdG trae significativa legittimazione dal principio di eguaglianza in base al quale il diritto a vedere pienamente tutelata la propria salute spetta a tutte le persone senza discriminazione alcuna.

Nell'italiano colloquiale il termine "eguaglianza" viene non infrequentemente utilizzato, erroneamente, come sinonimo di "equità". Sono principi che poggiano invece su basi differenti: "oggettiva" nell'eguaglianza (tutti siamo uguali ed identici) e "soggettiva" nell'equità, che tiene conto delle peculiarità dei singoli per garantire a tutti le stesse opportunità. Il focus dell'eguaglianza è sul punto di partenza, cioè i diritti e i doveri, mentre quello dell'equità è sul punto di arrivo rispetto alle opportunità offerte dalla valorizzazione delle differenze.

Purtroppo, ancora oggi, il valore della differenza non è sempre né pienamente espresso, né pienamente colto. (*Graziadei M, 2017*)

L'eguaglianza promossa dalla MdG non è solo formale, in quanto riconosce tutti i soggetti parimenti degni di tutela, ma anche sostanziale attraverso la valorizzazione delle differenze-specificità ed evidenzia altresì come l'equità debba essere considerata come un principio da applicarsi non solo all'accesso delle cure ma anche alla loro appropriatezza.

In omaggio alla visione globale del concetto di salute che discende dalla trama dei principi posti in Costituzione, l'erogazione delle cure può dirsi innanzitutto appropriata in quanto costruita su una presa in carico della persona a 360° gradi. Del resto, proprio attraverso la valorizzazione delle specificità di ciascuna persona è possibile - come ricorda ancora il Piano - garantire ad ogni persona la migliore cura, rafforzando ulteriormente il concetto di "centralità del paziente" e di "personalizzazione delle terapie", assicurando così la piena appropriatezza degli interventi, nel rispetto delle differenze di genere rese evidenti dalla letteratura scientifica fino ad oggi. (*D'Amico M et al, 2021*)

La riduzione delle disuguaglianze, ovvero delle differenze evitabili e ingiuste in tema di salute, ha acquisito un'importanza crescente a livello internazionale e il miglioramento dell'equità nella salute fa parte degli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile ("Sustainable Development Goals") delle Nazioni Unite.

Un limite alle decisioni programmatiche è tuttavia rappresentato dall'incapacità delle revisioni sistematiche di considerare le potenziali differenze negli effetti tra i fattori di equità.

Una revisione sistematica recentemente pubblicata nella Cochrane Library (*Welch V et al, 2022*) ha affrontato le disuguaglianze in tema di salute mettendo in evidenza la necessità di migliorare la chiarezza concettuale della definizione di equità nella salute. In questo lavoro le disuguaglianze sono state considerate come differenze ingiuste ed evitabili nei fattori di stratificazione sociale che limitano le opportunità di salute. Le differenze di salute analizzate sono sintetizzabili nell'acronimo PROGRESS-Plus che sta per "Place of residence, Race/ethnicity/culture/language, Occupation, Gender or sex, Religion, Education, Socioeconomic status, Social capital". Il termine "Plus" si riferisce ad altri fattori associati a discriminazione, esclusione, emarginazione o vulnerabilità, come caratteristiche personali (es. età, disabilità), relazioni che limitano le opportunità di salute (es. bambini che vivono in un nucleo familiare dove i genitori fumano) o situazioni ambientali che offrono un controllo limitato sulle opportunità di salute (ad esempio, l'ambiente alimentare scolastico).

Gia all'inizio degli anni 2000 il CNB si era soffermato sulla definizione dell'equità (intesa come possibilità per ciascuno di raggiungere il miglior livello possibile di salute e come accesso e

qualità delle cure), sulla distinzione fra equità e uguaglianza, sulle risorse per la salute (che non sono soltanto quelle monetarie, farmacologiche e professionali) e sul rapporto fra stato e mercato nell'assistenza sanitaria. (*Comitato Nazionale per la Bioetica, 2001*)

2.2 ASPETTI GIURIDICI

Prima di esaminare la normativa di riferimento sulla MdG, è utile ricordare due concetti - "salute" e "diritto alla salute" - che non sono così scontati come sembrano.

Nel 1948 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha definito la "salute" come "uno stato di completo benessere fisico, sociale e mentale, e non soltanto l'assenza di malattia o di infermità" (*World Health Organization, 1948*). Si tratta di una definizione assai discussa, ma che può essere assunta come utile punto di partenza in quanto distingue fra stato di salute e (semplice) assenza di malattia.

L'Ottawa Charter for Health Promotion, adottato nel 1986, pur mantenendo fermo il riferimento al concetto di "completo benessere", ha chiarito come la salute abbia bisogno di condizioni adatte alla sua realizzazione e al suo mantenimento come la pace, l'abitazione, l'educazione, il nutrimento, il reddito, un ecosistema stabile, le risorse sostenibili, la giustizia sociale e l'equità.

Il riferimento al "benessere" rende conto della complessità della determinazione contenutistica del concetto di salute. Tale concetto, nonostante la nettezza della definizione originaria, pare quindi identificare più un processo dinamico che una condizione statica.

La nostra Costituzione, com'è noto, dedica una specifica disposizione (art. 32 Cost.) alla protezione della salute. Tale articolo contiene previsioni di notevole complessità, in quanto il "diritto alla salute" è inteso sia come "fondamentale diritto dell'individuo" sia come "interesse della collettività". Questa impostazione appare la più corretta in quanto impone un costante temperamento tra l'uno e l'altro nel contesto di un approccio onnicomprensivo alla tutela del bene-salute. (*Luciani M, 2022*)

Come ribadito recentemente dalla Corte Costituzionale (Corte Cost. sentenza n. 62/2020), il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) *"garantisce la tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse dell'intera collettività [...] assicura i livelli essenziali e uniformi di assistenza, come definiti dal Piano sanitario nazionale e come individuati contestualmente all'identificazione delle risorse finanziarie (art. 1 della Legge 30 dicembre 1992, n. 502)"*.

Il diritto alla salute non si sottrae pertanto al bilanciamento con le esigenze economico-finanziarie. Il tema della sostenibilità delle cure è quindi connotato da un equilibrio delicato e composito legato, *in primis*, al concetto poliedrico del diritto alla salute che deve tenere conto delle sue molteplici dimensioni. Queste ultime spaziano dai classici richiami costituzionali alle sfide offerte dallo sviluppo biomedico e dalla crisi economica, con un gioco combinato di fattori (sociali, finanziari, etici, scientifici e giuridici) che sono funzionali alla costruzione di un equilibrio sostenibile per rendere effettivo l'accesso alle cure.

Come stabilito da costante giurisprudenza (tra le ultime Cass. Civ. n. 9272/2019), *"il diritto alla fruizione di prestazioni sanitarie a carico del SSN deve essere riconosciuto temperando l'elevato livello di protezione della salute umana, garantito dalla Costituzione e dall'art. 35 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea, con i condizionamenti derivanti dalle risorse finanziarie di cui lo Stato dispone per organizzare il Servizio sanitario in favore di un numero*

quanto più ampio possibile di fruitori, dovendo dunque essere accertato sulla base dei seguenti criteri:

a) le prestazioni richieste devono presentare, per specifiche condizioni cliniche o di rischio, evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, a livello individuale o collettivo, validate da parte della comunità scientifica;

b) l'appropriatezza, che impone che vi sia corrispondenza tra la patologia e il trattamento secondo un criterio di stretta necessità, tale da conseguire il migliore risultato terapeutico con la minore incidenza sulla qualità della vita del paziente;

c) l'economicità nell'impiego delle risorse, che richiede di valutare la presenza di altre forme di assistenza, meno costose ma di efficacia comparabile, volte a soddisfare le medesime esigenze ed erogabili dalle strutture pubbliche o convenzionate”.

Per migliorare l'appropriatezza è tuttavia necessario orientare gli interventi sanitari, costruire percorsi specifici, organizzare processi formativi ed indirizzare la ricerca tenendo conto delle differenze di sesso/genere. Tale dimensione è pertanto una necessità di metodo e analisi che può anche divenire strumento di governo e di programmazione sanitaria. (*Ministero della Salute, 2016*)

Proprio sul terreno della salute e della sanità (funzione e struttura organizzativa cui è affidata la tutela dell'interesse collettivo alla salute e la garanzia del diritto fondamentale individuale) emerge con forte evidenza come sesso e genere siano due categorie di analisi entrambe imprescindibili, senza che una sola di esse possa considerarsi esaustiva o autosufficiente (o capace di inglobare l'altra). (*Pezzini B, 2022*)

Dal punto di vista legislativo sono state presentate, a partire dal 2007, un paio di mozioni sulla MdG e un paio di proposte di legge dal titolo “Norme in materia di Medicina di Genere”, che però non hanno avuto seguito. (*Boldrini P, 2019*)

Nel 2016 è stata presentata (Boldrini e altri) alla Camera dei Deputati la proposta di legge C. 3603 “Disposizioni per favorire l'applicazione e la diffusione della medicina di genere” poi confluita nell'art. 3 (“Applicazione e diffusione della medicina di genere nel Servizio Sanitario Nazionale”) della Legge 1 gennaio 2018, n. 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” (GU Serie Generale n. 25 del 31/01/2018).

Il comma 1 dell'art. 3 prevede, entro dodici mesi dalla data di entrata in vigore della Legge n. 3/2018, la predisposizione di un apposito Piano da parte del Ministero della Salute con proprio decreto.

Il comma 2 dispone che il decreto di cui al comma 1 sia adottato nel rispetto dei seguenti principi:

a) previsione di un approccio interdisciplinare tra le diverse aree mediche e le scienze umane che tenga conto delle differenze derivanti dal genere, al fine di garantire l'appropriatezza della ricerca, della prevenzione, della diagnosi e della cura;

b) promozione e sostegno della ricerca biomedica, farmacologica e psico-sociale basata sulle differenze di genere;

c) promozione e sostegno dell'insegnamento della medicina di genere, garantendo adeguati

livelli di formazione e di aggiornamento del personale medico e sanitario;

d) promozione e sostegno dell'informazione pubblica sulla salute e sulla gestione delle malattie, in un'ottica di differenza di genere.

Con D.M. 13 giugno 2019 il Ministero della Salute ha adottato il "Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere" (di cui si dirà *infra*) per fornire un indirizzo coordinato e sostenibile per la diffusione della Medicina di Genere mediante divulgazione, formazione e indicazione di pratiche sanitarie che nella ricerca, nella prevenzione, nella diagnosi e nella cura tengano conto delle differenze derivanti dal genere, al fine di garantire la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni erogate dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN) in modo omogeneo sul territorio nazionale.

I restanti commi dell'art. 3 prevedono:

- l'emanazione (comma 3) da parte del Ministero della Salute di apposite raccomandazioni destinate agli Ordini professionali, alle Società scientifiche e alle Associazioni di operatori sanitari non iscritti a Ordini o Collegi, volte a promuovere l'applicazione della MdG su tutto il territorio nazionale;

- la predisposizione (comma 4) con apposito decreto di un Piano formativo nazionale per la MdG, volto a garantire la conoscenza e l'applicazione dell'orientamento alle differenze di genere nella ricerca, nella prevenzione, nella diagnosi e nella cura. A tal fine, sono promossi specifici studi presso i corsi di laurea delle professioni sanitarie nonché nell'ambito dei piani formativi delle aziende sanitarie con requisiti per l'accreditamento nell'educazione continua in medicina. Il "Piano formativo nazionale per la Medicina di Genere" (D.M. 11/04/2023) è stato pubblicato ai primi di maggio di quest'anno nell'intento di favorire la promozione e il sostegno dei relativi percorsi formativi, assicurando adeguati livelli di formazione e di aggiornamento di tutto il personale medico e sanitario, al fine di fornire un indirizzo coordinato e sostenibile per diffondere la medicina di genere sul territorio nazionale e garantire la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni erogate dal SSN;

- la trasmissione (comma 5) alle Camere, con cadenza annuale, da parte del Ministro della Salute di una relazione sulle azioni di promozione e di sostegno della MdG attuate nel territorio nazionale sulla base delle indicazioni di cui al presente articolo, anche attraverso l'istituzione di un Osservatorio dedicato alla MdG, istituito presso gli enti vigilati dal Ministero della Salute;

- l'invarianza di risorse (comma 6) in quanto, all'attuazione delle disposizioni contenute nell'art. 3, si provvede nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e comunque senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

Il "Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere" (D.M. 13 giugno 2019), in attuazione dell'art. 3 comma 1 Legge n. 3/2018, è articolato in due parti.

Nella prima parte, di inquadramento generale della MdG, viene spiegato cosa è la Medicina di Genere, gli ambiti prioritari d'intervento, l'importanza di un approccio di genere in sanità per una centralità della persona e viene presentata un'analisi del contesto internazionale e nazionale relativo alla MdG.

La seconda parte riguarda i principi, la strategia di governance e gli obiettivi del Piano. I temi trattati sono quelli relativi ai principi ed obiettivi del Piano, la strategia di governance per la sua implementazione, le azioni previste per la realizzazione dell'obiettivo generale e degli

obiettivi specifici per ciascuna delle quattro aree d'intervento in cui si articola il Piano e cioè:

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

Come ben illustrato nel citato Piano, l'approccio che caratterizza la MdG è, non solo interdisciplinare e trasversale riguardando ogni branca e specialità, ma soprattutto pluridimensionale. Infatti, secondo una visione globale del concetto di salute, l'erogazione di cure appropriate presuppone la presa in carico della "persona" malata, valutata oltre che sulle caratteristiche biologiche e cliniche della malattia, anche sulla base di tutti i fattori personali, culturali e sociali che ne caratterizzano il "vissuto".

E' inoltre opportuno ricordare un altro aspetto giuridico di grande interesse che riguarda la normativa in tema di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro e cioè il D.Lgs n. 81/2008 e s.m.i. Contemplare il parametro genere nel sistema della prevenzione nei luoghi di lavoro significa rivedere e riconsiderare gli aspetti connessi alla luce della consapevolezza delle differenze che uomini e donne presentano per le proprie caratteristiche di sesso e genere. In questo percorso di rivisitazione il Medico Competente assume un ruolo di primo piano in quanto molte differenze sono connesse alla diversa fisiologia, fisiopatologia e capacità metaboliche e quindi attengono a variabili di ordine biologico/medico. Uno degli ambiti più importanti e incisivi è quello della valutazione dei rischi che, ai sensi dell'art. 28 c. 1, *"deve riguardare tutti i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori, ivi compresi quelli riguardanti gruppi di lavoratori esposti a rischi particolari, tra cui anche quelli collegati allo stress lavoro-correlato [...] e quelli riguardanti le lavoratrici in stato di gravidanza, secondo quanto previsto dal decreto legislativo 26 marzo 2001, n. 151, nonché quelli connessi alle differenze di genere (omissis)"*. La norma, tuttavia, non declina in modalità operative tale obbligo e questo crea delle inevitabili criticità dal punto di vista applicativo. (Foddis R et al, 2017)

A tal proposito un gruppo di ricerca multidisciplinare dell'Università di Pisa, con il contributo dell'INAIL, ha messo a punto uno strumento (<https://varidige.med.unipi.it/>) per fornire un approccio metodologico in grado di permettere alle aziende, enti pubblici, università e enti di ricerca, di autovalutare il proprio grado di integrazione del tema "sistema sesso/genere" nei vari aspetti inerenti la salute e sicurezza degli ambienti di lavoro. Lo strumento mira ad evidenziare eventuali criticità legate sia all'interazione tra lavoro e differenze biologiche (denominate "differenze di sesso") che all'interazione tra lavoro ed il differente ruolo atteso nella società per uomini e donne, in virtù del contesto socio-culturale in cui sono inseriti ("differenze di genere").

In Italia le disparità di genere nel mondo del lavoro sono una criticità già da prima dell'emergenza sanitaria legata alla pandemia da Covid-19 che, come noto, ha però contribuito ad amplificare tale divario. Una delle cause determinanti di questa disparità è la natura del lavoro stesso e da come esso si ripartisce fra i generi.

La lettura dei dati infortunistici in termini di numerosità delle denunce conferma quella che è la disparità di genere presente sul fronte lavorativo, la preponderanza maschile sul mercato del lavoro e la presenza delle donne solo in certi ambiti come il terziario e la pubblica amministrazione.

Le lavoratrici sono le più colpite dai contagi professionali da Covid-19: su 147.875 denunce pervenute all'Inail alla data del 31 gennaio del 2021 ben 102.942 sono femminili, dato che in termini relativi si traduce in circa 7 contagi professionali femminili ogni 10. Il dato è in controtendenza con quanto si osserva per il complesso degli infortuni sul lavoro, che colpiscono in prevalenza gli uomini rispetto alle donne (36% circa i casi femminili). Ciò dipende in buona parte dal tipo di attività svolte dalle donne, impegnate in quei settori nei quali il contagio è più frequente, ossia l'ambito sanitario e di molte attività che gravitano attorno alla sanità e assistenza sociale (es. addette alle pulizie), nonché attività legate al contatto protratto nel tempo con pubblico e utenza (es. operatrici allo sportello, commesse).

Le malattie professionali denunciate dalle lavoratrici nel 2019 sono state 16.640, pari al 27,2% delle 61.197 tecnopatie in totale, con un aumento del 4,1% rispetto al 2018. Dal confronto di genere emerge che complessivamente le malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo e del sistema nervoso rappresentano circa il 91% della quota femminile contro poco più del 74% per gli uomini. Seguono poi le malattie del sistema respiratorio, i tumori e i disturbi psichici e comportamentali che insieme rappresentano per le donne il 4,5% del totale (748 casi) contro il 12% (5.383) per il genere maschile. (INAIL, 2021)

2.3 AZIONI REGIONALI

A seguito dell'emanazione della Legge n. 3/2018 e del D.M. 13/06/2019 "Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere", la Regione Piemonte ha avviato una serie di azioni per dare concreta attuazione al Piano citato.

Innanzitutto, a partire dal 2019, la MdG è stata inclusa tra gli obiettivi formativi prioritari nelle linee di indirizzo sugli obiettivi regionali di formazione e confermata negli anni successivi (da ultimo con DD. n. 20 del 10/01/2022).

Sempre nel 2019 è stata avviata un'indagine conoscitiva sulla MdG nelle Aziende Sanitarie Regionali per valutare la situazione esistente. L'analisi dei dati ha fatto emergere, fin da subito, una criticità importante legata alla scarsa chiarezza circa la corretta definizione di MdG, variamente misinterpretata come medicina delle donne, medicina degli apparati riproduttivi, medicina non convenzionale o dedicata a specifiche popolazioni (es. donne vittime di violenza), ecc.

Nel 2020 le contingenze del periodo pandemico non hanno consentito un'adeguata programmazione sulla MdG poiché il perdurante stato di emergenza ha determinato una concentrazione di attività verso le correlate problematiche di carattere straordinario. E' stata comunque condotta un'accurata ricerca attraverso la consultazione di numerose banche dati bibliografiche e istituzionali che ha consentito di fotografare una realtà più ricca ed articolata rispetto a quanto emerso dall'indagine precedente. Il disallineamento tra le due indagini può avere varie ragioni (es. diversa interpretazione di MdG, difficoltà nel censimento, ecc.), ma ha sottolineato l'importanza della presenza di un referente in ogni Azienda Sanitaria anche per la conduzione di un adeguato monitoraggio delle attività in MdG, presenti e future, sul territorio di riferimento.

L'anno successivo (2021) è stato connotato da una ripresa delle azioni per la governance del Piano MdG. Tra queste si cita la richiesta alle ASR di individuazione di un Referente aziendale

in possesso di specifica esperienza in MdG. Tutte le Aziende hanno individuato un proprio Referente per la MdG (n. 3 Aziende ne hanno individuate due) per un totale di 21 Referenti.

Sono stati identificati i seguenti compiti dei Referenti Aziendali:

- 1) promozione e sviluppo della MdG a livello aziendale, attraverso un approccio interdisciplinare, al fine di garantire appropriatezza e personalizzazione delle cure;
- 2) strutturazione di azioni e attività coerenti con i principi generali del Piano relativi a percorsi clinici di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, ricerca e innovazione, formazione e aggiornamento professionale, comunicazione e informazione;
- 3) realizzazione di un sistema di rete per lo scambio di esperienze e conoscenze sulla Medicina di Genere, assicurando i collegamenti non solo a livello aziendale, ma anche con i referenti della Medicina di Genere delle altre Aziende Sanitarie Piemontesi;
- 4) monitoraggio delle attività relative alla Medicina di Genere;
- 5) predisposizione di una relazione annuale sulla Medicina di Genere, da trasmettere al Settore Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio Sanitari, con riguardo alle azioni e attività intraprese, nonché all'organizzazione e alle risorse dedicate.

La rete dei Referenti aziendali è coordinata dai Referenti regionali.

Sempre nel 2021 è stata emanata la D.G.R. 12/11/2021, n. 17-4075 "Recepimento del Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere adottato con D.M. 13/06/2019 e definizione dei criteri per la costituzione del Gruppo Tecnico Regionale per la Medicina di Genere". Con questo provvedimento la Regione Piemonte, nel considerare la MdG di particolare interesse per migliorare la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni erogate dal SSR, ha:

- 1) recepito il Piano per l'applicazione e la diffusione della MdG;
- 2) individuato, all'interno della Direzione Sanità e Welfare, i Settori per le attività di competenza regionale sulla MdG;
- 3) previsto l'istituzione di un Gruppo Tecnico Regionale (GTR) sulla MdG definendone composizione, obiettivi e funzione.

La nomina dei componenti del GTR è stata oggetto di apposito provvedimento (D.D. 17 marzo 2022, n. 450 "D.G.R. n. 17-4075 del 12 novembre 2021 "Medicina di Genere" - Nomina dei componenti del Gruppo Tecnico Regionale").

La programmazione delle attività è stata definita coerentemente ai principali obiettivi e funzioni del GTR al fine di:

- 1) predisporre la proposta di Piano Regionale per l'applicazione e la diffusione della MdG per favorire la cultura e promuovere l'approccio di genere in Sanità, con particolare riguardo alle funzioni previste nel D.M. 13.06.2019 da implementare nell'ambito delle seguenti quattro aree d'intervento: Percorsi clinici di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione; Ricerca e innovazione; Formazione e aggiornamento professionale; Comunicazione e informazione;
- 2) dare impulso alla realizzazione di un sistema di rete per la promozione e lo sviluppo della Medicina di Genere sul territorio regionale;
- 3) monitorare l'applicazione del Piano regionale attraverso la redazione annuale di un

documento riassuntivo delle attività svolte.

Altri recenti (2021) provvedimenti regionali che contemplano l'approccio di genere sono i seguenti:

- Deliberazione della Giunta Regionale 23 luglio 2021, n. 11-3586 "Recepimento dell'Accordo Rep. Atti n. 59/CSR del 17 aprile 2019. Approvazione del nuovo modello organizzativo-funzionale della Rete Oncologica Piemonte e Valle d'Aosta e dello schema di convenzione tra la Regione Piemonte e la Regione Autonoma Valle d'Aosta per lo svolgimento delle attività. Revoca della D.G.R. n. 1-358 del 20.07.2010 e s.m.i. e parziale modifica della D.G.R. n. 12-2887 del 19.02.2021". Con questo provvedimento viene recepito l'Accordo Stato-Regioni sul documento recante "Revisione delle Linee Guida organizzative e delle raccomandazioni per la Rete Oncologica che integra l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale" (Rep. Atti n. 59/CSR del 17/04/2019). In tale Accordo è presente un apposito capitolo dedicato alla "Medicina personalizzata" declinata come "Medicina di precisione" e "Medicina di genere".

- Deliberazione della Giunta Regionale 12 novembre 2021, n. 4-4062 "L.R. 12/11/1986, n.46, art. 1. Commissione regionale pari opportunità. Presa d'atto del programma di attività 2021. Spesa prevista per l'anno 2021 di euro 27.000,00 sul cap. 135559-MS 15 PR 03". In questo provvedimento viene evidenziata l'attenzione da porre verso la promozione di progetti che, anche attraverso la collaborazione con altri Enti Pubblici o Privati, si pongano una serie di finalità tra cui quella di "favorire azioni di governance per garantire la diffusione della Medicina di Genere, il diritto alla salute come benessere psico-fisico anche rispetto alle differenze biologiche, fisiologiche, culturali".

- Deliberazione della Giunta Regionale 29 dicembre 2021, n. 16-4469 "Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025 in attuazione del Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 recepito con D.G.R. n. 12-2524 dell'11/12/2020 e approvazione del modello organizzativo per il Coordinamento regionale della prevenzione". Il provvedimento fissa obiettivi, strategie e azioni per la promozione della salute e la prevenzione delle malattie, sulla base dello stato di salute della popolazione piemontese, in linea con i principi e gli obiettivi del Piano Nazionale della Prevenzione. Viene sottolineata l'importanza di un approccio di genere come cambio di prospettiva e culturale affinché la valutazione delle variabili (biologiche, ambientali e sociali) da cui possono dipendere le differenze dello stato di salute tra i sessi diventi una pratica ordinaria per migliorare l'appropriatezza degli interventi di prevenzione e definire strategie volte ad evitare disuguaglianze.

Nel 2022 è stata attivata sul sito della Regione Piemonte, nell'area tematica "Sanità/Strumenti operativi", un'apposita area dedicata alla Medicina di Genere. L'area è organizzata in varie sezioni e prevede un link al sito della Biblioteca Virtuale per la Salute - Piemonte (BVS-P) nel quale è disponibile, dal mese di marzo del 2019, una sezione ad hoc. Si ricorda che la BVS-P è uno strumento di supporto all'attività degli operatori della sanità piemontese a cui consente, tramite l'offerta di periodici elettronici e banche dati, di ricercare progressi e significati nella letteratura scientifica sui temi della salute e dell'ambiente. Si propone altresì di promuovere la medicina basata sulle evidenze e di contribuire alla formazione nel campo della ricerca bibliografica e della valutazione critica della letteratura scientifica.

Sempre nello stesso anno è stata predisposta e distribuita alle Referenti aziendali un'apposita scheda di monitoraggio (triennio 2019-2021) strutturata in modo da rendere più chiara ed

ordinata la raccolta dei dati sulla MdG e migliorare la qualità delle informazioni, aspetto cruciale per la programmazione di future attività.

La scheda è stata articolata in più sezioni (es. presenza di un gruppo di lavoro aziendale, sito/spazio web dedicato, organizzazione dei servizi, attività formative, ecc.) con individuazione di 5 categorie a cui attribuire le voci da inserire: D (Differenziazione di genere), S (genere-Specifici), F (Farmacologia di genere), V (Vittime di reato), M (Minoranze es. comunità LGBTQ+, migranti, ecc.).

La puntuale ricerca su numerose banche dati e siti istituzionali è stata ripetuta nel 2022, su richiesta del Ministero della Salute, per il monitoraggio dell'applicazione del Piano nazionale. Tale ricerca è stata utilizzata anche per il confronto dei dati trasmessi dalle Aziende con la scheda di monitoraggio testè citata.

I risultati danno conto di una significativa frammentazione e disomogeneità nelle azioni in tutte le aree analizzate.

3 ANALISI DEL CONTESTO PIEMONTESE

3.1 PREMESSA

L'epidemiologia, attraverso la raccolta, l'elaborazione, l'analisi e il commento di dati, può offrire un contributo alla Medicina di Genere che, come è già stato sottolineato, rappresenta un approccio volto a garantire che venga trattato in modo diverso ciò che è biologicamente differente per ragioni cromosomiche nonché a conoscere se gli interventi (preventivi, diagnostici o terapeutici) siano effettivamente differenziati come dovrebbero essere in base alle evidenze scientifiche disponibili.

Il rischio di sviluppare una patologia, la sua progressione e i suoi esiti sono influenzati da fattori genetici, cellulari, fisiologici e ormonali, evidenti già dall'infanzia e adolescenza che, in uomini e donne, determinano una diversa suscettibilità alle malattie, alla loro evoluzione, alla risposta ai trattamenti sia in termini di efficacia sia di profilo di sicurezza. Altri fattori da considerare sono poi i comportamenti legati alla salute (es. fumo, alcol, attività fisica), all'esposizione ambientale, alle disuguaglianze di tipo socio-economico, alle dinamiche di accesso ai servizi sanitari nonché alla percezione della propria salute.

Presentare dati stratificati per sesso è appropriato ma non sufficiente. La duplice caratterizzazione (biologica e sociale) della definizione OMS di MdG rende opportuno un approccio nell'individuazione delle priorità che metta insieme le "differenze" e "non differenze" del contesto. Infatti, se sul piano biologico le differenze presenti spesso non vengono riconosciute (cioè sono considerate "non differenze"), sul piano sociale si trovano differenze che invece non dovrebbero esserci in quanto generatrici di disuguaglianze. In entrambi i casi, le diversità (quelle non trovate se attese) e le disuguaglianze (quelle trovate se non desiderate) diventano segnale di qualcosa che non sta funzionando ed è passibile di miglioramento. Una lettura del contesto di questo tipo potrà essere particolarmente utile anche per la futura programmazione ma va rilevato che, purtroppo, l'attuale sistema di rilevazione e monitoraggio dei dati sanitari, anche quando misura gli indicatori in modo stratificato per sesso, non è ancora preparato a leggerli nell'ottica indicata.

L'epidemiologia ha quindi un ruolo importante nel far emergere le differenze tra uomini e donne anche se, non infrequentemente, si continua a trascurarle o a non valorizzarle adeguatamente presentando dati neutri o limitandosi, per l'appunto, a stratificazioni per sesso in un'analisi che nella sua impostazione non prevede alcun approccio di genere. Non aiuta certo a fare chiarezza neppure l'uso, in vari studi, dei termini "sesso" e "genere" in modo intercambiabile come fossero sinonimi. La corretta comprensione di questi termini è in grado di rendere l'epidemiologia non solo più equa, ma anche scientificamente più accurata e rappresentativa. (*Rioux C et al, 2022*)

Alcune delle evidenze necessarie ai decisori dovranno derivare però anche da futuri studi condotti ad hoc per ricercare i differenziali per genere riguardanti non solo lo stato di salute, ma anche la diversa suscettibilità ai fattori di rischio comportamentali e ambientali, così come sui differenziali di accesso alle cure e sull'esito dei percorsi assistenziali.

L'analisi che segue non pretende quindi di essere esaustiva, ma di offrire un primo strumento utile per una lettura dei dati disponibili per conoscere meglio la domanda anche al fine di poter

riorientare al genere la corretta risposta sanitaria, cioè l'offerta di prestazioni, garantendo maggiore equità ed appropriatezza del SSR.

Si precisa che, ove non diversamente indicato, la fonte dei dati descritti è l'ISTAT che ha curato la raccolta e la validazione di ogni singolo indicatore. Per ulteriori dati sul "profilo di salute ed equità della popolazione piemontese" si rimanda all'allegato al Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025 e alla relativa D.G.R. n. 16-4469 del 29/12/2021, reperibile sul sito della Regione Piemonte.

3.2 IL CONTESTO DEMOGRAFICO

Popolazione residente

In Piemonte al 31/12/2021 risiedevano 4.265.648 abitanti, di cui 2.076.623 (48,7%) maschi e 2.189.025 (51,3%) femmine con una numerosità sostanzialmente stabile negli ultimi 40 anni e una distribuzione simile tra i generi (con lieve eccesso di maschi) fino ai 65 anni, età in cui prevale la numerosità femminile in linea con la maggiore aspettativa di vita.

Nel complesso la popolazione piemonte rappresenta il 7,2% della popolazione italiana.

Il tasso di natalità totale in regione è in calo mentre sul versante opposto continua l'invecchiamento della popolazione, come si evince dalle percentuali indicate in tabella 1. Come numerosità di residenti anziani il Piemonte si colloca al quinto posto tra le regioni italiane, preceduto da Lombardia, Lazio, Veneto e Campania.

Gli stranieri regolarmente residenti in Piemonte al 31/12/2021 sono 411.095 unità (200.187 maschi e 210.908 femmine) pari al 9,7% della popolazione.

	MASCHI			FEMMINE		
	numerosità	% sulla pop piemontese	% sulla pop. italiana	numerosità	% sulla pop. piemontese	% sulla pop-italiana
0-14	263.687	6,18	6,88	249.198	5,84	6,78
15-64	1.325.835	31,08	7,04	1.312.447	30,77	7
65+	487.103	11,42	7,94	627.382	14,71	7,97

Tabella 1: distribuzione per genere e classi di età (ISTAT, 2021)

Speranza di vita alla nascita e a 65 anni

L'aspettativa di vita, in Italia, è in aumento in tutte le regioni, sia alla nascita che a 65 anni. In Piemonte è più alta tra le femmine rispetto ai maschi, sia alla nascita (84,8 anni per le donne e 80,1 tra gli uomini) sia a 65 anni (21,96 anni per le donne e 18,64 anni per gli uomini), in linea con il tasso italiano. In sostanza l'eccesso di mortalità maschile inizia dalla giovinezza e permane in tutta l'età adulta.

Tasso di mortalità (decessi per 10.000 abitanti)

L'andamento nel tempo è sostanzialmente stabile nel sesso femminile e in lieve riduzione nel maschile (figura 2) in linea con quanto osservato in Italia. Il tasso di mortalità, maschile e femminile, in Piemonte è superiore al dato nazionale: è pari a 119,4 tra gli uomini (105,48 in Italia) e 124,26 per le donne (109,11 in Italia); per entrambi i generi è inferiore soltanto a Sardegna, Liguria e Molise.

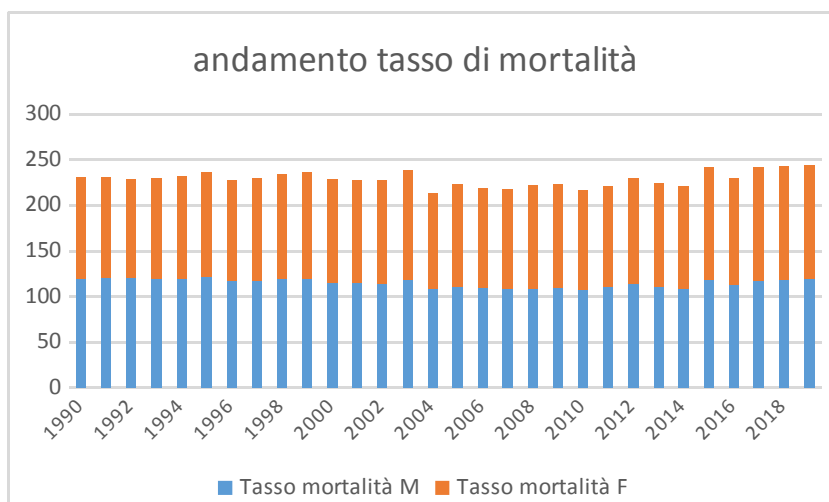


Figura 2: andamento tasso di mortalità 1990-2019, Piemonte, maschi e femmine

Livello di istruzione (andamento in percentuale)

Negli anni si registra in Piemonte un innalzamento del titolo di studio con un notevole incremento, in entrambi i sessi, della proporzione di diplomati e laureati (figura 3)

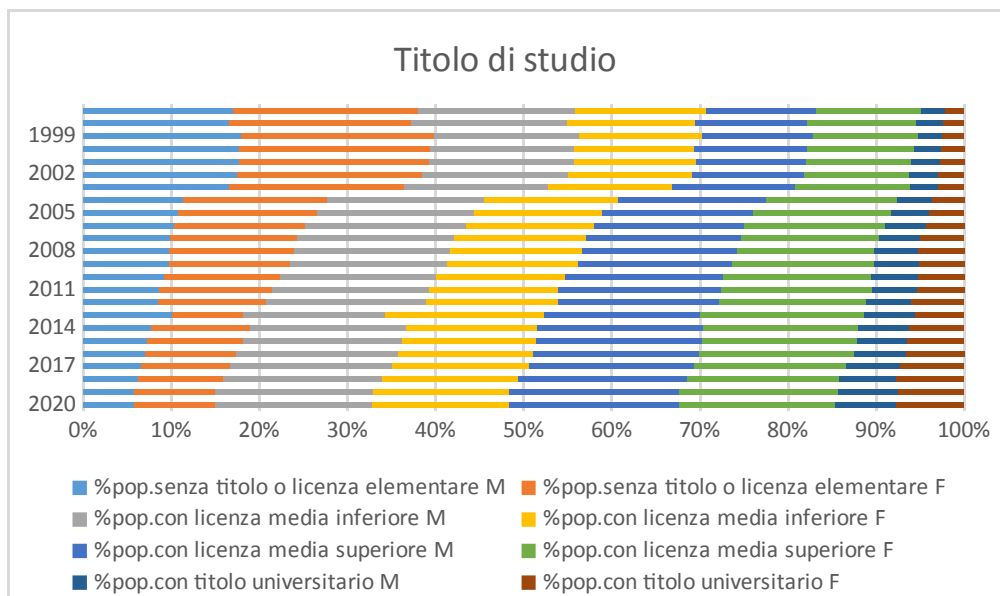


Figura 3: andamento titoli di studio, 1997-2020, Piemonte, maschi e femmine

Condizione socio economica (andamento in percentuale)

L'indice di povertà è il rapporto tra il numero di individui in condizioni di povertà e il numero totale di individui *100 ed è in aumento, dal 2014 al 2021, in tutte le regioni tranne che in Liguria e Abruzzo (dove risulta stabile) e in Valle D'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Basilicata, Calabria e Sicilia.

Il Piemonte, con un rapporto di 10,2, si colloca al di sotto del valore nazionale di 14,8, ma al di sopra di alcune regioni (Liguria, Toscana, Lazio, Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Lombardia, Trentino-Alto Adige e Valle d'Aosta).

Il tasso di occupazione (tasso di attività delle persone di 15 anni *100) maschile è costantemente maggiore di quello femminile anche se, negli anni, il divario mostra un attenuamento (figura 4). Rispetto alle altre regioni, per gli uomini è inferiore solo a Trentino-Alto Adige, Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Veneto, Lombardia, Toscana e Marche, mentre quello femminile è inferiore solo a Valle d'Aosta, Trentino-Alto Adige, Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Lombardia e Toscana.

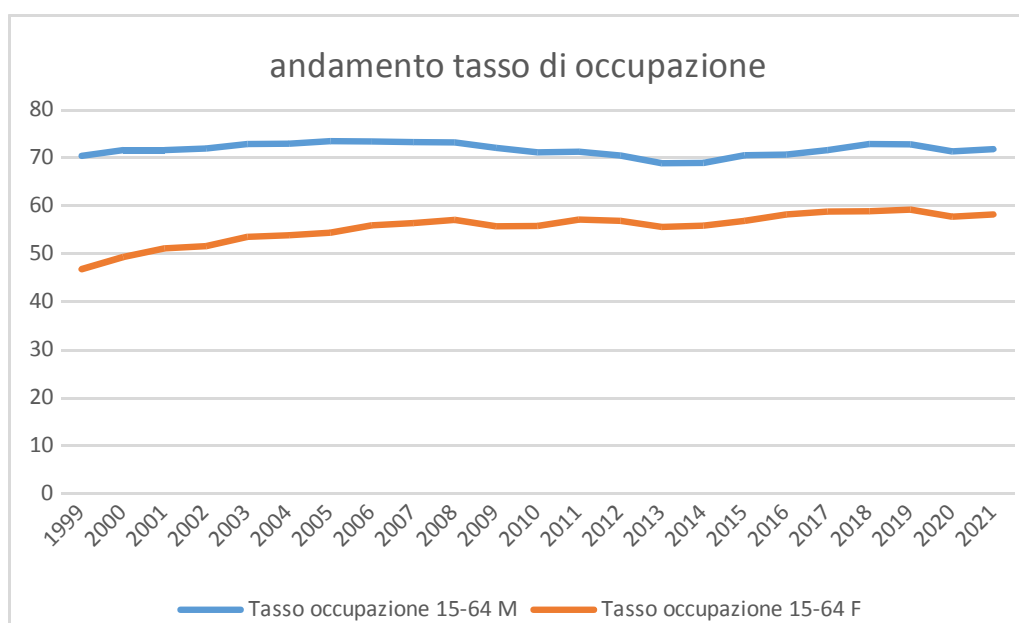


Figura 4: andamento tasso di occupazione, 1999-2021, Piemonte, maschi e femmine

Uno studio sulla popolazione torinese mostra che, le lavoratrici che sono anche madri, presentano un maggior rischio di infarto cardiaco, rischio che cresce all'aumentare del numero di figli a carico, in particolare se maschi, a riprova della necessità di politiche di conciliazione dei tempi di cura e di lavoro da parte sia del mondo del lavoro (es. contratti di lavoro flessibili e part-time), sia dell'offerta dei servizi per l'infanzia nonchè da parte della società in termini di ripartizione equa dei compiti domestici e di cura in famiglia. (D'Ovidio F et al, 2017)

3.3 STATO DI SALUTE

Malattie croniche non trasmissibili (tasso di persone affette per 1000)

Il tasso di presenza di almeno una malattia cronica grave, sia per i maschi sia per le femmine, è in aumento in tutte le regioni tranne Trentino Alto Adige e Marche tra gli uomini e Valle d'Aosta, Veneto e Liguria tra le donne.

Con un tasso di 152,35 gli uomini piemontesi si collocano sia al di sopra del tasso tra le donne (145,85) sia a quello nazionale (144,75) e al nono posto tra le regioni italiane (preceduto da Calabria, Molise, Sardegna, Umbria, Liguria, Basilicata, Campania ed Emilia Romagna).

Per quanto riguarda le donne, la presenza di almeno una malattia cronica grave è superiore, rispetto agli uomini, in tutte le regioni tranne Piemonte, Valle d'Aosta, Veneto, Friuli Venezia Giulia e Liguria e risulta inferiore al tasso nazionale (149,56) e al di sopra soltanto di Lazio, Lombardia, Liguria, Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Veneto e Trentino Alto Adige.

Rispetto alla comorbidità, la presenza di almeno due malattie croniche gravi è più alta tra le donne rispetto agli uomini in tutte le regioni tranne Molise e Piemonte. Il tasso tra le donne piemontesi di 234,28 è leggermente inferiore al tasso nazionale di 239,16.

Andando ad analizzare alcune delle più frequenti malattie croniche si osserva che, nel caso del diabete, la frequenza è in aumento in tutte le regioni (tranne nelle Marche per le donne). Per i maschi il Piemonte, con un tasso di 61,03, si colloca leggermente al di sopra del tasso nazionale di 58,47 e al settimo posto tra le regioni italiane (preceduto da Friuli Venezia Giulia, Abruzzo, Umbria, Calabria, Basilicata e Sicilia). Per le femmine, invece, il tasso piemontese di 55,61 è leggermente al di sopra di quello nazionale di 51,86, preceduto dalle regioni del centro-sud (Calabria, Molise, Puglia, Basilicata, Sardegna, Abruzzo, Sicilia, Lazio, Campania, Umbria e Toscana).

Per quanto riguarda le malattie del cuore, risultano in riduzione sia tra gli uomini (tranne un lieve aumento in Emilia Romagna, Trentino Alto Adige, Veneto, Lazio e Liguria e più marcato in Sardegna) sia tra le donne (tranne la Valle d'Aosta). L'incidenza tra le donne è inferiore rispetto agli uomini in tutte le regioni (tranne Trentino Alto Adige, Veneto e Umbria).

Nel caso dell'ipertensione l'andamento del tasso è in aumento in entrambi i generi in tutta Italia con valori maggiori tra le donne rispetto agli uomini. In Piemonte le donne hanno un tasso di 193,28 contro il 182,45 a livello nazionale mentre tra i maschi il divario è più contenuto (161,6 in Piemonte vs 162,98 in Italia).

Nel caso dell'ictus e dell'emorragia cerebrale si osserva un andamento molto particolare tra gli uomini: vi sono regioni nelle quali il tasso è in aumento (Piemonte, Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Emilia Romagna, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Puglia e Sicilia), altre nelle quali il tasso è stabile (Basilicata, Trentino Alto Adige e la Lombardia) e altre ancora nel quale è in riduzione (Veneto, Toscana, Umbria, Marche, Calabria). Per quanto riguarda le donne è in aumento in tutte le regioni tranne Basilicata ed Emilia Romagna dove risulta stabile, Toscana e Abruzzo dove è in riduzione. Le donne hanno un tasso inferiore agli uomini in Piemonte, Valle d'Aosta, Trentino Alto Adige, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Lazio, Abruzzo e Molise, sono praticamente allo stesso livello in Emilia Romagna e hanno un tasso maggiore in Sicilia, Sardegna, Calabria, Basilicata, Puglia, Campania, Veneto e Lombardia.

La bronchite cronica ostruttiva e l'enfisema polmonare mostrano una riduzione in entrambi i generi in tutti le regioni: tra gli uomini tranne in Abruzzo, tra le donne tranne Veneto, Puglia e Sardegna. Sia per gli uomini sia per le donne il Piemonte ha tassi inferiori rispetto alla media nazionale. Si registra un tasso maggiore tra le donne rispetto agli uomini in Piemonte, Trentino Alto Adige, Veneto e Sardegna e sovrapponibile in Basilicata, Umbria, Marche e Lazio.

Le demenze, infine, negli uomini sono in netto aumento in tutte le regioni ad eccezione dell'Umbria, mentre tra le donne sono in netto aumento in tutte le regioni (tranne in Trentino Alto Adige in cui non sono state registrate modificazioni). Per la popolazione maschile il Piemonte è al di sotto della media nazionale ed è al di sopra solo al Trentino Alto Adige. Per le donne il dato del Piemonte è leggermente inferiore a quello nazionale ed è superiore a Sardegna, Veneto, Campania, Basilicata, Lazio, Lombardia, Friuli Venezia Giulia e Trentino Alto Adige. Il tasso tra le donne è circa il doppio di quello degli uomini in tutte le regioni.

Nella tabella sottostante (tabella 2) sono sintetizzati i dati relativi alle principali malattie croniche.

	Piemonte		Italia	
	M	F	M	F
Tasso almeno una malattia cronica grave	152,35	145,85	144,75	149,56
Tasso due o più malattie croniche	156,49	234,28	174,07	239,16
Tasso diabete	61,03	55,61	58,47	51,86
Tasso malattie del cuore	62,08	45,87	63,59	55,76
Tasso ipertensione	161,06	193,28	162,98	182,45
Tasso ictus, emorragia cerebrale	15,46	13,43	10,91	11,19
Tasso bronchite cronica, enfisema	25,37	35,06	33,94	39,69
Tasso Alzheimer, demenze senili	3,31	12,32	6,56	13,04

Tabella 2: confronto tassi di malattie croniche tra Piemonte e Italia, maschi e femmine, 2021

[Tumori \(decessi per 10.000 abitanti\)](#)

Il tasso di malattie neoplastiche maligne è 11,91 tra gli uomini (contro 17,26 in Italia) e 18,58 tra le donne (contro 23,92 a livello nazionale), mentre la mortalità per tumori (decessi per 10.000 abitanti) è pari al 32,6 per i maschi e 19,7 per le femmine, inferiore solo a Campania, Lombardia e Sardegna.

Il tasso di mortalità attribuibile a tumori maligni registrato tra il 1994 e il 2019 mostra un rialzo molto elevato tra gli uomini di tutte le regioni e tra tutte le donne tranne quelle del Molise.

Per quanto riguarda le differenze regionali, nel caso degli uomini, il Piemonte si colloca al di sotto del tasso italiano ma a al di sopra di Campania, Calabria, Molise e Basilicata. Le donne si collocano ad un livello inferiore rispetto a Lazio, Emilia Romagna, Lombardia, Toscana e Liguria. L'incidenza degli uomini è maggiore a quella delle donne in tutte le regioni tranne Trentino Alto Adige, Veneto, Abruzzo e Molise mentre non si registrano differenze in Sicilia.

In Piemonte negli uomini prevale la mortalità da tumore della prostata seguito dal tumore del polmone e del colon-retto; tra le donne, invece, è il tumore della mammella la neoplasia più frequente, seguita da colon-retto e polmone (in entrambi i generi escludendo i carcinomi della cute non melanomi) (figura 5).

Per quanto riguarda il tumore polmonare, nei maschi è in netta riduzione in tutte le regioni tranne Sardegna e Campania. Il Piemonte, con un tasso di 7,66 nel 2019, leggermente al di sopra del tasso italiano (7,36) è al quarto posto tra le regioni italiane, preceduto da Sardegna, Campania, Lazio e Lombardia (figura 6). Tra le donne è in aumento in tutte le regioni negli ultimi 40 anni e il Piemonte si colloca, nel 2019, al settimo posto con un tasso del 2,64, leggermente superiore a quello italiano (2,56), preceduto da Lazio, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Lombardia, Toscana e Lazio (figura 7).

Il tasso standardizzato di mortalità per i tumori maligni del colon-retto e ano tra gli uomini è in diminuzione, negli ultimi 40 anni, in tutte le regioni tranne Molise, Puglia, Calabria, Sicilia e Sardegna. Con un tasso del 3,79 nel 2019 il Piemonte si colloca al sesto posto, leggermente al di sopra del tasso nazionale, preceduto da Sardegna, Molise, Puglia, Calabria, Sicilia e Sardegna (figura 8). Tra le donne la mortalità per tumori maligni del colon-retto e ano risulta in diminuzione in tutte le regioni tranne Sardegna, Valle d'Aosta, Puglia, Calabria e Campania. Il Piemonte, con un tasso del 2,1 nel 2019, si colloca leggermente al di sopra del tasso italiano e al settimo posto tra le regioni, preceduto da Sardegna, Sicilia, Valle d'Aosta, Puglia, Calabria e Campania (figura 9).

I decessi attribuibili al tumore della prostata sono in aumento in tutte le regioni tranne Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Toscana, Umbria e Marche e stabili in Liguria. Il Piemonte, con un tasso del 3,2 nel 2019, si colloca al di sopra del tasso italiano del 2,65 e al quinto posto tra le regioni italiane, preceduto da Valle d'Aosta, Liguria, Molise e Sardegna (figura 10).

Il tumore della mammella risulta in aumento in Italia e in tutte le regioni tranne Valle d'Aosta, Lombardia, Trentino Alto Adige, Liguria, Emilia Romagna. Il Piemonte, con un tasso del 5,05 nel 2019, si colloca al di sopra del valore italiano ed è la quarta regione a livello nazionale preceduta soltanto da Sardegna, Liguria e Friuli Venezia Giulia (figura 11).

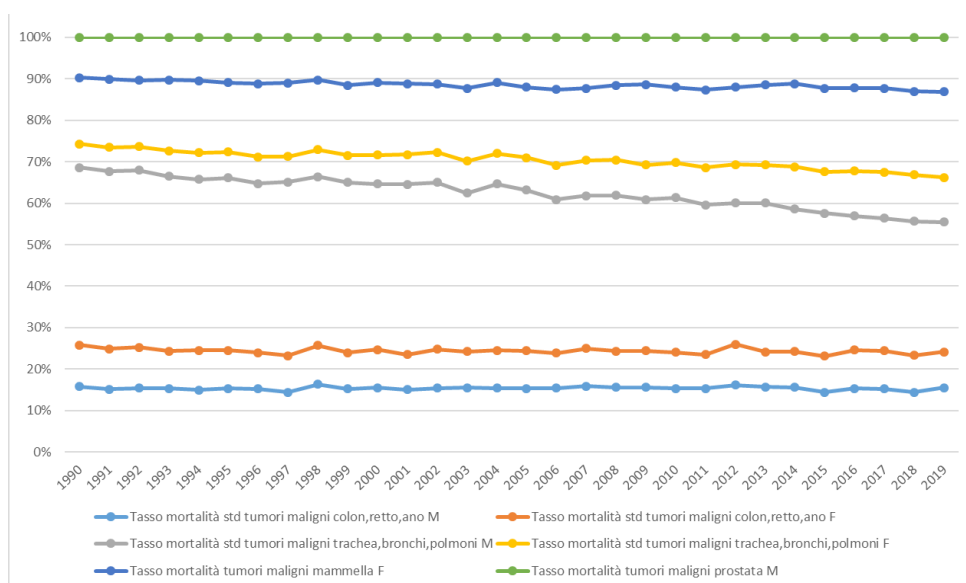


Figura 5: andamento tasso di mortalità per tipo di tumore, 1990-2019, Piemonte, maschi e femmine

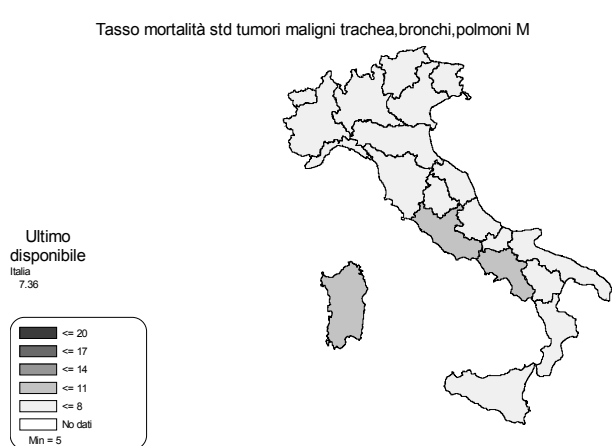


Figura 6: andamento tasso di mortalità per vie respiratorie, 2019, confronto tra regioni, maschi

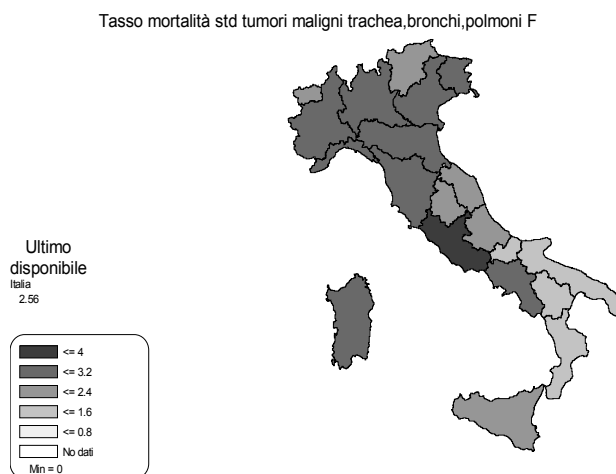


Figura 7: andamento tasso di mortalità per vie respiratorie, 2019, confronto tra regioni, femmine

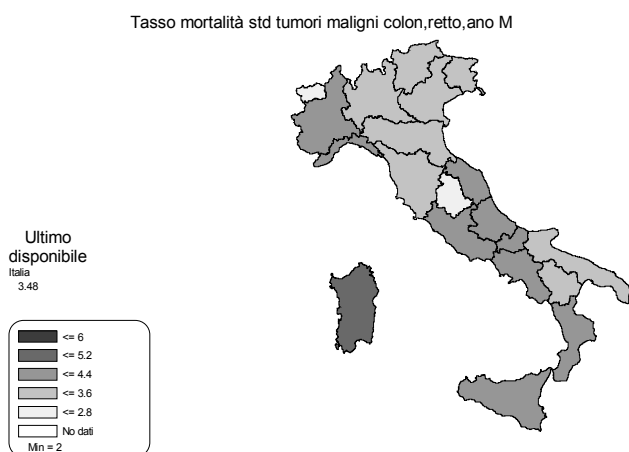


Figura 8: andamento tasso di mortalità per tumore colon, retto e ano, 2019, confronto tra regioni, maschi

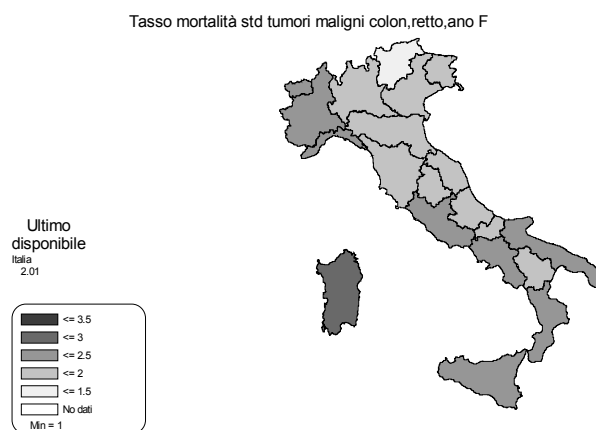


Figura 9: andamento tasso di mortalità per tumore colon, retto e ano, 2019, confronto tra regioni, femmine

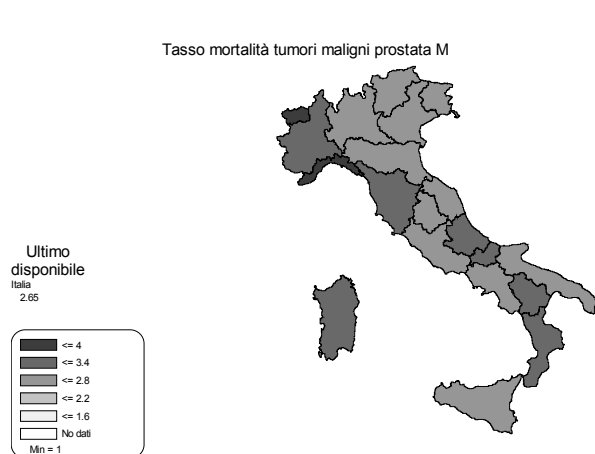


Figura 10: andamento tasso di mortalità per tumore della prostata, 2019, confronto tra regioni, maschi

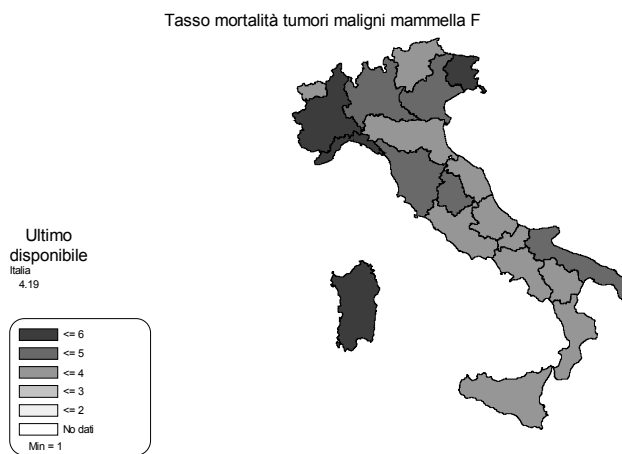


Figura 11: andamento tasso di mortalità per tumore della mammella, 2019, confronto tra regioni, femmine

La principale causa di cancro al polmone è il fumo di sigaretta che, come noto, può essere oggetto di campagne di prevenzione e di iniziative per agevolare la cessazione di tale abitudine, anche in una logica di tutela dei fumatori passivi specie nella prima infanzia.

Per il tumore del colon-retto e della mammella esiste invece la possibilità di effettuare uno screening efficace. Sono in netto aumento in tutta Italia le donne che, dall'età di 40 anni, si sottopongono a mammografia in assenza di sintomi, mentre calano drasticamente le donne che non si sono mai sottoposte all'esame. Anche le persone che si sono sottoposte a ricerca di sangue occulto nelle feci sono in aumento, in entrambi i generi, benchè non ancora a livello ottimale.

[Persone affette da disabilità \(casi in percentuale\)](#)

La crescente speranza di vita con vantaggio femminile si ridimensiona quando si integra l'indicatore sull'aspettativa di vita con le informazioni sulla salute funzionale o su quella soggettiva: il vantaggio femminile nella speranza di vita non corrisponde, purtroppo, all'aspettativa di vita in buona salute e libera da disabilità. (IRES, 2020)

Analizzando il tasso di limitazioni nelle attività nel periodo 2008-2021, come peraltro prevedibile sia tra i maschi sia tra le femmine, si registra un loro incremento con l'avanzare dell'età. Nel 2021 il tasso era 1,71 nei maschi da 0 a 64 anni per passare a 6,89 tra i 65 e 74 anni e raggiungere 15,88 dai 75 anni; tra le femmine il tasso è 1,7 da 0-64, sovrapponibile perciò a quello dei maschi, 6,02 tra i 65 e i 75 anni fino ad arrivare ad un valore superiore a quello maschile di 16,95 oltre i 75 anni.

Il tasso di limitazione nelle attività, nel periodo osservato, è in calo in diverse regioni, stabile in alcune e in aumento in altre ancora. I cittadini residenti in Piemonte risultano protetti, rispetto al tasso italiano, in entrambi i generi e in tutte le fasce d'età (figura 12).

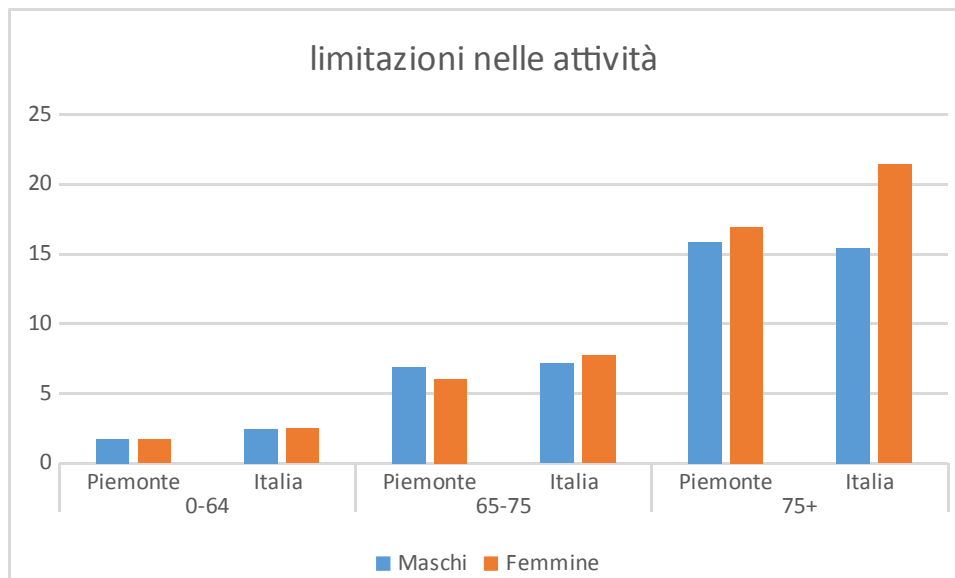


Figura 12: limitazione nelle attività per genere e classi di età, Piemonte e Italia, 2008-2021

Dipendenze e salute mentale (casi diagnosticati per 10.000)

Per ciò che riguarda le dipendenze, nel 2018 in Piemonte sono stati seguiti dai Ser.D., tra i maschi, 9.391 utenti già in carico e 2.318 nuovi utenti (figura 13) mentre tra le femmine 2.270 utenti già in carico e 793 nuove utenti (figura 14). Il rapporto maschi/femmine è quindi di 4:1 nel caso degli utenti già in carico, 3:1 tra i nuovi utenti (*OED Piemonte, 2019*).

Anche il tipo di abuso è differente, nei maschi prevalgono alcol, marijuana, eroina e cocaina, invece nelle femmine disturbi alimentari, psicofarmaci, alcol, tabacco. E' importante sottolineare che le donne in cura per problemi di tossicodipendenza hanno esigenze più complesse, in particolare in termini di comorbidità e talvolta di responsabilità nella cura dei figli, per cui necessitano di servizi mirati in grado di rispondere alle loro specifiche esigenze di genere.

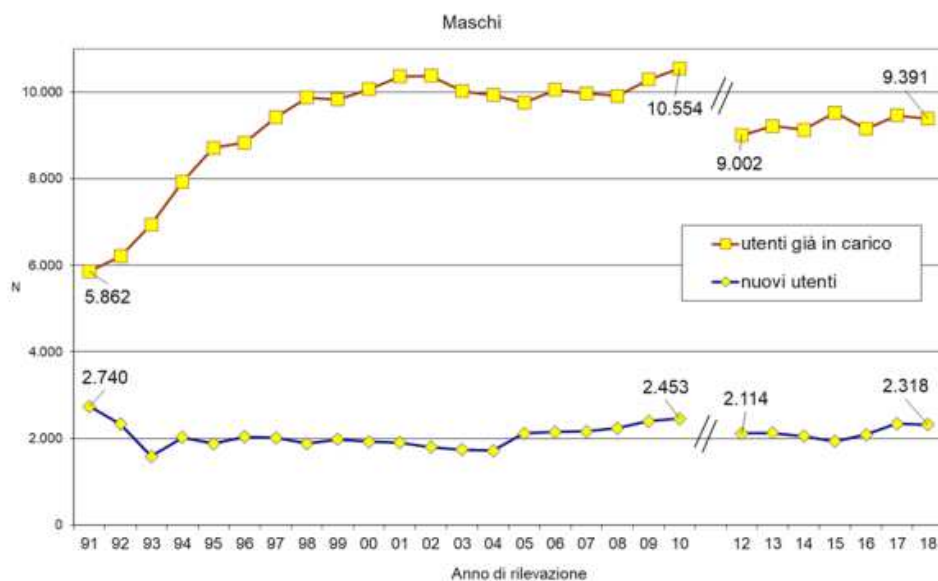


Figura 13: Soggetti trattati per disturbo da uso di sostanze e da comportamenti, escluso l'alcol, per anno di osservazione, tipologia utente, Piemonte, 1991-2018, maschi

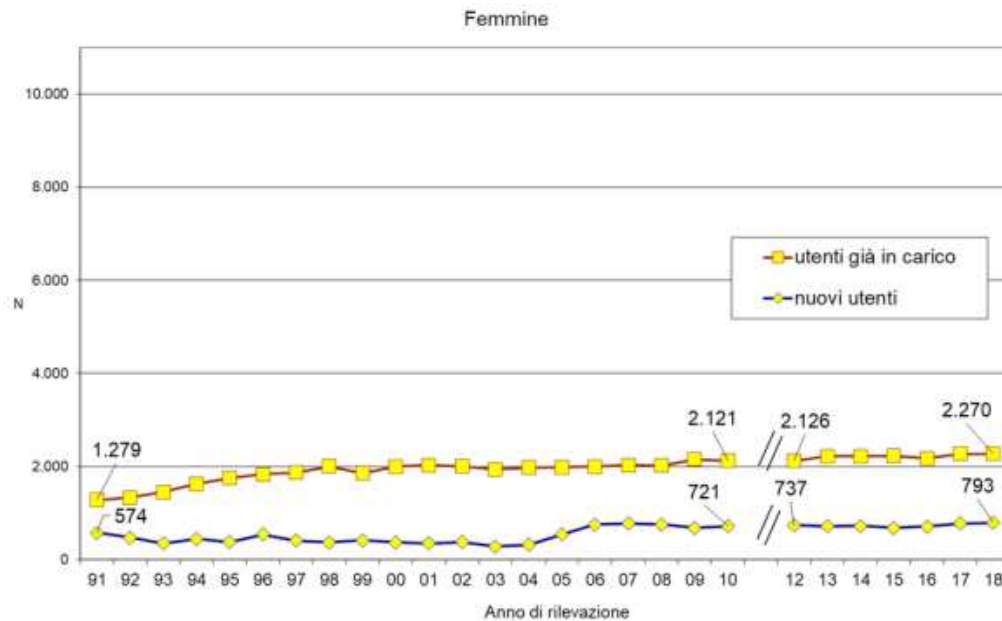


Figura 14: Soggetti trattati per disturbo da uso di sostanze e da comportamenti, escluso l'alcol, per anno di osservazione, tipologia utente, Piemonte 1991-2018, femmine

In tema di salute mentale (tasso *10.000), ansia e depressione sono in forte aumento negli uomini (tranne Veneto, Abruzzo, Umbria, Sardegna); nel caso delle donne si osserva una diminuzione (tranne Lombardia, Trentino Alto Adige, Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia e Sardegna, Marche). Maschi e femmine piemontesi mostrano un tasso inferiore rispetto a quello nazionale (maschi piemontesi 34,15 vs italiani 38,83; femmine piemontesi 75,56 vs italiane 78,74). La distribuzione per genere vede un netto eccesso tra le donne, ma l'incremento registrato nel genere maschile potrebbe rivelare anche una mutazione di atteggiamento da parte degli uomini, meno riluttanti a parlare dei loro disagi mentali rispetto al passato.

Consumo di farmaci (annuale procapite)

Se si analizzano le ricette procapite, ossia le prescrizioni per specialità medicinali e galenici in convenzione (rimborsati dal Servizio Sanitario Nazionale) prescritte in un anno a ogni residente in Italia, si osserva come in entrambi i generi e in tutte le regioni il numero di prescrizioni sia in aumento nel periodo considerato (1994-2020).

Nel 2020 il valore si attesta su 37,7 tra gli uomini in Piemonte e sul 47,09 tra le donne in Piemonte mentre la media nazionale è leggermente inferiore per entrambi pari a 36,37 tra gli uomini e 44,84 tra le donne. Analizzando le prescrizioni per fasce di età, si osserva come nelle donne i valori siano costantemente più alti in tutte le fasi della vita fino alla terza età, quando tendono a sovrapporsi verosimilmente per motivi di comorbidità tipici della senilità.

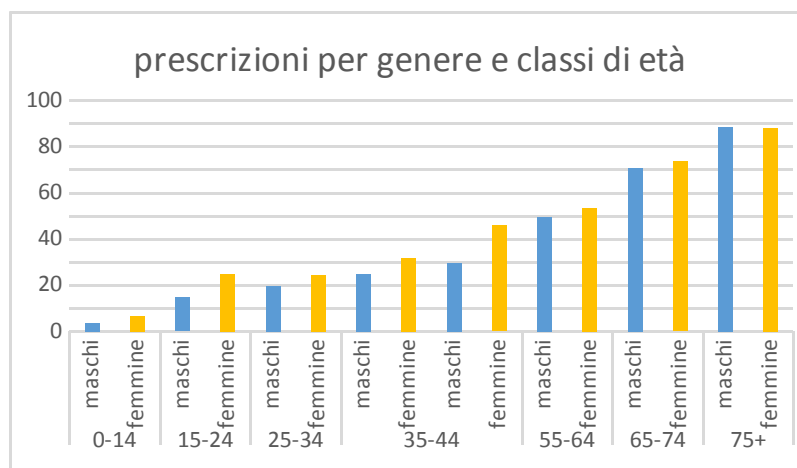


Figura 15: prescrizioni farmaceutiche di medicinali erogabili dal Servizio Sanitario Nazionale per genere e classi di età, Piemonte e Italia, 1994-2020

Gravidanza e infanzia

In Piemonte il tasso di fecondità si è sempre mantenuto a livelli significativamente più bassi della media nazionale, con un graduale avvicinamento alla suddetta, a partire dai primi anni Novanta, fino all'inversione di tendenza registrata a partire dal 2008.

In Piemonte circa il 40% delle gravidanze sono seguite nei servizi pubblici dedicati alla gravidanza fisiologica e pressoché la totalità delle donne partorisce in strutture pubbliche. Il 95% delle gestanti si sottopone alla prima visita entro la 12a settimana di gravidanza così come raccomandato nelle linee guida: tra le donne che accedono oltre la 12a settimana, vi è una prevalenza di straniere. Il parto pretermine risulta significativamente più frequente nelle donne con più di 35 anni, tra le meno istruite e tra le straniere. La probabilità di parto post-termine è maggiore tra le giovani e giovanissime e tra le casalinghe. Il ricorso al taglio cesareo aumenta con l'età, nelle multipare, tra le donne meno istruite e non occupate (*Regione Piemonte, 2018*) e anche nella nostra regione resta molto alto rispetto alle raccomandazioni dell'OMS pari al 26.7%, ma comunque inferiore rispetto al dato nazionale (29.5%). (*Ministero della Salute, 2021*)

Il miglioramento dell'assistenza alla gravidanza, al parto e al neonato ha portato ad un drastico calo della natimortalità. Restano però notevoli differenze tra le regioni (figura 16). In Piemonte nel 2020 i nati totali sono stati 26.608, di questi 26.537 nati vivi e 2,67 *1000 nati morti.

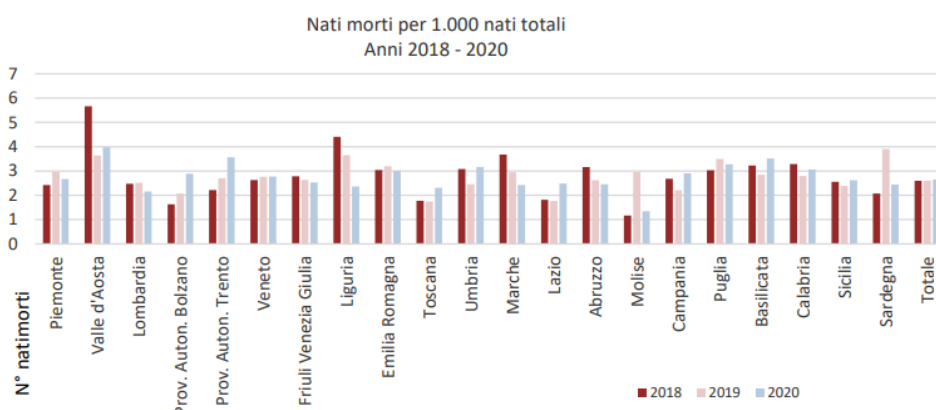


Figura 16: nati morti per 1000 nati totali, anni 2018, 2019 e 2020: confronto tra regioni

Anche il tasso di mortalità infantile (decessi nel primo anno di vita/nati vivi in quell'anno *1000) è nettamente in calo; in Piemonte è del 28,09 tra i maschi (26,74 in Italia) e 20,39 tra le femmine (23,25 in Italia).

Il tasso di copertura vaccinale in età pediatrica, in Piemonte, in entrambi i generi è leggermente in calo per difterite, tetano, polio e pertosse, nettamente in aumento per il vaccino contro la varicella. In seguito all'introduzione del vaccino per le comuni malattie esantematiche la loro incidenza si è drasticamente ridotta in tutta la regione.

Il tasso di minori con disabilità e disturbi mentali è sovrapponibile nei due generi, 34,13 tra i maschi (38,84 in Italia) e 34,36 tra le femmine (26,58 in Italia).

Accessi al Pronto Soccorso (numero di accessi per 10.000)

Nel complesso i ricoveri in Pronto Soccorso sono il 15,21 in Piemonte e il 16,93 in Italia, passando dal 22,6 della Sardegna al 13,89 del Trentino Alto Adige.

In tabella 3 è possibile vedere le differenze di accesso, in base al codice assegnato all'ingresso, dove si nota una netta prevalenza, per entrambi i generi, del codice verde. In tabella 4 invece è possibile osservare la motivazione dei passaggi in pronto soccorso, suddivisi in eventi traumatici e non traumatici: come prevedibile gli eventi traumatici sono superiori nella popolazione maschile, legati verosimilmente ad incidenti stradali, infortuni del lavoro e traumi sportivi.

La letteratura sul tema mette in luce che il ricorso al pronto soccorso può sottendere a delle difficoltà organizzative o di offerta. Per esempio gli immigrati di entrambi i sessi, con lieve eccesso tra gli uomini, usano di più il pronto soccorso (in codice bianco e verde) e ricorrono più frequentemente a ricoveri a rischio di inappropriatelyzza, a dimostrazione delle difficoltà che incontrano nell'uso adeguato dell'assistenza primaria. (INMP, 2021)

Accessi	Totale Residenti			
	Maschi		Femmine	
	n.	%	n.	%
numero di accessi	852.532		877.018	
di cui con codice bianco	119.991	14,1	120.301	13,7
di cui con codice verde	583.174	68,4	617.818	70,4
di cui con codice giallo	137.173	16,1	129.004	14,7
di cui con codice rosso	12.194	1,4	9.895	1,1

Tabella 3: Numero e proporzione di accessi in PS per codice triage per genere, 2019, Piemonte

Accessi	Totale Residenti	
	Maschi	Femmine
	Tasso grezzo	Tasso grezzo
Totale	380,6	374,1
trauma	96,8	79,7
non trauma	283,8	294,5

Tabella 4: Tasso grezzo (*1.000) degli accessi dei residenti al PS per motivazione (traumi vs altro) e sesso. 2019, Piemonte

Dimissioni dal Day Hospital acuti

Per quanto riguarda le dimissioni da Day Hospital per eventi acuti si osserva come, per entrambi i sessi, si registri un lieve eccesso delle dimissioni nell'età compresa tra 0 e 14 anni. Nell'ambito della popolazione piemontese si nota un eccesso di dimissioni maschili rispetto a quelle femminili nelle 4 fasce di età successive per poi passare ad un maggior numero di dimissioni femminili, sia in Piemonte che in Italia, presumibilmente legato a eventi connessi con la gravidanza. A partire dai 55 anni la proporzione dei ricoveri maschili è maggiore rispetto a quella femminile e il Piemonte ha tassi leggermente superiori rispetto a quelli nazionali (figura 17).

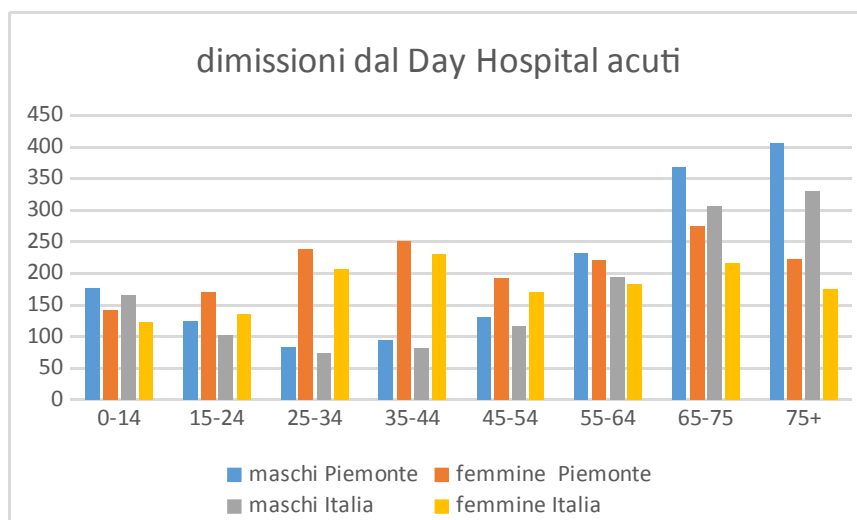


Figura 17: dimissioni dal Day Hospital acuti, maschi e femmine, Piemonte e Italia, 2021

Dimissioni da ricoveri ordinari

Per quanto riguarda le dimissioni da ricoveri ordinari si rileva che, come nel caso del Day Hospital, da 0 a 14 anni i piemontesi dimessi, di entrambi i sessi, siano leggermente superiori rispetto ai valori italiani con una lieve prevalenza maschile. La situazione si inverte, invece, per tutte le fasce di età successive fino ai 54 anni, per poi tornare a una prevalenza di ricoveri maschili, con dimissioni superiori tra i maschi in Piemonte rispetto all'Italia, mentre i dati sono quasi sovrapponibili per le donne piemontesi e residenti in Italia (figura 18).

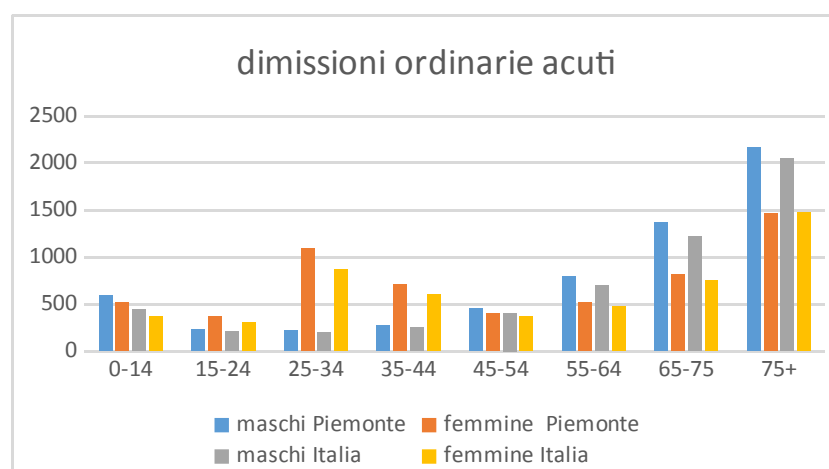


Figura 18: dimissioni ordinarie acuti, maschi e femmine, Piemonte e Italia, 2021

Prestazioni a rischio di inappropriately

Con appropriatezza, in un sistema sanitario, si definisce la misura di quanto una scelta o un intervento diagnostico o terapeutico sia adeguato rispetto alle esigenze del paziente e al contesto sanitario. Si è scelto di utilizzare l'indicatore dell'intervento chirurgico per frattura del femore entro 48 ore dall'accesso alla struttura di ricovero (tabella 5) poiché associato ad un ridotto rischio di mortalità al follow up di un anno. Il Ministero della Salute fissa al 60% la proporzione minima, per struttura, di interventi chirurgici entro le 48 ore per pazienti con frattura di femore sopra i 65 anni. Lo standard internazionale atteso è superiore all'80%. Si riporta il dato nazionale suddiviso per genere non essendo disponibili dati aggiornati relativi al Piemonte.

	Uomini	% grezza uomini	donne	% grezza donne
Italia	18.643	44,21	58.053	50,00

Tabella 5 - Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48 ore dall'accesso nella struttura di ricovero - 2021 per genere

Visite specialistiche

Nel caso delle visite specialistiche osserviamo le già descritte alternanze di genere in base alle fasi della vita e un incremento delle prestazioni con l'innalzarsi dell'età, coerentemente alla comorbidità degli anziani (figura 19).

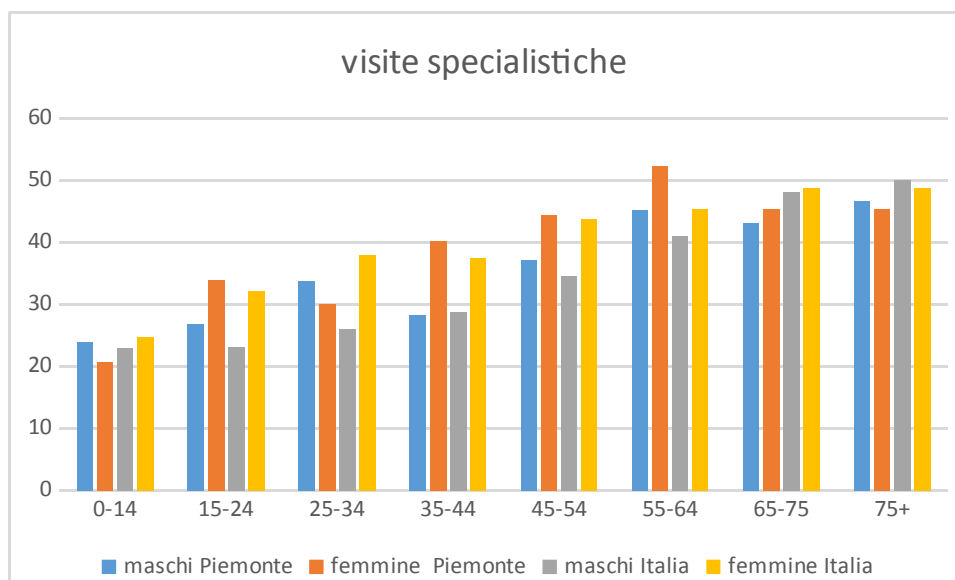


Figura 19: visite specialistiche per genere, Piemonte e Italia, 2021

Impatto della pandemia da Covid-19

Le malattie infettive continuano ad avere un notevole impatto sui servizi sanitari per la cronicizzazione di alcune di esse (HIV, Tubercolosi, Epatite C), per la presenza di alcune malattie prevenibili da vaccino e per il mutamento nell'epidemiologia di malattie emergenti e di importazione.

Tra queste si sottolinea l'impatto della pandemia da Covid-19. All'inizio della prima ondata epidemica, l'andamento settimanale del numero dei casi ha mostrato un maggior numero di positivi diagnosticati nelle donne rispetto agli uomini, a causa della presenza di un maggior numero di donne nelle case di riposo. Questa differenza di genere è andata poi via via scomparendo e, da giugno 2020 in poi, l'andamento settimanale del numero dei casi è risultato simile nei due sessi.

Le donne con infezione, inoltre, presentano un'età mediana più alta degli uomini, il che riflette anche la composizione prettamente femminile della fascia di popolazione più anziana. *(Ferroni E et al, 2021)*

Le donne sono state vittime anche di impatti indiretti: la percentuale di donne che ha perso il lavoro nel 2020, durante la pandemia, è stata doppia rispetto a quella degli uomini che lo hanno perso. Nei primi due mesi del 2020, prima delle chiusure la crescita tendenziale delle posizioni occupate è simile per maschi e femmine, mentre da marzo in poi la forbice si è aperta e lo svantaggio delle donne rimane decisamente marcato fino alla fine del periodo analizzato. Il divario occupazionale di genere che si era creato durante il lockdown non è stato colmato, e nemmeno si è ristretto nei mesi successivi e le donne risultano più penalizzate anche nelle nuove assunzioni e nei reingressi nel mercato del lavoro. *(ISTAT, 2020)*

3.4 CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Il primo passo verso una medicina personalizzata non può che passare attraverso la crescita di un'attenzione specifica all'impatto che fattori legati a sesso e genere hanno sulla salute. La programmazione di un'offerta sanitaria attenta a questa specificità ha ovviamente bisogno innanzitutto di dati e di indicatori di salute specifici per genere. Documentare e monitorare queste differenze è indispensabile per acquisire le informazioni necessarie, basate su indicatori sempre più appropriati, al fine di fornire ai cittadini la cura più adatta.

La dimensione del genere impegna i servizi sanitari a produrre, utilizzare e comunicare i dati di popolazione anche sui fattori di rischio delle malattie e sugli stili di vita, per promuovere e orientare la salute in tutte le politiche e nell'offerta sanitaria (advocacy) e favorire l'adozione di stili di vita sani (empowerment), basando l'azione quanto più possibile su prove di efficacia e sulla misura dei risultati (valutazione di processo e di esito), secondo i principi dell'Evidence-Based Prevention (EBP, prevenzione basata sulle evidenze). Va tuttavia considerato che le pubblicazioni più importanti della letteratura scientifica, anche quando mostrano dati dettagliati specifici per sesso, generalmente non affrontano gli aspetti di genere e in letteratura si registra

una scarsità di raccomandazioni specifiche per sesso e genere in diversi ambiti della prevenzione. (ISS, 2022)

Il genere andrebbe tenuto in considerazione non solo nella presentazione delle analisi, ma anche in fase di progettazione degli studi. Come è già stato accennato l'epidemiologia ha un ruolo importante per far emergere le differenze tra uomini e donne ma, ad oggi, non è infrequente trovare dati presentati come "neutri" oppure stratificati per sesso in analisi che, nella loro impostazione, non prevedono alcun approccio di genere.

Sarà quindi necessario incoraggiare una più attenta ed adeguata stratificazione dei dati per sesso e genere che consenta una migliore lettura dello stato di salute della popolazione visto che, come è stato descritto, uomini e donne non si ammalano nello stesso modo per cui anche il loro impatto è differente in termini di complessità assistenziale e quindi di consumo di risorse sanitarie.

4 AREE DI INTERVENTO, OBIETTIVI SPECIFICI E AZIONI

4.1 AREA "A" - PERCORSI CLINICI DI PREVENZIONE, DIAGNOSI, CURA E RIABILITAZIONE

In questa area sono state individuate alcune linee strategiche ed obiettivi specifici volti a:

- progettare uno strumento di raccolta, analisi e diffusione di progetti, interventi e buone pratiche in tema di MdG per supportare le attività di operatori, decisori e stakeholders con l'obiettivo di creare un patrimonio di esperienze regionali di qualità e con un livello accettabile di valutazione di efficacia pratica;
- delineare e sostenere percorsi di raccordo tra i Referenti regionali della MdG e i Coordinatori regionali di altri Piani e Reti con la finalità di costruire convergenze programmatiche e alleanze di scopo su obiettivi condivisi tra i soggetti indicati;
- istituire gruppi tecnici aziendali (multiprofessionali e multidisciplinari) sulla MdG con l'obiettivo di garantire la presenza di gruppi tecnici aziendali multiprofessionali, multidisciplinari e intersettoriali sulla MdG in ogni ASR;
- consolidare la rete dei referenti aziendali per la MdG con l'obiettivo di costruire progettualità condivise e attività di collaborazione, supporto e facilitazione e rafforzare il modello di integrazione con i Referenti regionali per la MdG;
- predisporre una proposta per la redazione di piani aziendali in tema di MdG con l'obiettivo di disporre di uno strumento che consenta un approccio omogeneo e progressivo da parte di tutte le ASR ed una pianificazione comune di azioni in tema di MdG rispettosa delle specificità dei diversi contesti territoriali e organizzativi;
- formulare una proposta per definire i criteri da considerare nell'approccio di genere ai PDTA/PSDTA con l'obiettivo di disporre di un riferimento teorico e operativo nella pratica clinica;
- effettuare una ricognizione ed analisi dei PDTA/PSDTA in uso (regionali e aziendali) sulla base di criteri definiti in ottica di genere per l'individuazione dei principali bias con un focus su scompenso cardiaco, BPCO e osteoporosi. L'obiettivo è quello di rilevare i bias presenti, per una successiva eliminazione, con riguardo a patologie di largo impatto epidemiologico e socio-economico,
- elaborare un decalogo per il buon uso dei principali farmaci in ottica di genere con l'obiettivo di implementare l'informazione di MMG e PDLS in merito alle differenze di sesso e genere sulla risposta al trattamento farmacologico.

4.2 AREA "B" - RICERCA E INNOVAZIONE

In questa area sono state individuate le seguenti linee strategiche ed obiettivi specifici volti a:

- realizzare spazi mirati di riflessione organizzativa (c.d. "alberi delle idee") e di attivazione di processi di lavoro sulla MdG e l'equità con riguardo a patologie non trasmissibili con l'obiettivo di individuare gli elementi su cui sia possibile agire concretamente in una logica trasformativa

del contesto organizzativo orientata a limitare/annullare le disuguaglianze di salute;

- realizzare progettualità condivise tra Università e Aziende Sanitarie Regionali inerenti premi per la ricerca, tesi e pubblicazioni scientifiche in MdG con l'obiettivo di aumentare conoscenze e sensibilità verso tematiche di MdG all'interno delle ASR, in collaborazione con gli Atenei di riferimento per territorio, nonché implementare l'attività scientifica in tema di MdG.

4.3 AREA "C" - FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE

In questa area sono state individuate alcune linee strategiche ed obiettivi specifici volti a:

- realizzare uno strumento regionale di accesso organico e sistematico alle informazioni e alle conoscenze utili in tema di MdG sul sito della Biblioteca Virtuale della Salute Piemonte (BVS-P) con l'obiettivo di costruire un'area tematica con un'organizzazione complessiva coerente, di natura semantica e tematica, facilmente accessibile alla comunità degli operatori sanitari e a chiunque ne sia interessato;

- potenziare le azioni volte all'inserimento della MdG nei Piani formativi aziendali con l'obiettivo di migliorare l'inclusione della MdG nei Piani citati al fine di garantire un'adeguata realizzazione di percorsi di formazione e aggiornamento professionale per il personale operante nel SSR, inclusi i MMM e PDLS;

- predisporre una proposta, in collaborazione con i rappresentanti degli Atenei piemontesi, per promuovere e sostenere l'insegnamento della MdG nei corsi universitari attraverso la stipula di appositi protocolli d'intesa;

- attivare collaborazioni tra ASR, Ordini professionali e/o Società scientifiche inerenti attività formative e gruppi di studio in tema di MdG con l'obiettivo di promuovere la consapevolezza sulle differenze di genere in ambito sanitario al fine di trasferire nelle attività professionali le acquisizioni e le competenze maturate nel percorso di formazione;

- censire in prima battuta le attività didattiche in tema di MdG presso l'Università di Torino e i principali Ordini professionali del Piemonte, con successiva estensione all'Università del Piemonte Orientale e altri Ordini professionali, con l'obiettivo di disporre di una mappatura relativa all'erogazione di didattica in ambito di MdG sul territorio piemontese.

4.4 AREA "D" - COMUNICAZIONE E INFORMAZIONE

In questa area sono state individuate le seguenti linee strategiche ed obiettivi specifici volti a:

- effettuare un'indagine sulla conoscenza del personale sanitario in merito alle differenze di genere nella salute con l'obiettivo di acquisire dati attualmente carenti;

- progettare uno strumento validato volto ad indagare la percezione e la conoscenza della popolazione sulle differenze di genere nella salute con l'obiettivo di disporre dello strumento necessario per la successiva acquisizione di dati attualmente carenti;

- valutare i fattori che incidono sull'efficacia della comunicazione in MdG in ambito giornalistico con creazione di proposte formative adeguate rivolte a giornalisti e pubblicisti;

- implementare l'attività di comunicazione e informazione istituzionale per favorire la conoscenza della MdG nella popolazione piemontese con l'obiettivo di incrementare la disponibilità online di risorse informative di qualità sulla MdG;
- realizzare spazi web dedicati alla MdG sui portali delle Aziende Sanitarie Regionali con l'obiettivo di favorire la comunicazione istituzionale in rete sulla MdG.

5 SCHEDE DI AZIONE

5.1 PROGETTAZIONE DI UNO STRUMENTO DI RACCOLTA, ANALISI E DIFFUSIONE DI PROGETTI, INTERVENTI E BUONE PRATICHE IN TEMA DI MEDICINA DI GENERE PER SUPPORTARE LE ATTIVITÀ DI OPERATORI, DECISORI E STAKEHOLDERS

Il Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere, all'interno degli obiettivi specifici A.1, B.3, D.1 e D.2, prevede una serie di azioni per promuovere e diffondere la cultura della Medicina di Genere quali la realizzazione di spazi web dedicati alla documentazione di buone pratiche (punto A.1.2), la costruzione di mappe online di servizi con percorsi di presa in carico della persona in un'ottica di genere (punto A.1.4), la diffusione, reperibilità e applicabilità dei risultati delle attività di ricerca (punto B.3.3), l'individuazione di modelli comunicativi adeguati al target di riferimento (punto D.1.2), nonché la predisposizione e disponibilità di risorse informative online sulle differenze di genere nella prevenzione, diagnosi e cura delle malattie (punti D.2.1 e D.2.2).

Per l'attuazione delle azioni indicate si ritiene necessaria la progettazione di uno strumento di raccolta, analisi e diffusione di progetti, interventi e buone pratiche in tema di Medicina di Genere per supportare le attività di operatori, decisori e stakeholders.

L'attività di documentazione e comunicazione delle azioni sul territorio rappresenta, in generale, un'efficace modalità per il supporto dei soggetti indicati in una logica di razionalizzazione e messa in rete degli investimenti e dei risultati.

Con riguardo alla promozione della salute ad esempio, il valore di tale attività è ormai riconosciuto da anni. Infatti "Pro.Sa.", la banca dati sviluppata da DoRS (Centro regionale di Documentazione per la Promozione della Salute) per la raccolta, l'analisi e la diffusione di progetti, interventi, politiche e buone pratiche di prevenzione e promozione della salute, ha raccolto in circa vent'anni oltre cinquemila progetti pubblicati da varie regioni italiane ma, soprattutto dal Piemonte (circa il 50% dei progetti), cioè dalla Regione in cui la banca dati è nata e si è sviluppata.

La promozione della salute richiede un modo di documentarla appropriato alle sue caratteristiche di sistema multicomponente, intersettoriale e interdisciplinare, caratteristiche che connotano anche la Medicina di Genere. In tale ambito, in particolare, è indubbia l'importanza di mettere a disposizione di tutti gli operatori strumenti che possano garantire un'ampia circolazione di informazioni nonché a sollecitare dinamiche funzionali "di rete" tra i vari attori.

E' ragionevole ipotizzare che, nell'ambito della Medicina di Genere, tale banca dati possa rappresentare un modello da considerare per iniziare a creare un patrimonio di esperienze regionali di qualità e con un livello accettabile di valutazione di efficacia pratica, utile non solo al monitoraggio e alla rendicontazione delle attività, ma anche per diffondere conoscenze e competenze tra i professionisti della salute favorendo l'individuazione di buone pratiche secondo criteri metodologici accreditati (efficacia, trasferibilità, generalizzabilità).

Dal 2009 in Piemonte esiste anche un'altra realtà interessante da valutare ai fini della presente azione che è quella della Biblioteca Virtuale della Salute Piemonte (BVS-P), biblioteca digitale che ha come scopo quello di fornire informazioni scientifiche a supporto dell'assistenza sanitaria, dell'aggiornamento professionale e della ricerca, promuovendo la medicina basata

sulle evidenze, la formazione nel campo della ricerca bibliografica e la valutazione critica della letteratura scientifica. Nel presente piano è prevista un'azione specifica (n.11) che riguarda la BVS-P a cui si rimanda per ulteriori approfondimenti.

Si sottolinea infine come, specie nell'ambito della Medicina di Genere, un'adeguata attività di documentazione e comunicazione delle azioni sul territorio sia essenziale anche per valorizzare le esperienze rendendole "leggibili" per altre Amministrazioni con l'obiettivo di favorire il "benchmarking" e il "benchlearning".

<i>Area</i>	Percorsi clinici di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione
<i>Titolo</i>	<i>Progettazione di uno strumento di raccolta, analisi e diffusione di progetti, interventi e buone pratiche in tema di Medicina di Genere per supportare le attività di operatori, decisori e stakeholders</i>
<i>Principali evidenze/fonti</i>	- D.M. 13 giugno 2019 "Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere" con particolare riguardo alle azioni A.1.2, A.1.4, B.3.3, D.1.2, D.2.1 e D.2.2 riferite agli obiettivi specifici A.1, A.3, B.3, D.1 e D.2 - Deliberazione della Giunta Regionale 12 novembre 2021, n. 17-4075 "Recepimento del "Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere" adottato con D.M. 13/06/2019 e definizione dei criteri per la costituzione del Gruppo Tecnico Regionale per la Medicina di Genere"
<i>Descrizione (azioni/interventi)</i>	- Definizione di una strategia a supporto della progettazione per comprendere quali dati possano sostenere la realizzazione dell'obiettivo indicato e come gestire la raccolta e il governo - Individuazione delle fonti e dei canali attraverso cui reperire i dati, verificando l'esistenza e l'eventuale utilizzo di altre banche dati - Coinvolgimento delle Direzioni aziendali e della rete dei Referenti aziendali per la MdG sulla necessità di una raccolta dati di qualità, aspetto imprescindibile per raggiungere risultati di qualità generando valore per le organizzazioni e per i cittadini - Strutturazione di modulistica mancante e modifica/integrazione di quella in uso (es. schede di monitoraggio) - Scelta della modalità di archiviazione, classificazione e sistematizzazione delle informazioni - Predisposizione della progettazione dello strumento informatico favorendo un processo di costruzione condivisa con le ASR
<i>Attori</i>	Regione Piemonte - Direzione Sanità
<i>Destinatari</i>	Aziende Sanitarie Regionali
<i>Obiettivo specifico</i>	Elaborare uno strumento di raccolta, analisi e diffusione di progetti, interventi e buone pratiche in tema di MdG per creare un patrimonio di esperienze regionali di qualità e con un livello accettabile di valutazione di efficacia pratica al fine di supportare le attività di operatori, decisori e stakeholders
<i>Valore atteso</i>	Disponibilità dell'elaborato progettuale
<i>Tempi</i>	Entro il 31 dicembre 2024

5.2 DELINEAZIONE E SOSTEGNO DI PERCORSI DI RACCORDO TRA I REFERENTI REGIONALI DELLA MEDICINA DI GENERE E I COORDINATORI REGIONALI DI ALTRI PIANI E RETI

Il Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere, nell'area "prevenzione, diagnosi e cura", prevede una serie di obiettivi specifici per promuovere la prevenzione e la diagnosi precoce delle patologie in un'ottica di genere (A.2) e la promozione di azioni volte ad applicare un approccio di genere alle politiche sanitarie sul territorio e sulla sicurezza negli ambienti di lavoro (A.4). All'interno di questi obiettivi specifici sono previste una serie di azioni che riguardano l'utilizzo in un'ottica di genere dei sistemi di sorveglianza (A.2.1), la realizzazione di strategie di popolazione per la prevenzione e il contrasto di fattori legati agli stili di vita (A.2.2), la promozione di programmi di screening e loro monitoraggio in un'ottica di genere (A.2.3), la promozione di azioni sul territorio con attenzione alle differenze di genere per prevenzione e valutazioni ecotossicologiche (A.4.1) nonché per l'applicazione dei principi del D.Lgs. n. 81/2008 e s.m.i. (A.4.4).

La prevenzione costituisce, insieme a ricerca, diagnosi e cura, uno dei principali ambiti di azione del Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere. Analogamente, i Piani (nazionale e regionale) della Prevenzione identificano l'approccio di genere come una componente strategica per la sanità pubblica, riconoscendo l'importanza delle differenze biologiche e socio-culturali di genere con la finalità di migliorare l'appropriatezza degli interventi di prevenzione e promuovere eguaglianza ed equità nella salute.

I Piani della Prevenzione rappresentano quindi la cornice comune degli obiettivi di diverse aree rilevanti per la sanità pubblica, svolgendo un ruolo di governance e orientamento e favorendo il collegamento e l'integrazione con altri Piani (es. Piano cronicità), incluso quello per l'applicazione e la diffusione della MdG.

Come sottolineato recentemente dall'Osservatorio dedicato alla Medicina di Genere nella "Proposta di indicatori per le disuguaglianze di salute legate al genere", la declinazione regionale del PNP 2020-2025 rappresenta *"un'occasione unica per l'implementazione di interventi di prevenzione con approccio di genere, nonché per il monitoraggio e la valutazione degli stessi anche al fine di produrre evidenze e buone pratiche"*.

Si ritiene pertanto necessario delineare e sostenere percorsi di raccordo tra i referenti regionali della MdG e i coordinatori regionali di altri Piani e Reti con particolare riguardo, in questa prima fase, al Piano regionale di Prevenzione (PRP), al Piano cronicità, al Piano per l'invecchiamento attivo e alla Rete oncologica regionale.

Per promuovere l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere nel SSR è quindi indispensabile prevedere lo sviluppo di un modello di governance intradirezionale rivolto all'integrazione e alla messa in sinergia delle risorse disponibili per costruire convergenze programmatiche e alleanze di scopo su obiettivi condivisi.

Area	Percorsi clinici di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione
Titolo	<i>Delineazione e sostegno di percorsi di raccordo tra i Referenti regionali della Medicina di Genere e i Coordinatori regionali di altri Piani e Reti</i>
	- D.M. 13 giugno 2019 "Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere" con particolare riguardo alle azioni A.2.1, A.2.2, A.2.3, A.4.1 e A.4.4 riferite agli obiettivi specifici A.2 e A.4

<i>Principali evidenze/fonti</i>	- Deliberazione della Giunta Regionale 12 novembre 2021, n. 17-4075 "Recepimento del "Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere" adottato con D.M. 13/06/2019 e definizione dei criteri per la costituzione del Gruppo Tecnico Regionale per la Medicina di Genere" - Deliberazione della Giunta Regionale 18 novembre 2022, n. 21-5979 "Piano per l'Invecchiamento Attivo (P.I.A.) 2022-2025 di cui all'articolo 14 della Legge regionale n. 17 del 09 aprile 2019 "Promozione e valorizzazione dell'invecchiamento attivo ". Proposta al Consiglio regionale" - Deliberazione della Giunta Regionale 29 dicembre 2021, n. 16-4469 "Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025 in attuazione del Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 recepito con D.G.R. n. 12-2524 dell'11/12/2020 e approvazione del modello organizzativo per il Coordinamento regionale della prevenzione" - Deliberazione della Giunta Regionale 23 luglio 2021, n. 11-3586 "Recepimento dell'Accordo Rep. Atti n. 59/CSR del 17 aprile 2019. Approvazione del nuovo modello organizzativo-funzionale della Rete Oncologica Piemonte e Valle d'Aosta e dello schema di convenzione tra la Regione Piemonte e la Regione Autonoma Valle d'Aosta per lo svolgimento delle attività'. Revoca della D.G.R. n. 1-358 del 20.07.2010 e s.m.i. e parziale modifica della D.G.R. n. 12-2887 del 19.02.2021" - Deliberazione del Consiglio regionale 10 luglio 2018, n. 306 - 29185. Recepimento dell'Accordo tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sancito in sede di Conferenza Stato-Regioni in data 15 settembre 2016 sul Piano nazionale della cronicità e approvazione delle linee di indirizzo regionali per le annualità 2018 - 2019 - Documento approvato in seduta plenaria dall'Osservatorio dedicato alla Medicina di Genere in data 6 settembre 2022 "Proposta di indicatori per le disuguaglianze di salute legate al genere"
<i>Descrizione (azioni/interventi)</i>	- Attivazione di occasioni di confronto, dialogo e informazione tra i soggetti indicati per favorire la conoscenza della MdG e l'importanza delle differenze biologiche e socio-culturali di genere e per migliorare lo scambio di dati e buone prassi in ottica di genere - Sostegno di iniziative per favorire una "vision" di programmazione partecipata e congiunta con valorizzazione delle risorse esistenti - Individuazione di obiettivi comuni su cui costruire strategie condivise e azioni sinergiche
<i>Attori</i>	Regione Piemonte - Direzione Sanità
<i>Destinatari</i>	Settori regionali: Programmazione dei servizi sanitari e socio-sanitari; Prevenzione, sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare; Politiche per le pari opportunità, diritti ed inclusione, progettazione ed innovazione sociale
<i>Obiettivo specifico</i>	Costruire convergenze programmatiche e alleanze di scopo su obiettivi condivisi tra i Referenti regionali della MdG e i Coordinatori regionali di altri Piani e Reti
<i>Valore atteso</i>	Realizzazione di almeno tre convergenze programmatiche con azioni sinergiche su obiettivi condivisi
<i>Tempi</i>	Entro il 30 giugno 2024 (n. 1 convergenza programmatica) Entro il 30 giugno 2025 (n. 2 convergenze programmatiche)

5.3 ISTITUZIONE DI GRUPPI TECNICI AZIENDALI SULLA MEDICINA DI GENERE

Nella strategia di governance per l'attuazione del Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere è prevista l'istituzione di un *"gruppo di coordinamento per la Medicina di Genere a valenza aziendale"*.

L'istituzione di gruppi tecnici multiprofessionali, multidisciplinari e intersettoriali (uno per ogni Azienda Sanitaria) è necessaria per presidiare l'attuazione del presente Piano regionale, coordinare le strategie e la programmazione a livello locale, svolgere un'attività di monitoraggio e valutazione sinergica e integrata con il livello regionale e per garantire un fattivo confronto a livello locale e regionale sull'applicazione e la diffusione della MdG nel SSR.

Il gruppo formula proposte e promuove collaborazioni attuative a livello locale per la realizzazione di interventi "evidence-based" in base ai bisogni e vincoli identificati dal gruppo stesso, garantendo il coordinamento con altri piani, gruppi e/o referenti aziendali (es. PRP, Piano cronicità, gruppo PDTA, ecc.).

E' importante che il gruppo preveda la condivisione dei progetti e delle attività realizzate per la costruzione di una comunità di pratiche, la creazione di alleanze e collaborazioni per diffondere la conoscenza della MdG, nonché rafforzare e aggiornare le competenze degli stakeholder interessati.

Il gruppo potrà identificare ulteriori interventi e azioni specifiche non previste dal presente Piano purché coerenti con le norme e i piani vigenti.

E' utile altresì che il gruppo lavori sullo sviluppo di un linguaggio condiviso e, al contempo, salvaguardi le specificità, valorizzando le caratteristiche di ciascuno e ottimizzando le differenze. All'interno del gruppo potranno essere individuati sottogruppi di lavoro tematici con obiettivi e scadenze definiti.

E' opportuno che il gruppo sia coordinato dal Referente Aziendale per la MdG che, oltre a far parte della rete dei Referenti Aziendali per la MdG, lavora già in raccordo con i Referenti regionali. E' infatti essenziale che venga mantenuto nel tempo un dialogo e una collaborazione costante con il livello regionale, specie alla luce delle peculiarità dell'ambito e della necessità di proporre soluzioni "evidence-based" concordate e adattabili a differenti contesti, anche alla luce della scarsità di esperienze consolidate e "best practices" in diverse realtà.

Come indicato dal Piano nazionale MdG, il gruppo dovrà rendicontare annualmente le attività realizzate attraverso una relazione riassuntiva contenente indicatori di processo e di esito. Rispetto all'importanza di un'adeguata attività di documentazione delle attività sul territorio si rimanda alla scheda di azione n. 1 per eventuali approfondimenti.

<i>Area</i>	Percorsi clinici di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione
<i>Titolo</i>	<i>Istituzione di gruppi tecnici aziendali sulla Medicina di Genere</i>
<i>Principali evidenze/fonti</i>	- D.M. 13 giugno 2019 "Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere" - Deliberazione della Giunta Regionale 12 novembre 2021, n. 17-4075 "Recepimento del "Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere" adottato con D.M. 13/06/2019 e definizione dei criteri per la costituzione del Gruppo Tecnico Regionale per la Medicina di Genere"
	- Predisposizione di iniziative di raccordo con le ASR e i Referenti aziendali

<i>Descrizione (azioni/interventi)</i>	per la MdG per sostenere l'istituzione di gruppi tecnici aziendali sulla Medicina di Genere - Coinvolgimento dei Referenti aziendali sulla necessità di sviluppare un linguaggio condiviso, di definire obiettivi chiari e descritti in termini concreti e misurabili e di un coordinamento che curi le connessioni con la rete dei Referenti Aziendali e i Referenti regionali per la MdG - Supporto alle ASR per la redazione di un eventuale regolamento per il funzionamento del gruppo (compiti, composizione, governance, trasparenza, ecc.) - Raccordo con le ASR e i Referenti aziendali per la rendicontazione annuale delle attività realizzate - Supporto alle ASR per la strutturazione di eventuale modulistica mancante - Raccolta e ricognizione delle delibere istitutive
<i>Attori</i>	Regione Piemonte - Direzione Sanità
<i>Destinatari</i>	Aziende Sanitarie Regionali
<i>Obiettivo specifico</i>	Garantire la presenza di gruppi tecnici aziendali multiprofessionali, multidisciplinari e intersettoriali sulla Medicina di Genere in ogni ASR
<i>Valore atteso</i>	Delibera istitutiva del gruppo tecnico aziendale sulla MdG per ogni Azienda
<i>Tempi</i>	Entro il 30 giugno 2024 (provvedimenti presenti nel 50% delle ASR) Entro il 30 giugno 2025 (provvedimenti presenti nel 100% delle ASR)

5.4 CONSOLIDAMENTO DELLA RETE DEI REFERENTI AZIENDALI PER LA MEDICINA DI GENERE

Nella strategia di governance per l'attuazione del Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere è prevista la realizzazione di *"un sistema di rete per la promozione e lo sviluppo della Salute e Medicina di Genere su tutto il territorio regionale"*.

Per ciò che riguarda le Aziende Sanitarie Regionali, nel mese di luglio 2021 la Direzione Sanità e Welfare aveva formalmente richiesto ai Direttori Generali di individuare un Referente aziendale in possesso di specifica esperienza in MdG con l'obiettivo di costituire una rete dei Referenti aziendali per la MdG.

Nella richiesta erano stati indicati i principali compiti dei Referenti aziendali e cioè:

- promuovere lo sviluppo della Medicina di Genere a livello aziendale, attraverso un approccio interdisciplinare al fine di garantire appropriatezza e personalizzazione delle cure;
- strutturare azioni e attività relative a percorsi clinici di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, ricerca e innovazione, formazione e aggiornamento professionale, comunicazione e informazione;
- realizzare un sistema di rete per lo scambio di esperienze e conoscenze, assicurando i collegamenti non solo a livello aziendale, ma anche con i Referenti delle altre Aziende sanitarie;
- monitorare le attività;
- predisporre la relazione annuale da trasmettere alla Direzione Sanità e Welfare con riguardo alle attività, l'organizzazione e le risorse dedicate.

Tutte le Aziende Sanitarie (n. 18) hanno individuato un proprio Referente per la MdG (n. 3 Aziende ne hanno individuate due) per un totale di 21 Referenti aziendali.

La Rete dei Referenti aziendali per la Medicina di Genere (reperibile all'indirizzo <https://www.regione.piemonte.it/web/temi/sanita/strumenti-operativi/medicina-genere>) è coordinata dai Referenti regionali per la MdG ed è organizzata per aree territoriali omogenee che, a loro volta, sono rappresentate nel Gruppo Tecnico Regionale istituito con D.G.R. 12 novembre 2021, n. 17-4075.

Nel 2022 sono stati organizzate, a partire dal mese di febbraio, quattro riunioni con la rete dei Referenti aziendali per presentare la sequenza temporale delle varie azioni regionali intraprese a seguito dell'emanazione della Legge n. 3/2018 e del D.M. 13/06/2019, fornire aggiornamenti sul nuovo assetto organizzativo ai sensi della D.G.R. summenzionata ed aprire un fattivo confronto a partire dalle prime criticità che sono emerse (es. scarsa chiarezza circa la corretta definizione di MdG, stereotipi, difficoltà nella raccolta dei dati, frammentazione degli interventi, ecc.).

Dopo una precedente indagine conoscitiva (2021) che si è rivelata poco efficace soprattutto a causa delle incertezze dei compilatori rispetto al significato di MdG, nel 2022 è stato invece possibile effettuare un monitoraggio puntuale delle attività in MdG nelle Aziende piemontesi grazie all'impegno profuso dalle Referenti Aziendali. E' stato così possibile costruire una base dati aggiornata che, pur con alcuni limiti, costituisce un utile parametro di razionalità per future decisioni.

L'analisi dei dati, al di là della significativa frammentazione e disomogeneità nelle attività che era peraltro ragionevole attendersi, ha consentito l'emersione di vari aspetti positivi che costituiscono anche dei punti di forza, così come alcune criticità da affrontare.

Tra gli aspetti positivi, oltre all'indubbia importanza della presenza di Referenti per la MdG in tutte le ASR, si cita:

- il modello di organizzazione per aree territoriali omogenee ("Torino", "Torino Ovest", "Piemonte Sud Ovest", "Piemonte Nord Est", "Piemonte Sud Est") rappresentate nel Gruppo Tecnico Regionale;
- la disponibilità di un patrimonio di professionalità anche con specifica competenza ed esperienza in MdG;
- la presenza di motivazione, interesse, dinamismo, capacità di cogliere le opportunità e propensione al lavoro in rete da parte dei Referenti aziendali;
- il progressivo consolidamento del rapporto tra la rete dei Referenti aziendali e i Referenti regionali caratterizzato da fattiva collaborazione, approccio pragmatico e condivisione di strategie.

Tra le criticità da affrontare e tenere sotto controllo si segnalano invece:

- le incertezze sul significato di MdG;
- le difficoltà nel monitoraggio (problemi di accesso alle informazioni, reperimento dati, mancanza di un utilizzo organizzato dei dati, ecc.);
- la significativa frammentazione e disomogeneità nelle azioni in tutte le aree analizzate;
- la presenza di attività spesso lasciate alla buona volontà di singoli e non adeguatamente documentate, mancanza di organicità nelle azioni con dispersione di sforzi e risorse, deficit di sinergie;
- la difficoltà nella costruzione di percorsi strutturati e nella programmazione di attività (priorità legate all'attività "ordinaria", problemi organizzativi, carenza di risorse, vincoli economici);
- l'insufficiente consapevolezza, a vari livelli, sull'importanza della MdG nonché la discrepanza tra interesse manifestato a parole e traduzione concreta nella pratica clinica;
- la presenza di barriere culturali, stereotipi e resistenza al cambiamento nell'operatività quotidiana;
- il "silenzio" di alcuni ambito territoriali.

Il consolidamento della rete dei Referenti aziendali è necessaria, in particolare, per coordinare e supportare lo sviluppo delle azioni, il monitoraggio e la valutazione del presente piano, incrementare lo scambio di esperienze e conoscenze sulla MdG, favorire una maggiore omogeneità e condivisione, costruire sinergie e, non ultimo, affrontare le criticità finora emerse.

<i>Area</i>	Percorsi clinici di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione
<i>Titolo</i>	<i>Consolidamento della rete dei referenti aziendali per la Medicina di Genere</i>
<i>Principali evidenze/fonti</i>	- D.M. 13 giugno 2019 "Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere" - Deliberazione della Giunta Regionale 12 novembre 2021, n. 17-4075 "Recepimento del "Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere" adottato con D.M. 13/06/2019 e definizione dei criteri per la costituzione del Gruppo Tecnico Regionale per la Medicina di Genere"
<i>Descrizione (azioni/interventi)</i>	- Definizione di indirizzi per migliorare il coinvolgimento della rete dei Referenti aziendali, specie con riguardo ad alcune aree territoriali più "silenti", al fine di non lasciare indietro nessuno - Condivisione con la rete di strumenti di lettura della realtà regionale che, con le opportune e indispensabili caratterizzazioni locali, possano servire come supporto per la costruzione di percorsi strutturati, la programmazione di attività, la definizione di interventi utili a ridurre frammentazione e disomogeneità e i deficit di sinergie - Elaborazione di strategie condivise per aumentare la consapevolezza sull'importanza della MdG, ridurre le barriere culturali, stereotipi e la resistenza al cambiamento nell'operatività quotidiana - Definizione di proposte condivise per affrontare le difficoltà nella raccolta dei dati, monitoraggio delle attività e nell'analisi strutturata dei risultati - Valorizzazione dei punti di forza della rete - Implementazione di processi di audit con la rete dei Referenti sulla governance del presente piano
<i>Attori</i>	Regione Piemonte - Direzione Sanità
<i>Destinatari</i>	Aziende Sanitarie Regionali
<i>Obiettivo specifico</i>	Costruire progettualità condivise e attività di collaborazione, supporto e facilitazione per consolidare la rete dei Referenti aziendali e rafforzare il modello di integrazione con i Referenti regionali per la MdG
<i>Valore atteso</i>	Realizzazione di almeno tre progettualità/attività condivise
<i>Tempi</i>	Entro il 30 giugno 2024 (n. 1 progettualità/attività condivise) Entro il 31 dicembre 2024 (n. 1 ulteriore progettualità/attività condivise) Entro il 30 giugno 2025 (n. 1 ulteriore progettualità/attività condivise)

5.5 PREDISPOSIZIONE DI UNA PROPOSTA, IN COLLABORAZIONE CON LA RETE DEI REFERENTI E CON LA SUPERVISIONE DELLE DIREZIONI AZIENDALI, PER LA REDAZIONE DI PIANI AZIENDALI IN TEMA DI MEDICINA DI GENERE

All'interno del Piano nazionale per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere sono definiti una serie di obiettivi ed azioni rispetto alle quali è possibile prevedere dei "piani operativi" per l'individuazione di specifiche attività e responsabilità operative.

I piani locali, come noto, costituiscono un documento di programmazione aziendale specifica, attraverso i quali ciascuna Azienda Sanitaria coordina e integra le attività in un ambito determinato (es. prevenzione, cronicità, ecc.) svolte o promosse dall'Azienda sul territorio, in collaborazione con enti e istituzioni locali, traducendo i livelli di programmazione nazionale e regionale in concrete risposte ai bisogni di salute della popolazione di riferimento. Le attività realizzate vengono annualmente valutate e rendicontate in un apposito documento.

Il presente Piano regionale, così come il Piano nazionale, costituisce un punto di partenza per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere nel SSR.

La peculiarità della materia, le questioni ancora aperte ed oggetto di dibattito, l'esigenza di un significativo cambio culturale anche rispetto alla riorganizzazione e trasformazione dei servizi, la pluralità di fattori che incidono sull'applicabilità, rendono conto della necessità di procedere per step successivi rispetto alla strutturazione di piani aziendali in tema di MdG al fine di coordinare e integrare le attività svolte o promosse dall'Azienda sul territorio in coerenza con gli orientamenti nazionali e regionali sulla MdG.

Si ritiene pertanto opportuno elaborare preliminarmente una proposta per la redazione di piani aziendali in tema di MdG, in collaborazione con la rete dei Referenti e con la supervisione delle Direzioni aziendali. Tali piani dovranno essere, da un lato, rispettosi delle specificità dei diversi contesti territoriali e organizzativi e, dall'altro, consentire un approccio omogeneo e progressivo da parte di tutte le ASR ed una pianificazione comune di azioni in tema di MdG.

<i>Area</i>	Percorsi clinici di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione
<i>Titolo</i>	<i>Predisposizione di una proposta, in collaborazione con la rete dei Referenti e con la supervisione delle Direzioni aziendali, per la redazione di piani aziendali in tema di Medicina di Genere</i>
<i>Principali evidenze/fonti</i>	- D.M. 13 giugno 2019 "Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere" - Deliberazione della Giunta Regionale 12 novembre 2021, n. 17-4075 "Recepimento del "Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere" adottato con D.M. 13/06/2019 e definizione dei criteri per la costituzione del Gruppo Tecnico Regionale per la Medicina di Genere"
<i>Descrizione (azioni/interventi)</i>	- Organizzazione di un incontro ad hoc con la rete dei Referenti aziendali per consentire un confronto tra pari, far emergere eventuali criticità e sostenere la condivisione di una strategia operativa - Definizione del cronoprogramma dei lavori - Individuazione all'interno della rete di un sottogruppo di Referenti aziendali, rappresentativi di realtà e contesti organizzativi diversi che, con la supervisione delle rispettive Direzioni aziendali, sviluppino un lavoro di riflessione e confronto fornendo il loro contributo per l'elaborazione di una prima proposta da sottoporre all'attenzione dei Referenti regionali per la MdG

	- Valutazione della proposta da parte dei Referenti regionali - Organizzazione di un incontro di restituzione con la rete dei Referenti aziendali, raccolta di eventuali osservazioni e/o richieste di modifiche/integrazioni - Validazione della proposta da parte dei Referenti regionali per gli ulteriori passaggi di competenza regionale
<i>Attori</i>	Regione Piemonte - Direzione Sanità
<i>Destinatari</i>	Aziende Sanitarie Regionali
<i>Obiettivo specifico</i>	Disporre di uno strumento che consenta un approccio omogeneo e progressivo da parte di tutte le ASR ed una pianificazione comune di azioni in tema di MdG rispettosa delle specificità dei diversi contesti territoriali e organizzativi
<i>Valore atteso</i>	Presenza della proposta indicata
<i>Tempi</i>	Entro il 31 dicembre 2024

5.6 FORMULAZIONE DI UNA PROPOSTA, CON LA SUPERVISIONE DELLE DIREZIONI AZIENDALI, PER DEFINIRE I CRITERI DA CONSIDERARE NELL'APPROCCIO DI GENERE AI PDTA/PSDTA

Il Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere prevede (obiettivo specifico A.3) lo sviluppo di soluzioni innovative di accesso ai servizi, anche valorizzando le esperienze già presenti sul territorio, attuando percorsi di presa in carico della persona in un'ottica di genere. All'interno di tale obiettivo sono indicate alcune azioni quali la proposta di raccomandazioni e documenti utili nella definizione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) inclusivi di indicatori di processo e di esito stratificati per sesso e genere (punto A.3.1) nonché la predisposizione, l'implementazione, il monitoraggio e la valutazione degli effetti di PDTA in ottica di genere (punti A.3.2 e A.3.3).

I PDTA, secondo la definizione del Ministero della Salute riportata nel Piano Nazionale per il Governo delle Liste d'Attesa (PNGLA) 2012-2014, sono una *"sequenza predefinita, articolata e coordinata di prestazioni erogate a livello ambulatoriale e/o di ricovero e/o territoriale, che prevede la partecipazione integrata di diversi specialisti e professionisti (oltre al paziente stesso), a livello ospedaliero e/o territoriale, al fine di realizzare la diagnosi e la terapia più adeguate per una specifica situazione patologica o anche l'assistenza sanitaria necessaria in particolari condizioni della vita, come ad esempio la gravidanza e il parto."*

I PDTA (detti anche PSDTA, Percorsi di Salute e Diagnostico Terapeutici Assistenziali) sono perciò degli schemi clinico-assistenziali-organizzativi che definiscono la migliore sequenza di azioni clinico-assistenziali rivolte ai pazienti per una data patologia. Sono un insieme di processi, sotto processi, attività, attori, confini (input e output) e responsabilità per ricostruire un iter assistenziale contestualizzando a livello locale le linee guida e le migliori evidenze della letteratura in una visione sistemica che considera tutte le tappe del processo di cura e assistenza.

Va ricordato che tale sequenza può essere assicurata da modelli organizzativi diversi in funzione della realtà demografica, sociale e assistenziale in cui devono essere applicati gli interventi. Nella valutazione dei PDTA/PSDTA, pertanto, gli indicatori scelti prescindono dal modello organizzativo, misurando gli effetti attesi in termini di tipologia di prestazioni, tempistiche ed esiti clinici. Confrontare i valori degli indicatori ottenuti attraverso modelli organizzativi diversi rappresenta inoltre un'importante fonte di informazione per individuare le scelte organizzative migliori.

I PDTA nascono alla fine degli anni '90 in ottemperanza a norme regolatorie di aspetti diversi che riguardano sia la qualità delle cure sia gli aspetti economici. In epoca più recente vi sono almeno un paio di atti normativi che ne rinforzano il riconoscimento giuridico e istituzionale: il Piano nazionale della cronicità del 2016 e il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) del 2019.

Il dibattito sui PDTA ha quasi vent'anni ed è pertanto necessario attualizzarlo anche rispetto alla necessità di prevedere il corretto approccio di genere nei percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali al fine di favorire una maggiore appropriatezza e personalizzazione delle cure.

L'ottica di genere va contestualizzata in ogni ambito di intervento sanitario, PDTA/PSDTA inclusi, anche al fine di evitare stereotipi nonché per definire strategie volte a contrastare le disuguaglianze e ad aumentare la congruità di interventi e prestazioni.

Come accennato la valutazione dei PDTA/PSDTA, a livello regionale e nazionale, deve essere effettuata in termini di appropriatezza, esito clinico, equità ed impatto economico. Tra i criteri di equità va considerato il corretto approccio di genere.

I PDTA/PSDTA consentono un approccio dinamico che permette di cogliere cosa accade per riorientare i comportamenti nel sistema e governare un processo di cambiamento. Esistono tuttavia vari problemi che rallentano l'emersione e l'attuazione dei PDTA/PSDTA in ottica di genere che vanno dalle resistenze al cambiamento di chi tende a preservare e mantenere le pratiche esistenti, a quelle dovute all'esistenza di barriere culturali, alla percezione di un indebolimento dell'autonomia professionale, all'insufficiente importanza attribuita al valore aggiunto del lavoro multidisciplinare, ecc.

Un'altra criticità è senza dubbio legata alla carenza di strumenti utili a "leggere" l'approccio di genere nei PDTA/PSDTA. L'analisi della letteratura nazionale e internazionale non riporta indicazioni sugli indicatori e i criteri da considerare per valutare un approccio di genere nei PDTA/PSDTA.

L'esigenza di trovare un riferimento teorico e operativo rende pertanto necessario prevedere un'azione specifica volta alla predisposizione di una proposta per la redazione dei criteri da considerare nell'approccio di genere ai PDTA/PSDTA.

<i>Area</i>	Percorsi clinici di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione
<i>Titolo</i>	<i>Formulazione di una proposta, con la supervisione delle Direzioni aziendali, per definire i criteri da considerare nell'approccio di genere ai PDTA/PSDTA</i>
<i>Principali evidenze/fonti</i>	- D.M. 13 giugno 2019 "Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere" con particolare riguardo alle azioni A.3.1, A.3.2 e A.3.3 riferite all'obiettivo specifico A.3 - Deliberazione della Giunta Regionale 12 novembre 2021, n. 17-4075 "Recepimento del "Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere" adottato con D.M. 13/06/2019 e definizione dei criteri per la costituzione del Gruppo Tecnico Regionale per la "Medicina di Genere" - Ministero della Salute. Aggiornamento del Decreto 12 dicembre 2001 sul Sistema di Garanzie per il monitoraggio dei livelli di assistenza: valutazione dei percorsi diagnostico terapeutico assistenziali - Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016. Piano nazionale della cronicità - Ministero della Salute. Decreto 12 marzo 2019. Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria
<i>Descrizione (azioni/interventi)</i>	- Organizzazione di un incontro ad hoc con la rete dei Referenti aziendali per consentire un confronto tra pari, far emergere eventuali criticità e sostenere la condivisione di una strategia operativa - Identificazione della/le Azienda/e capofila e coinvolgimento delle rispettive Direzioni Aziendali - Definizione del cronoprogramma dei lavori - Costituzione del gruppo di lavoro interaziendale, intersettoriale e multidisciplinare, se possibile con un'adeguata distribuzione di genere tra i professionisti coinvolti - Elaborazione della proposta (revisione della letteratura, valutazione degli elementi qualificanti il percorso di cura, ecc.)

	- Organizzazione di un incontro di restituzione per la valutazione e la discussione della proposta con i Referenti Aziendali e Regionali per la MdG con raccolta di eventuali osservazioni e/o richieste di modifiche/integrazioni - Stesura del documento conclusivo con il coinvolgimento delle Direzioni Aziendali interessate e trasmissione al Settore regionale di competenza
<i>Attori</i>	Rete dei referenti Aziendali e Referenti regionali MdG, Direzioni ASR
<i>Destinatari</i>	Regione Piemonte Direzione Sanità - Settore Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio-Sanitari
<i>Obiettivo specifico/valore atteso</i>	Disporre di uno strumento per la definizione dei criteri da considerare nell'approccio di genere ai PDTA/PSDTA per avere un riferimento teorico e operativo nella pratica clinica
<i>Valore atteso</i>	Presenza della proposta indicata
<i>Tempi</i>	Entro il 31 dicembre 2024

5.7 RICOGNIZIONE ED ANALISI DEI PDTA/PSDTA IN USO SULLA BASE DI CRITERI DEFINITI IN OTTICA DI GENERE CON INDIVIDUAZIONE DEI PRINCIPALI BIAS: FOCUS SU SCOMPENSO CARDIACO, BPCO E OSTEOPOROSI

Al fine di definire la migliore sequenza di processi, attività, attori e responsabilità clinica ed organizzativa e di conseguenza realizzare la prevenzione, la diagnosi e la terapia più appropriata in ciascuna patologia sono stati definiti da anni degli schemi organizzativi clinico-terapeutici denominati PDTA/PSDTA. Questi devono essere redatti tenendo conto di linee guida e conoscenze scientifiche, utilizzando criteri appropriati (es. EBM, Evidence Based Medicine) e con la collaborazione delle società scientifiche. Tra questi criteri occorre considerare l'approccio di genere, fortemente sostenuto dal Piano per l'applicazione e diffusione della Medicina di Genere. Tuttavia, come già accennato, l'approccio di genere stenta ad essere applicato nella pratica clinica e quindi ad essere inserito nei PDTA/PSDTA per diversi motivi: scarsa diffusione della conoscenza della rilevanza della Medicina di Genere, persistere di stereotipie con conseguenti difficoltà ai cambiamenti, scarsa attitudine al lavoro multidisciplinare, criticità nel monitoraggio ed aggiornamento dei PDTA/PSDTA a livello regionale ed aziendale.

Con riguardo al focus prescelto, va innanzitutto sottolineato come le patologie cardiovascolari rappresentino la principale causa di mortalità e morbidità, causando annualmente almeno il 50% di tutte le morti in Europa, il 42% negli uomini ed il 51% nelle donne. L'erronea percezione che le donne siano protette nel corso della loro vita rispetto alle malattie cardiovascolari determina tale disparità.

Tra le patologie cardiovascolari, lo scompenso cardiaco rappresenta una delle principali cause di ospedalizzazione e mortalità nelle donne. Lo scompenso cardiaco nelle donne ha caratteristiche peculiari nella presentazione clinica, nella risposta alle terapie (sia farmacologiche che con i dispositivi impiantabili), con una minor aderenza alla gestione secondo le raccomandazioni basate sulle evidenze. Tutto ciò porta a evidenti disparità in termini diagnostici, terapeutici e prognostici tra uomini e donne.

Frequentemente le donne presentano un quadro di scompenso cardiaco a frazione di eiezione conservata, mentre è meno comune una genesi ischemica rispetto agli uomini. L'impatto dello scompenso cardiaco sulla qualità della vita è maggiore nelle donne rispetto agli uomini.

Le donne, a differenza degli uomini, sono esposte ad eziologie specifiche di scompenso cardiaco, come la cardiomiopatia peripartum, o l'impiego di chemioterapici o radioterapia nel trattamento del tumore alla mammella.

Infine, poichè le donne sono ampiamente sottorappresentate nei trial clinici, le terapie che ricevono nel trattamento dello scompenso cardiaco spesso non presentano una comprovata efficacia e sicurezza nel sesso femminile. (*Sciomer S et al, 2020; Crousillat DR et al, 2018; Townsend N et al, 2016; Scardovi AB et al, 2012; Klein L et al, 2011; Lozano R et al, 2010; Murray CJ et al, 2010*)

La broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) rappresenta un'altra delle principali cause di mortalità e morbidità. Un tempo si riteneva che la BPCO fosse una patologia tipica di fumatori anziani di sesso maschile. Negli ultimi anni, invece, evidenze scientifiche hanno dimostrato che la prevalenza e la mortalità legate alla BPCO sono aumentate in modo più significativo nelle donne rispetto agli uomini. Questi dati sono relativi non solo all'aumento dell'uso di tabacco da parte delle donne, ma anche ad aspetti genere-specifici, come una maggior suscettibilità al

danno da fumo, una maggior esposizione all'inquinamento per differenze ormonali ed anatomiche e, infine, a una diversa risposta alle terapie.

In particolare, è stato dimostrato come l'espressione fenotipica della BPCO risenta molto di differenze legate al sesso. Tali differenze si traducono in un rischio aumentato nelle donne di una forma clinicamente più severa. Inoltre, sono state descritte differenze anatomiche tra uomini e donne affetti da BPCO a livello delle vie respiratorie, nonché una maggior incidenza di dispnea severa, di ostruzione delle alte vie e di esacerbazioni nelle donne rispetto agli uomini.

Le manifestazioni cliniche della BPCO nelle donne sono differenti rispetto agli uomini. Le donne presentano più frequentemente tosse e dispnea e un più rapido declino nella FEV1 (Forced Expiratory Volume in the first second) anche a parità di esposizione al fumo. (Rogliani P et al, 2022; DeMeo DL, 2021; GBD Chronic Respiratory Disease Collaborators, 2020; Li X et al, 2020; Ntritsos G et al, 2018)

L'osteoporosi è una importante malattia sistemica dell'apparato scheletrico caratterizzata da bassa densità minerale ed alterata microarchitettura ossea con aumento della fragilità e rischio di frattura per fragilità e minimi traumatismi (vertebre, femore, omero, polso, ecc). In Italia si stima che ci siano almeno 5.000.000 di pazienti di cui il 40% vada incontro a frattura, nella maggior parte di sesso femminile e di età superiore a 65 anni. In età > 55 anni, il 32% presenta osteoporosi con evidenza nel 47% nelle donne e nel 10,3% dei maschi. La prognosi è però peggiore nei maschi che presentano un aumento della mortalità maggiore dopo la frattura di femore. L'osteoporosi viene tipicamente vista come una malattia femminile ed in età post-menopausale e quindi è poco studiata nei maschi. L'impatto economico derivante dai costi conseguenti alle fratture è elevato e destinato ad aumentare conseguentemente all'aumentata aspettativa di vita. (Rinopoli G et al, 2021; Qaseem A, 2017)

L'ottica di genere dovrebbe essere inserita tra i criteri essenziali nella stesura dei PDTA/PSDTA regionali ed aziendali, affinché possano essere gettate le basi per eliminare, o quantomeno ridurre, le disparità assistenziali legati al genere. Si ritiene pertanto necessario analizzare alcuni PDTA/PSDTA, sulla base di criteri definiti in ottica di genere (si rimanda alla scheda 5.6 per ulteriori approfondimenti) relativi a patologie di largo impatto epidemiologico e socio-economico, quali lo scompenso cardiaco, la broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) ed l'osteoporosi.

<i>Area</i>	Percorsi clinici di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione
<i>Titolo</i>	<i>Ricognizione ed analisi dei PDTA/PSDTA in uso sulla base di criteri definiti in ottica di genere con individuazione dei principali bias: focus su scompenso cardiaco, BPCO e osteoporosi</i>
<i>Principali evidenze/fonti</i>	- D.M. 13 giugno 2019 "Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere" con particolare riguardo alle azioni A.3.1, A.3.2 e A.3.3 - Deliberazione della Giunta Regionale 12 novembre 2021, n. 17-4075 "Recepimento del "Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere" adottato con D.M. 13/06/2019 e definizione dei criteri per la costituzione del Gruppo Tecnico Regionale per la "Medicina di Genere" - Ministero della Salute. Aggiornamento del Decreto 12 dicembre 2001 sul Sistema di Garanzie per il monitoraggio dei livelli di assistenza: valutazione dei percorsi diagnostico terapeutico assistenziali - Ministero della Salute. Decreto 12 marzo 2019. Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria

	- Evidenze scientifiche citate in premessa, reperibili nel capitolo bibliografia
<i>Descrizione (azioni/interventi)</i>	- Organizzazione di un incontro con la Rete dei Referenti aziendali identificando i PDTA/PSDTA in uso relativi a scompenso cardiaco, BPCO ed osteoporosi - Costituzione di un gruppo di lavoro comprendente rappresentanti dei referenti aziendali e regionali per la Medicina di Genere, referenti regionali specialisti per ciascuna patologia - Analisi dei PDTA/PSDTA indicati con revisione dei dati di letteratura, valutazione degli elementi qualificanti il percorso di cura in ottica di genere (epidemiologia, anamnesi, diagnostica, terapie, follow-up e prognosi) - Organizzazione di un incontro di restituzione per la valutazione e la discussione dei risultati con i Referenti Aziendali e Regionali per la MdG - Stesura del documento conclusivo con il coinvolgimento delle Direzioni Aziendali interessate e trasmissione al Settore regionale di competenza
<i>Attori</i>	Rete dei referenti aziendali e regionali per la MdG, Referenti aziendali e regionali specialisti per ciascuna delle patologie selezionate, Direzioni ASR
<i>Destinatari</i>	Regione Piemonte Direzione Sanità - Settore Programmazione dei Servizi sanitari e Socio Sanitari
<i>Obiettivo specifico</i>	Analisi del contenuto dai PDTA delle patologie individuate (scompenso cardiaco, BPCO, osteoporosi) negli aspetti correlati al genere ed individuazione dei bias per una loro successiva eliminazione
<i>Valore atteso</i>	Presenza del documento indicato
<i>Tempi</i>	Entro il 30 giugno 2025

5.8 ELABORAZIONE DI UN DECALOGO PER IL BUON USO DEI PRINCIPALI FARMACI IN OTTICA DI GENERE

Come evidenziato nel Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere la risposta alle terapie riveste un'importanza rilevante in tema di differenze di genere. Alcuni parametri fisiologici (altezza, peso, percentuale di massa magra e grassa, quantità di acqua, pH gastrico) sono differenti nell'uomo e nella donna e condizionano l'assorbimento dei farmaci, il loro meccanismo di azione e la loro successiva eliminazione. Nonostante queste variabili, gli effetti dei farmaci sono stati studiati prevalentemente su soggetti di sesso maschile e il dosaggio nella sperimentazione clinica definito su un uomo del peso di 70kg. Esistono tuttavia casi in cui il "gender gap" è al maschile, come ad es. i farmaci per l'osteoporosi studiati solo nella donna.

Negli ultimi anni si è sviluppata una branca della Farmacologia, cioè la "Farmacologia di Genere" che studia l'influenza delle differenze biologiche e di quelle culturali e socio-economiche sull'effetto dei farmaci in ogni persona, sia in termini di efficacia sia di sicurezza.

Rispetto agli uomini, le donne consumano più farmaci, spesso in politerapia, registrano un maggior numero di eventi avversi perché, in molti casi, le donne hanno concentrazioni di farmaco nel sangue più alte e ciò si riflette in un maggior rischio di reazioni avverse, con conseguente maggiore probabilità di essere ricoverate in ospedale in seguito alle stesse.

Secondo i dati dell'Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali (OsMed) nel 2021 in Italia il 67% delle donne ha ricevuto almeno una prescrizione contro il 58% degli uomini. Queste differenze risultano più marcate nella fascia di età compresa tra i 20 e i 64 anni, in cui le donne sono più esposte all'uso dei farmaci rispetto agli uomini. (OsMed, 2022)

Anche l'efficacia di alcuni farmaci è diversa nei due sessi in quanto uomini e donne rispondono diversamente ai farmaci, perché gli stessi vengono assorbiti ed eliminati in modo diverso o perché ci sono differenze nella sensibilità e distribuzione dei bersagli su cui agiscono queste sostanze.

Dal punto di vista del genere la questione è maggiormente articolata, basti pensare alla diversa percezione del dolore tra donne e uomini legata anche a fattori cognitivi e sociali che sembrano spiegare tali differenze più che fattori ormonali o psicologici. (Racine M et al, 2012)

Pur essendo noto in letteratura (Cirrincione LR et al, 2021; Franconi F et al, 2014; Regitz-Zagrosek V et al, 2012) che, in molti casi, il tipo e la dose di un farmaco prescritto per una data malattia devono essere diversi in funzione non solo del sesso ma anche delle differenze culturali e socio-economiche (genere), tali conoscenze faticano tuttavia ad essere utilizzate nella pratica clinica. Si ritiene pertanto opportuno prevedere un'azione indirizzata ai Medici di Medicina Generale (MMG) e ai Pediatri Di Libera Scelta (PDLS) per fornire loro un decalogo che riporti le principali differenze nella risposta ai farmaci tra popolazione maschile e popolazione femminile, agendo quindi sull'informazione sesso e genere specifica in merito ad efficacia e tossicità dei farmaci.

La presente scheda, analogamente alle altre, ha un approccio molto concreto e pragmatico e mira alla definizione di uno strumento, ispirato ai principi della Farmacologia di Genere, utile nella routine ambulatoriale dei MMG e PDLS.

<i>Area</i>	Percorsi clinici di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione
<i>Titolo</i>	<i>Elaborazione di un decalogo per il buon uso dei principali farmaci in ottica di genere</i>
<i>Principali evidenze/fonti</i>	- D.M. 13 giugno 2019 "Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere" con particolare riguardo alle azioni A.3, A.4 e B.3 - Deliberazione della Giunta Regionale 12 novembre 2021, n. 17-4075 "Recepimento del "Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere" adottato con D.M. 13/06/2019 e definizione dei criteri per la costituzione del Gruppo Tecnico Regionale per la "Medicina di Genere" - Evidenze scientifiche citate in premessa, reperibili nel capitolo bibliografia
<i>Descrizione (azioni/interventi)</i>	- Costituzione del gruppo di lavoro multidisciplinare, con inclusione di rappresentanti dei MMG e PDLS, e definizione del cronoprogramma dei lavori - Analisi e revisione dei dati di letteratura in ottica di genere relativamente ai principali farmaci ad uso di MMG e PDLS - Strutturazione del decalogo di farmaci includendo i principali setting terapeutici - Predisposizione delle procedure per garantire un'adeguata comunicazione e diffusione del decalogo - Predisposizione di un report contenente il feedback da parte di MMG e PDLS a seguito di un periodo di tre mesi di lavoro ambulatoriale con uso del decalogo
<i>Attori</i>	Università Piemontesi, Regione Piemonte, Società scientifiche di settore, Ordini dei Medici, ASR
<i>Destinatari</i>	MMG e PDLS
<i>Obiettivo generale</i>	Implementare l'informazione di MMG e PDLS in merito alle differenze di sesso e genere sulla risposta al trattamento farmacologico
<i>Valore atteso</i>	Presenza dei documenti indicati
<i>Tempi</i>	Entro il 30 giugno 2025

5.9 REALIZZAZIONE DI SPAZI MIRATI DI RIFLESSIONE ORGANIZZATIVA (C.D. "ALBERI DELLE IDEE") E DI ATTIVAZIONE DI PROCESSI DI LAVORO SULLA MEDICINA DI GENERE E L'EQUITÀ CON RIGUARDO A PATOLOGIE NON TRASMISSIBILI

All'interno del Piano nazionale per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere nell'area relativa a "percorsi clinici di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione" viene sottolineata la necessità di *"coinvolgere e responsabilizzare tutte le componenti, dalla persona al macrosistema-salute"* partendo da una *"profonda riflessione sulle tendenze e sugli indirizzi dei servizi e dei professionisti, promuovendo una nuova cultura [...] che dovrà impregnare, al di là delle differenze di ruolo, tutte le scelte di politica sanitaria, le strategie assistenziali, la tipologia dell'organizzazione, l'assetto operativo delle strutture e la conseguente offerta dei servizi"*.

In particolare si dà conto dell'importanza di sviluppare soluzioni innovative di accesso ai servizi, attuando percorsi di presa in carico della persona in un'ottica di genere al fine di favorire maggiore appropriatezza e personalizzazione della cura (obiettivo specifico A.3), nonché di promuovere azioni volte ad applicare un approccio di genere alle politiche sanitarie sul territorio e sulla sicurezza negli ambienti di lavoro (obiettivo specifico A.4).

Viene inoltre evidenziata, nell'obiettivo generale dell'area "ricerca e innovazione", non solo la necessità di promuovere e sostenere la ricerca basata sulle differenze di genere ma anche di trasferire le innovazioni nella pratica clinica (obiettivo specifico B.3).

Si dovrà pertanto tenere conto delle potenzialità e delle criticità presenti nei contesti locali per disegnare progetti di innovazione che affrontino il tema della Medicina di Genere nell'ottica di un paradigma trasformativo del contesto organizzativo, orientato a limitare/annullare le disuguaglianze di salute con un adeguato approccio di sistema per l'equità.

La duplice caratterizzazione (biologica e sociale) della definizione OMS di Medicina di Genere rende peraltro opportuno un approccio nell'individuazione delle priorità che metta insieme le "differenze" e "non differenze" del contesto. Infatti, se sul piano biologico le differenze presenti non vengono spesso riconosciute (cioè sono considerate "non differenze"), sul piano sociale si trovano differenze che invece non dovrebbero esserci in quanto generatrici di disuguaglianze. Saper gestire le "differenze" diventa quindi fondamentale per ridurre le disuguaglianze.

Si ritiene perciò necessario prevedere la realizzazione di appositi spazi di riflessione organizzativa (c.d. "alberi delle idee") che raccontino le varie realtà e possano attivare processi di lavoro ramificati e con solide radici che consentano la discussione, non solo su aspetti clinici specifici, ma soprattutto per ragionare sulle modalità di connessione tra il livello operativo e il livello organizzativo così come tra il livello locale e quello regionale.

<i>Area</i>	Ricerca e Innovazione
<i>Titolo</i>	<i>Realizzazione di spazi mirati di riflessione organizzativa (c.d. "alberi delle idee") e di attivazione di processi di lavoro sulla Medicina di Genere e l'equità con riguardo a patologie non trasmissibili</i>
<i>Principali evidenze/fonti</i>	- D.M. 13 giugno 2019 "Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere" con particolare riguardo agli obiettivi specifici A.3, A.4 e B.3 - Deliberazione della Giunta Regionale 12 novembre 2021, n. 17-4075 "Recepimento del "Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere" adottato con D.M. 13/06/2019 e definizione dei criteri per la costituzione del Gruppo Tecnico Regionale per la Medicina di Genere"
<i>Descrizione</i>	- Predisposizione di iniziative di raccordo con le Direzioni aziendali, i

<i>(azioni/interventi)</i>	Referenti regionali e la rete dei Referenti aziendali per la MdG - Individuazione dei soggetti promotori, obiettivi, priorità, criteri di scelta delle patologie (es. contesto, rilevanza, bisogni, impatto organizzativo, ecc.) - Costituzione dei gruppi di lavoro multidisciplinari per singola area omogenea e definizione dei cronoprogrammi - Ideazione/progettazione con perfezionamento dell'approccio teorico-pratico in una logica di valorizzazione delle differenze come trasformazione organizzativa - Realizzazione del progetto, definizione delle azioni migliorative con valutazione di impatto nel suo complesso (e non solo come singole dimensioni di vulnerabilità) e come plusvalore alla programmazione e ad una pianificazione più equa - Stesura dei report conclusivi con individuazione dei principali aspetti su cui sia possibile agire concretamente ed operativamente e successiva trasmissione ai competenti Uffici regionali
<i>Attori</i>	Direzioni ASR, Rete dei referenti aziendali per la Medicina di Genere, Atenei piemontesi
<i>Destinatari</i>	Operatori sanitari ASR, Direzione Sanità - Settore Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio Sanitari
<i>Obiettivo specifico</i>	Individuare gli elementi su cui sia possibile agire concretamente in una logica trasformativa del contesto organizzativo orientata a limitare/annullare le disuguaglianze di salute attraverso la creazione di spazi mirati di riflessione organizzativa sulla MdG e sull'equità con riguardo a patologie non trasmissibili
<i>Valore atteso</i>	Realizzazione di almeno uno spazio di riflessione organizzativa per area omogenea su una patologia non trasmissibile con presenza dei relativi report
<i>Tempi</i>	Entro il 31 dicembre 2025

5.10 REALIZZAZIONE DI PROGETTUALITÀ CONDIVISE TRA UNIVERSITÀ E AZIENDE SANITARIE REGIONALI INERENTI PREMI PER LA RICERCA, TESI E PUBBLICAZIONI SCIENTIFICHE IN TEMA DI MEDICINA DI GENERE

La ricerca scientifica in ottica di genere, sia essa preclinica o clinica, è oramai imprescindibile per studiare e identificare i meccanismi fisiopatologici alla base delle differenze di genere che dovranno poi essere trasferiti nella pratica assistenziale. Le attività di ricerca sia in campo medico sia in campo farmacologico sono indispensabili per far emergere e meglio comprendere le differenze nella sintomatologia, nella prognosi e nella risposta alle terapie. L'implementazione della ricerca in materia di Medicina di Genere ha lo scopo di promuovere lo sviluppo di una medicina di precisione e personalizzata, fondata sull'appropriatezza degli interventi sanitari nel rispetto dell'Evidence Based Medicine.

Il Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere prevede una serie di azioni per promuovere e diffondere ricerca ed innovazione sulla Medicina di Genere che richiedono la realizzazione di progettualità condivise tra la Direzione Sanità della Regione Piemonte, le Aziende Sanitarie Regionali e le Università Piemontesi, Università di Torino (UniTO) e Università del Piemonte Orientale (UPO). Tali progettualità su tematiche di ricerca si potrebbero configurare come bandi competitivi ad hoc sulla MdG, oppure la realizzazione di tesi di laurea dedicate al tema, da realizzarsi in Corsi di Laurea (CDS) sanitari, nonché la predisposizione di pubblicazioni scientifiche dedicate alla Medicina di Genere.

Si ritiene pertanto necessario prevedere un'apposita azione sia per aumentare conoscenze e sensibilità verso le tematiche di MdG all'interno delle ASR in collaborazione con gli Atenei di riferimento per territorio sia per implementare l'attività pubblicativa scientifica in ambito di MdG.

<i>Area</i>	Ricerca e Innovazione
<i>Titolo</i>	<i>Realizzazione di progettualità condivise tra Università e Aziende Sanitarie Regionali inerenti premi per la ricerca, tesi e pubblicazioni scientifiche in tema di Medicina di Genere</i>
<i>Principali evidenze/fonti</i>	- D.M. 13 giugno 2019 "Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere" con particolare riguardo agli obiettivi specifici A.3, B.1, B.2, B.3, C.2 e D.2 - Deliberazione della Giunta Regionale 12 novembre 2021, n. 17-4075 "Recepimento del "Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere" adottato con D.M. 13/06/2019 e definizione dei criteri per la costituzione del Gruppo Tecnico Regionale per la Medicina di Genere"
<i>Descrizione (azioni/interventi)</i>	- Predisposizione e attivazione delle procedure per: 1) promuovere la realizzazione di tesi di laurea su MdG nei diversi CDS delle Professioni Sanitarie e nel CDS di Medicina appartenenti ai 2 atenei piemontesi. 2) istituire un premio annuale alla miglior ricerca e/o tesi di laurea sulla MdG. Il premio può derivare da contributi congiunti di Università, Fondazioni private, company farmaceutiche. Da configurare come un bando competitivo per ricercatori età <= 35 anni su tematiche di interesse della MdG.
<i>Attori</i>	AOU Città della Salute + ASL Città di Torino (1 premio) (UniTO) AOU Maggiore Novara + ASL Novara (1 premio) (UPO) AOU S. Luigi + ASL TO3 (1 premio) (UniTO)

	ASO Alessandria + ASL Alessandria (1 premio) (UPO)
<i>Destinatari</i>	Laureati e Laureandi in Medicina e nei CDS delle professioni sanitarie (triennali e magistrali) che operano nella strutture sopra-riportate, Ricercatori UniTO e UPO
<i>Obiettivo specifico</i>	- Aumentare conoscenze e sensibilità verso tematiche di MdG all'interno delle ASR in collaborazione con gli Atenei di riferimento per territorio; - Implementare l'attività scientifica su tematiche di MdG
<i>Valore atteso</i>	Almeno una pubblicazione scientifica e un premio sulla MdG per ciascuno degli attori coinvolti
<i>Tempi</i>	Entro il 31 dicembre 2024 (50% dei valori indicati) Entro il 31 dicembre 2025 (100%)

5.11 REALIZZAZIONE DI UNO STRUMENTO REGIONALE DI ACCESSO ORGANICO E SISTEMATICO ALLE INFORMAZIONI E ALLE CONOSCENZE UTILI IN TEMI DI MEDICINA DI GENERE SUL SITO DELLA BIBLIOTECA VIRTUALE DELLA SALUTE PIEMONTE (BVS-P)

Il D.M. 13 giugno 2019, all'interno degli obiettivi specifici A.1, C.1 e D.2, prevede una serie di azioni per promuovere e diffondere la cultura della Medicina di Genere quali la realizzazione di spazi web dedicati alla documentazione di buone pratiche (punto A.1.2), la pianificazione di attività formative anche attraverso l'uso di biblioteche multimediali di genere (punto C.1.3) nonché la predisposizione e disponibilità di risorse informative online sulle differenze di genere nella prevenzione, diagnosi e cura delle malattie (punti D.2.1 e D.2.2).

Per l'attuazione delle azioni indicate è necessario realizzare uno strumento regionale di accesso organico e sistematico alle informazioni e alle conoscenze utili in tema di Medicina di Genere attraverso l'utilizzo della Biblioteca Virtuale della Salute Piemonte (BVS-P).

La BVS-P è una biblioteca digitale, istituita nel 2009 con D.G.R. n. 34-12339 del 12/10/2009, a beneficio degli operatori delle Aziende Sanitarie Regionali e di ARPA Piemonte. Il suo scopo principale è quello di fornire informazioni scientifiche a supporto dell'assistenza sanitaria, dell'aggiornamento professionale e della ricerca.

Con DGR n. 57-4531 del 29 dicembre 2016 è stata, tra l'altro, rivista la struttura e le funzioni della BVS-P e, considerato il progressivo consolidamento nel tempo della rete dei referenti aziendali, è stata recentemente formalizzata (D.D. 10 marzo 2023, n. 548) la costituzione della "Rete delle Biblioteche, dei Centri di Documentazione e dei Referenti della BVS-P presso le ASR e ARPA". Anche tale rete è organizzata per aree omogenee e il coordinamento è affidato allo staff della BVS-P.

La BVS-P rappresenta un significativo e strategico strumento per la cultura e l'aggiornamento professionale e consente a tutti gli operatori di consultare gratuitamente articoli scientifici, banche dati, linee guida e testi sui temi della salute e dell'ambiente, promuovendo la medicina basata sulle evidenze e la formazione nel campo della ricerca bibliografica, nonché la valutazione critica della letteratura scientifica.

Negli anni la BVS-P ha consentito di razionalizzare le potenzialità dei servizi bibliotecari e favorito la condivisione e il trasferimento delle informazioni. Ha inoltre operato per raggiungere economie nell'acquisto e nella gestione delle risorse bibliografiche elettroniche, per migliorare le clausole contrattuali e consentire ad un crescente numero di operatori di fruire delle risorse bibliografiche necessarie, con positivi riscontri nel tempo da parte dei numerosi utilizzatori.

Si ritiene pertanto che la BVS-P costituisca la sede naturale per la realizzazione di un'area tematica dedicata alla Medicina di Genere, con un'organizzazione complessiva coerente di natura semantica e tematica, facilmente accessibile alla comunità degli operatori sanitari e a chiunque ne sia interessato.

<i>Area</i>	Formazione e aggiornamento professionale
<i>Titolo</i>	<i>Realizzazione di uno strumento regionale di accesso organico e sistematico alle informazioni e alle conoscenze utili in tema di Medicina di Genere sul sito della Biblioteca Virtuale della Salute Piemonte (BVS-P)</i>
<i>Principali evidenze/fonti</i>	- D.M. 13 giugno 2019 "Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere" con particolare riguardo alle azioni A.1.2, C.1.3, D.2.1

	e D.2.2 riferite agli obiettivi specifici A.1, C.1 e D.2 - Deliberazione della Giunta Regionale 12 novembre 2021, n. 17-4075 "Recepimento del "Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere" adottato con D.M. 13/06/2019 e definizione dei criteri per la costituzione del Gruppo Tecnico Regionale per la Medicina di Genere" - Deliberazione della Giunta Regionale 12 ottobre 2009, n. 34-12339 "Istituzione della "Biblioteca Virtuale per la Salute - Piemonte (BVS-P)" - Deliberazione della Giunta Regionale 29 dicembre 2016, n. 57-4531 "Biblioteca Virtuale per la Salute - Piemonte (BVS-P) - Nuove disposizioni e revoca delle D.G.R. n. 34-12339 del 12.10.2009; DGR n. 29-13525 del 16.3.2010, DGR n. 26-5080 del 18.12.2012, DGR n. 32-6648 del 11.11.2013, DGR n. 34 - 2054 del 01.09.2015, DGR n. 13-2794 del 11.01.2016" - Deliberazione della Giunta Regionale 25 marzo 2022, n. 5-4807 "Biblioteca Virtuale per la Salute del Piemonte (BVS-P) - Integrazione per l'anno 2022 finanziamento delle risorse dedicate agli studenti dei Corsi di Laurea delle professioni sanitarie tirocinanti presso le ASSR di cui alla Deliberazione della Giunta Regionale n. 5-1953 del 18 settembre 2020 - Definizione finanziamento anni 2023 e 2024" - D.D. 10 marzo 2023, n. 548 "Costituzione, ai sensi della DGR n. 57-4531 del 29 dicembre 2016, della Rete delle Biblioteche, dei Centri di Documentazione e dei Referenti della BVS-P presso le ASR e ARPA"
<i>Descrizione (azioni/interventi)</i>	- Selezione e messa a disposizione, attraverso la predisposizione di un'area tematica dedicata sul sito web della BVS-P, delle risorse di qualità (articoli scientifici, banche dati, riferimenti, indici, ecc.) in tema di MdG. Le risorse saranno disponibili nel rispetto dei vincoli legati al copyright e facilmente accessibili a tutte le persone interessate e non solo agli operatori sanitari regionali - Integrazione dell'area tematica dedicata alla MdG con il collegamento ad articoli scientifici, report e dati riferibili ad Autori affiliati al Servizio Sanitario Regionale (SSR) al fine di promuovere la conoscenza e il confronto sugli studi realizzati all'interno della Regione - Utilizzabilità di evidenze scientifiche, formazione nel campo della ricerca bibliografica e valutazione critica della letteratura scientifica per favorire la consapevolezza sulle differenze di genere in sanità e promuovere una cultura della MdG basata sulle evidenze - Fornitura di alcuni servizi accessori quali l'orientamento sui contenuti, le informazioni sul migliore utilizzo dei metodi di ricerca implementati e le risorse bibliografiche richieste dagli utenti - Progettazione e conduzione di percorsi di formazione dedicati allo sviluppo della competenza informativa degli utenti della BVS-P, intesa come capacità di ricerca bibliografica indipendente, di analisi, valutazione critica, riuso efficace delle diverse fonti informative al fine di produrre nuova conoscenza sulla MdG - Costruzione di un sistema di consultazione e suggerimento di contenuti da parte di tutti gli utilizzatori dell'area tematica, utile non solo per l'accesso e il recupero di informazioni e documenti, ma anche per un lavoro comunicativo e collaborativo tra la BVS-P e i suoi fruitori e tra i fruitori stessi - Decontestualizzazione dell'informazione sulla MdG con allargamento del bacino di utenza per renderla accessibile, non solo alla comunità degli operatori sanitari, ma a chiunque ne sia interessato.

<i>Attori</i>	Regione Piemonte - Direzione Sanità
<i>Destinatari</i>	Aziende Sanitarie Regionali, Università e cittadinanza
<i>Obiettivo specifico</i>	Costruire un'area tematica dedicata alla MdG sul sito della BVS-P, con un'organizzazione complessiva coerente di natura semantica e tematica, facilmente accessibile alla comunità degli operatori sanitari e a chiunque ne sia interessato
<i>Valore atteso</i>	Disponibilità online dell'area tematica dedicata alla MdG sul sito della BVS-P
<i>Tempi</i>	Entro il 31 dicembre 2023

5.12 POTENZIAMENTO DELLE AZIONI VOLTE ALL'INSERIMENTO DELLA MEDICINA DI GENERE NEI PIANI FORMATIVI AZIENDALI

Nell'area "Formazione ed aggiornamento professionale" il Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere prevede l'obiettivo generale di *"garantire adeguati livelli di formazione e di aggiornamento di tutto il personale medico e sanitario in tema di Medicina di Genere"*. La realizzazione di attività formative dedicate agli operatori sanitari è "strumento essenziale" per il miglioramento professionale e costituisce il presupposto per la corretta applicazione della MdG in sanità.

In particolare l'obiettivo specifico C.2 sottolinea l'importanza della promozione della consapevolezza sulle differenze di genere in ambito sanitario al fine di trasferire nelle attività professionali le acquisizioni e le competenze maturate, mentre l'obiettivo C.1 sottolinea l'importanza di costruire ed utilizzare strumenti dedicati alla formazione in MdG che siano efficaci e replicabili. All'interno di quest'ultimo sono contenute una serie di azioni quali la previsione nei piani formativi regionali e aziendali della MdG (C.1.1 e C.1.2), la pianificazione di attività formative (C.1.3) e la costruzione di strumenti formativi innovativi (C.1.4). Nel Piano viene altresì prevista la predisposizione di una relazione annuale sulle attività formative svolte con evidenza di punti forza e debolezza (C.2.2) e l'attivazione di corsi ECM obbligatori (C.2.1).

Il Piano Formativo Nazionale per la Medicina di Genere (in attuazione dell'art. 3, comma 4, della Legge 3/2018) adottato con D.M. dell'11 aprile 2023 afferma che le Regioni e le Aziende Sanitarie devono avere un ruolo cruciale nella diffusione capillare della formazione e dell'aggiornamento in MdG tra i professionisti tramite i piani di formazione regionali e aziendali. Tali interventi formativi, al fine di garantire una piena implementazione delle conoscenze acquisite per indurre una modifica della pratica assistenziale, devono essere diffusi e sostenuti nel tempo.

A partire dall'anno 2019 la Regione Piemonte ha previsto l'inserimento della Medicina di Genere tra gli obiettivi formativi prioritari nelle linee di indirizzo alle Aziende Sanitarie Regionali sugli obiettivi regionali di formazione del personale. Tale obiettivo, indirizzato anche ai Medici di Medicina Generale e ai Pediatri di Libera Scelta è stato confermato negli anni successivi (da ultimo con D.D. n. 2629 del 27/12/2022).

Il recente (2022) monitoraggio delle attività in MdG nelle Aziende piemontesi (già citato nella premessa della scheda di azione n. 4 a cui si rimanda per eventuali approfondimenti) ha tuttavia messo in luce, alla voce "presenza della Medicina di Genere nei piani formativi aziendali relativi al triennio 2019-2021", un'importante disomogeneità nell'applicazione delle summenzionate linee di indirizzo con varie Aziende che non hanno dato corso alle indicazioni regionali.

E' pertanto necessario provvedere ad un potenziamento delle azioni per garantire l'inserimento della MdG nei Piani formativi aziendali al fine di favorire e consolidare il processo di crescita individuale e della collettività scientifica, rendendo gli operatori sanitari maggiormente consapevoli della centralità della MdG nei processi di prevenzione, diagnosi e cura, che tendono ad una medicina personalizzata attenta anche ai determinanti biologici e sociali.

Al fine di promuovere la consapevolezza sulle differenze di genere per trasferire nelle attività professionali le acquisizioni e le competenze maturate, è altresì opportuno prevedere una puntuale analisi dei punti di forza e di debolezza delle attività formative svolte in modo da poter predisporre adeguati correttivi e piani di miglioramento delle stesse.

<i>Area</i>	Formazione e aggiornamento professionale
<i>Titolo</i>	<i>Potenziamento delle azioni volte all'inserimento della Medicina di Genere nei Piani formativi aziendali</i>
<i>Principali evidenze/fonti</i>	- D.M. 13 giugno 2019 "Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere" con particolare riguardo alle azioni C.1.1, C.1.2, C.1.3, C.1.4, C.2.1 e C.2.2. riferite agli obiettivi specifici C.1 e C.2 - D.M. 11 aprile 2023 "Piano Formativo Nazionale per la Medicina di Genere" - Deliberazione della Giunta Regionale 12 novembre 2021, n. 17-4075 "Recepimento del "Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere" adottato con D.M. 13/06/2019 e definizione dei criteri per la costituzione del Gruppo Tecnico Regionale per la Medicina di Genere" - Determinazione Dirigenziale n. 2629 del 27/12/2022 avente ad oggetto il "Sistema di governo regionale per la formazione continua in sanità - Approvazione delle linee di indirizzo regionali su obiettivi formativi ECM - anno 2023"
<i>Descrizione (azioni/interventi)</i>	- Predisposizione di iniziative di raccordo con le ASR e la rete dei Referenti aziendali per la MdG per sostenere il regolare inserimento della MdG nei piani formativi aziendali, in linea con gli indirizzi regionali sugli obiettivi formativi prioritari trasmessi annualmente alle ASR, valutando l'eventuale obbligatorietà dei corsi ECM da attivare - Maggiore coinvolgimento della rete dei Referenti aziendali e, a cascata, dei gruppi tecnici aziendali sulla necessità di creare alleanze trasversali e sinergie per formulare proposte formative a livello locale da estendere, se possibile, quantomeno a livello di area omogenea in modo da facilitare la condivisione di uno strumento essenziale per la crescita e il miglioramento professionale - Implementazione di processi di audit con la rete dei Referenti aziendali con analisi dei punti di forza/debolezza e delle azioni di miglioramento in tema di formazione ed aggiornamento professionale - Supporto alla rete dei Referenti aziendali per la programmazione di attività formative anche con il supporto della BVS-P, la facilitazione nella costruzione di percorsi condivisi con altre realtà aziendali, la verifica dei fattori capaci di influenzare il successo delle attività formative, il monitoraggio e la rendicontazione delle attività - Raccolta e ricognizione dei piani formativi aziendali - Predisposizione di una relazione annuale sulle attività formative svolte dalle ASR con evidenza di punti forza/debolezza
<i>Attori</i>	Regione Piemonte - Direzione Sanità
<i>Destinatari</i>	Aziende Sanitarie Regionali
<i>Obiettivo specifico</i>	Migliorare l'inclusione della MdG nei Piani formativi aziendali al fine di garantire un'adeguata realizzazione di percorsi di formazione e aggiornamento professionale per il personale operante nel SSR, inclusi i MMG e i PDLS
<i>Valore atteso</i>	Presenza di almeno un evento formativo in tema di MdG per ambito territoriale e almeno uno con il coinvolgimento delle altre Aziende di area omogenea in tutti i piani formativi delle ASR
<i>Tempi</i>	Entro il 31 dicembre 2024

5.13 PREDISPOSIZIONE DI UNA PROPOSTA, IN COLLABORAZIONE CON I RAPPRESENTANTI DEGLI ATENEI PIEMONTESI, PER PROMUOVERE E SOSTENERE L'INSEGNAMENTO DELLA MEDICINA DI GENERE NEI CORSI UNIVERSITARI

Nel Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere, nell'incipit dell'area "Formazione ed aggiornamento professionale", si afferma che *"la necessità che la Medicina di Genere entri a far parte a pieno titolo dei percorsi formativi di ogni ordine e grado è convinzione irrinunciabile e condivisa dalla comunità scientifica"*.

Il recente "Piano Formativo Nazionale per la Medicina di Genere" evidenzia il ruolo fondamentale delle Università nella formazione in MdG potendo integrare la dimensione di genere nei contenuti della didattica, della ricerca e dell'innovazione, al fine di migliorare la qualità scientifica e la diffusione delle conoscenze e delle tecnologie. Viene precisato che l'Università ha il compito di formare sugli aspetti della MdG gli studenti in tutte le fasi del loro percorso di laurea e post-laurea, con particolare riferimento ai corsi in area biomedica.

In Piemonte è attiva una Commissione paritetica Regione-Università quale organo con compiti propositivi per la predisposizione dei protocolli d'intesa tra Giunta regionale ed Università nel rispetto delle specifiche finalità istituzionali. Tale Commissione è stata riconfermata dall'art. 9 della Legge regionale 6 agosto 2007, n. 18 e può rappresentare una sede privilegiata per il raggiungimento delle intese tra gli Enti indicati mediante la predisposizione di appositi protocolli.

La composizione della Commissione Paritetica Regione-Università è stata recentemente aggiornata con D.G.R. n. 6-6592 del 13 marzo 2023.

I Protocolli d'Intesa tra la Regione Piemonte e gli Atenei piemontesi (Università degli Studi di Torino e Università degli Studi del Piemonte Orientale) attualmente vigenti sono stati siglati nel 2018 e nel 2022 con D.G.R. n. 29-6659 del 23 marzo 2018 e n. 10-4695 del 25 febbraio 2022.

Sulla base di quanto esposto si ritiene necessario attivare, nel rispetto delle differenti autonomie ordinamentali e delle specifiche finalità istituzionali, una specifica collaborazione ed un coordinamento delle istituzioni indicate per prevedere l'integrazione dei percorsi universitari e l'adeguamento dei programmi di insegnamento nelle Università piemontesi al fine di promuovere conoscenza e consapevolezza sull'importanza delle differenze di genere in sanità.

Vista la necessità di procedere per step, si provvederà ad elaborare preliminarmente una proposta, propedeutica alla predisposizione degli atti successivi (protocolli di intesa) da sottoporre all'attenzione della Commissione Paritetica Regione-Università per le valutazioni di competenza.

<i>Area</i>	Formazione e aggiornamento professionale
<i>Titolo</i>	<i>Predisposizione di una proposta, in collaborazione con i rappresentanti degli Atenei piemontesi, per promuovere e sostenere l'insegnamento della Medicina di Genere nei corsi universitari</i>
<i>Principali evidenze/fonti</i>	- D.M. 13 giugno 2019 "Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere" con particolare riguardo alle azioni C.1.3 e C.1.4 riferite agli obiettivi specifici C.1 e C.2 - D.M. 11 aprile 2023 "Piano Formativo Nazionale per la Medicina di Genere" - Deliberazione della Giunta Regionale 12 novembre 2021, n. 17-4075

	"Recepimento del "Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere" adottato con D.M. 13/06/2019 e definizione dei criteri per la costituzione del Gruppo Tecnico Regionale per la Medicina di Genere" - Deliberazione della Giunta Regionale 25 febbraio 2022, n. 10-4695 "D.Lgs. n. 502/1992, articolo 6, comma 3. Approvazione dello schema di Protocollo d'Intesa con l'Università degli Studi di Torino e l'Università degli Studi del Piemonte Orientale per l'attivazione dei Corsi di Laurea e di Laurea Magistrale delle Professioni sanitarie. Anni Accademici 2021-2022, 2022-2023 e 2023-2024" - Deliberazione della Giunta Regionale 2 marzo 2023, n. 6-6592 "Ridefinizione della composizione della Commissione Paritetica Regione-Università ex art. 5, L.R. n. 10/1995 ed art. 9, L.R. n. 18/2007. Individuazione dei nuovi componenti" - Deliberazione della Giunta Regionale 23 marzo 2018, n. 29-6659 "Art. 6, comma 2 del D.Lgs. n. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i. - Approvazione degli schemi di Protocollo d'Intesa tra la Regione Piemonte e l'Università degli Studi di Torino e tra la stessa Regione e l'Università degli Studi del Piemonte Orientale e dei relativi Accordi Attuativi tra Università e Azienda Sanitaria per le Scuole di Specializzazione di area sanitaria"
<i>Descrizione (azioni/interventi)</i>	- Predisposizione di iniziative di raccordo con i due Atenei piemontesi per identificare i rappresentanti con cui aprire un confronto sulla implementazione dell'insegnamento della MdG con integrazione dei percorsi universitari e adeguamento dei programmi di insegnamento - Elaborazione di una proposta condivisa - Presentazione della proposta in Commissione Paritetica Regione-Università per le valutazioni di competenza propedeutiche alla predisposizione degli atti successivi (protocolli di intesa)
<i>Attori</i>	Regione Piemonte - Direzione Sanità
<i>Destinatari</i>	Atenei piemontesi, Commissione Paritetica Regione-Università
<i>Obiettivo specifico</i>	Elaborare una proposta, attivando una specifica collaborazione ed un coordinamento istituzionale con gli Atenei piemontesi, per promuovere e sostenere l'insegnamento della MdG nei corsi universitari attraverso la stipula di appositi protocolli d'intesa
<i>Valore atteso</i>	Presenza della proposta indicata
<i>Tempi</i>	Entro il 30 giugno 2024

5.14 ATTIVAZIONE DI COLLABORAZIONI CON ORDINI PROFESSIONALI E/O SOCIETÀ SCIENTIFICHE INERENTI ATTIVITÀ FORMATIVE E GRUPPI DI STUDIO IN TEMA DI MEDICINA DI GENERE

La necessità che la Medicina di Genere entri a far parte dei percorsi formativi di ogni ordine e grado è convinzione irrinunciabile e condivisa dalla comunità scientifica. Oramai non è più procrastinabile l'inserimento di questa tematica trasversale nei programmi accademici e nei piani formativi aziendali.

E' importante potenziare la rete territoriale e creare alleanze scientifiche per trasferire i risultati della ricerca sul territorio e attuare una formazione continua del personale operante in sanità.

La realizzazione di attività formative dedicate agli operatori sanitari è uno strumento essenziale per il miglioramento professionale e costituisce il presupposto per la corretta applicazione e introduzione della Medicina di Genere.

Il Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere prevede quindi azioni di divulgazione, formazione e aggiornamento professionale dedicati ai professionisti della salute che richiedono la realizzazione di progettualità comuni tra Regione (Direzione Sanità), ASR, Ordini Professionali e Società Scientifiche interessate alle tematiche di salute in ottica di genere.

Il recente Piano Formativo Nazionale per la Medicina di Genere (D.M. 11/04/2023) sottolinea il ruolo cruciale delle Regioni e delle Aziende Sanitarie nella diffusione capillare della formazione e dell'aggiornamento in MdG tra i professionisti anche attraverso il coinvolgimento degli Ordini professionali e delle Società scientifiche.

Si rende quindi necessario incrementare conoscenza e sensibilità sul tema della MdG rivolto agli iscritti di Ordini professionali e soci delle Società scientifiche interessate al fine di rendere ciascun discente consapevole della centralità della Medicina di Genere nei processi di prevenzione, diagnosi e cura che tendono ad una medicina personalizzata attenta anche ai determinanti biologici e sociali.

<i>Area</i>	Formazione e aggiornamento professionale
<i>Titolo</i>	<i>Attivazione di collaborazioni tra Aziende Sanitarie Regionali, Ordini professionali e/o Società scientifiche inerenti attività formative e gruppi di studio in tema di Medicina di Genere</i>
<i>Principali evidenze/fonti</i>	- D.M. 13 giugno 2019 "Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere" con particolare riguardo agli obiettivi specifici A.1, A.3, A.4, B.3, C.2 e D.2 - D.M. 11 aprile 2023 "Piano Formativo Nazionale per la Medicina di Genere" - Deliberazione della Giunta Regionale 12 novembre 2021, n. 17-4075 "Recepimento del "Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere" adottato con D.M. 13/06/2019 e definizione dei criteri per la costituzione del Gruppo Tecnico Regionale per la Medicina di Genere"
<i>Descrizione (azioni/interventi)</i>	Predisposizione e attivazione delle procedure per: 1) l'organizzazione di giornate di formazione obbligatorie sulla MdG in Piemonte attraverso corsi itineranti nelle aree omogenee della Regione: incontri annuali di formazione sui diversi temi della MdG, problematiche

	emergenti, criticità e “unmeet need” in MdG 2) attivazione corsi formazione ECM (sia residenziali che in modalità FAD) attraverso gli Ordini dei Medici (almeno 1 in Regione) e/o Ordini professioni sanitarie (almeno 1 in Regione) 3) attivazione gruppi di studio per area omogenea (almeno su 1 sede regionale) con attivazione di progetti di ricerca genere-specifici con il coinvolgimento diretto degli Ordini Professionali e delle Società Scientifiche
<i>Attori</i>	Referenti aziendali MdG, Ordini Professionali e Consigli direttivi delle Società Scientifiche interessate
<i>Destinatari</i>	Dipendenti ASR, Iscritti agli Ordini professionali delle diverse professioni, Soci delle Società scientifiche.
<i>Obiettivo specifico</i>	Promuovere la consapevolezza sulle differenze di genere in ambito sanitario al fine di trasferire nelle attività professionali le acquisizioni e le competenze maturate nel percorso di formazione
<i>Valore atteso</i>	Almeno una giornata di formazione obbligatoria in MdG con le modalità indicate Almeno un corso di formazione ECM attraverso i citati Ordini professionali Almeno un’attivazione di gruppo di studio in MdG/area omogenea
<i>Tempi</i>	Entro il 31 dicembre 2024

5.15 CENSIMENTO SUL PERSONALE DOCENTE DELL'UNIVERSITÀ DI TORINO E DEI PRINCIPALI ORDINI PROFESSIONALI IN MERITO ALL'ADOZIONE DI NOZIONI DI MEDICINA DI GENERE IN CORSI DI DIDATTICA E AGGIORNAMENTO

Il Piano per l'applicazione e la diffusione della MdG, nell'area di intervento "Formazione e aggiornamento professionale", prevede una serie di obiettivi specifici relativi a garantire adeguati livelli di formazione e di aggiornamento di tutto il personale medico e sanitario in tema di MdG. Nello specifico, costruire, validare e utilizzare strumenti dedicati alla formazione in MdG (C.1), che siano efficaci e replicabili e promuovere la consapevolezza sulle differenze di genere in ambito sanitario al fine di trasferire nelle attività professionali le acquisizioni e le competenze maturate (C.2).

Come è già stato anticipato, nel mese di aprile 2023 è stato emanato il "Piano Formativo Nazionale per la Medicina di Genere", nell'intento di favorire la promozione e il sostegno dei relativi percorsi formativi, assicurando adeguati livelli di formazione e di aggiornamento di tutto il personale medico e sanitario, al fine di fornire un indirizzo coordinato e sostenibile per diffondere la MdG sul territorio nazionale e garantire la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni erogate dal SSN.

Tutte le azioni sopracitate devono comunque inserirsi in un contesto sia accademico, dunque di formazione, sia aziendale, dunque di aggiornamento professionale, in cui le informazioni di base sulla struttura dei corsi in essere siano già note e condivise. E' pertanto necessario provvedere all'attuazione di un censimento sul personale docente, universitario e non, che si occupa di formazione e di aggiornamento professionale, volto a comprendere se tali docenti già includano nei programmi dei loro corsi nozioni in ambito di MdG.

La realizzazione di tale censimento è passo preliminare, oltre che fondante, al fine di colmare lacune esistenti e favorire il miglioramento dell'attività per chi già inserisce nei propri corsi nozioni di MdG.

In prima battuta, e come modello eventualmente replicabile, si propone di coinvolgere il personale docente dell'Università di Torino ed il personale docente appartenente ai tre principali ordini professionali piemontesi e cioè l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, l'Ordine delle Professioni Infermieristiche e l'Ordine dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica (TSRM) e delle Professioni Sanitarie Tecniche, della Riabilitazione e della Prevenzione (PSTRP).

Successivamente si valuterà l'estensione di tale indagine sul personale dell'Università del Piemonte Orientale e sul personale appartenente ad altri Ordini professionali, fino a censire nel tempo l'attività dell'intero panorama di docenti sul territorio regionale.

Area	Formazione e aggiornamento professionale
Titolo	<i>Censimento sul personale docente dell'Università di Torino e dei principali Ordini professionali in merito all'adozione di nozioni di Medicina di Genere in corsi di didattica ed aggiornamento</i>
Principali evidenze/fonti	- D.M. 13 giugno 2019 "Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere" con particolare riguardo agli obiettivi specifici C.1 e C.2 - D.M. 11 aprile 2023 "Piano formativo nazionale per la Medicina di Genere" - Deliberazione della Giunta Regionale 12 novembre 2021, n. 17-4075 "Recepimento del "Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere" adottato con D.M. 13/06/2019 e definizione dei criteri per la costituzione del Gruppo Tecnico Regionale per la Medicina di Genere"
Descrizione (azioni/interventi)	- Progettazione e predisposizione del questionario on line - Invio dei questionari e raccolta delle risposte - Elaborazione e analisi dei risultati con produzione del relativo report

<i>Attori</i>	Università di Torino, Referenti regionali per la MdG
<i>Destinatari</i>	Personale docente UniTo, Professionisti degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, delle Professioni Infermieristiche e dei TSRM/PSTRP
<i>Obiettivo generale</i>	Censire i corsi in cui vengono attualmente condivise nozioni di MdG in corsi di didattica e di aggiornamento professionale
<i>Valore atteso</i>	Presenza del report relativo alla mappatura del personale docente Unito e dei professionisti appartenenti agli Ordini indicati in merito all'erogazione di didattica in ambito di MdG
<i>Tempi</i>	Entro il 31 dicembre 2024

5.16 INDAGINE SULLA CONOSCENZA DEL PERSONALE SANITARIO IN MERITO ALLE DIFFERENZE DI GENERE NELLA SALUTE

Il D.M. 13 giugno 2019, nell'Area di intervento D "Comunicazione e Informazione", prevede come obiettivo generale "la promozione della conoscenza della Medicina di Genere presso tutti gli operatori della sanità e la popolazione in generale, coinvolgendo il mondo del giornalismo e dei media."

All'interno degli obiettivi specifici, il Piano nazionale prevede una serie di azioni tra le quali è prevista l'informazione e la sensibilizzazione dei professionisti sanitari e dei ricercatori sull'importanza di un approccio di genere in ogni settore della medicina (D.2) affinché, una volta sensibilizzati e informati, diventino partner essenziali nella promozione della Medicina di Genere e contribuiscano a garantire una corretta informazione della popolazione generale.

Il percorso di diffusione della Medicina di Genere si articola significativamente a partire dal 2012, con crescenti iniziative di formazione, ricerca, disseminazione dei risultati sul territorio nazionale. Inizia ad emergere anche il tema della formazione, in particolare dei giovani medici. Nel 2013, nell'ambito del convegno nazionale "Genere, sociologia e Università" promosso dall'Università di Roma Tre è stata presentata la ricerca "La formazione universitaria e post-universitaria gender sensitive in Italia". Dai dati riferiti all'anno accademico 2011-12, su un campione di 57 Atenei pubblici, è stato rilevato che solamente 16 Atenei avevano attivato corsi sul genere (cioè lo 0,001% dell'intera offerta formativa universitaria italiana), il 20% dei quali nell'area della medicina. (Antonelli F et al, 2013)

Nel 2011 una survey promossa e sviluppata dal GISeG (Gruppo Italiano Salute e Genere) sulla "Conoscenza, rilevanza e prospettive della Medicina di Genere in Italia", con l'obiettivo di valutare la percezione, in termini di conoscenza, rilevanza e implicazioni, della Medicina di Genere da parte dei decisori e dei professionisti della salute, ha analizzato un campione di 570 operatori sanitari evidenziando come le principali difficoltà siano riconducibili alla sottovalutazione e alla scarsa consapevolezza della materia da parte degli intervistati. E' emersa inoltre l'aspettativa di poter fruire di formazione specifica, soprattutto quella post-base. (GISeG, 2011)

Una survey più recente (2022) dell'Università di Torino ha evidenziato come tra gli studenti del corso di Laurea di Infermieristica (n. 172) e tra gli infermieri già attivi nel mondo del lavoro (n. 251) ci sia grande interesse nei confronti dell'argomento che, tuttavia, risulta essere ancora poco presente nella formazione di base e post base. Lo studio ha inoltre rilevato la presenza di marcate incertezze sulla definizione di "genere". (Pezzoli B, 2022)

Si ritiene pertanto che, indagare su quali siano le conoscenze dei professionisti e dei decisori rispetto alle differenze di genere della salute, possa essere un passaggio importante per favorire, attraverso l'analisi dei dati, un approccio omogeneo da parte delle ASR nell'applicazione delle evidenze scientifiche disponibili.

Area	Comunicazione e Informazione
Titolo	<i>Indagine sulla conoscenza del personale sanitario in merito alle differenze di genere nella salute</i>
Principali evidenze/fonti	- D.M. 13 giugno 2019 "Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere" con particolare riguardo all'Area di Intervento D - Deliberazione della Giunta Regionale 12 novembre 2021, n. 17-4075 "Recepimento del "Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di

	Genere” adottato con D.M. 13/06/2019 e definizione dei criteri per la costituzione del Gruppo Tecnico Regionale per la Medicina di Genere” - Evidenze scientifiche citate in premessa, reperibili nel capitolo bibliografia
<i>Descrizione (azioni/interventi)</i>	-Predisposizione di iniziative di raccordo con le Direzioni ASR, i referenti aziendali e regionali per la MdG - Predisposizione di iniziative di raccordo con gli Ordini Professionali e con i due Atenei Piemontesi per identificare i rappresentanti con cui aprire un confronto finalizzato alla diffusione dell’indagine e acquisizione dei dati raccolti - Costituzione di gruppi di lavoro per singola area omogenea e definizione dei cronoprogrammi - Realizzazione e somministrazione di un questionario finalizzato alla rilevazione delle conoscenze (anche in termini di rilevanza e implicazioni) del personale sanitario e dei decisori (Direttori Generali, Sanitari e delle Professioni sanitarie) - Predisposizione di un report sui dati raccolti con trasmissione al competente Settore della Direzione Sanità
<i>Attori</i>	Aziende Sanitarie Regionali, Rete dei Referenti aziendali e Referenti regionali per la MdG, Coordinamento Regionale Ordini delle Professioni Infermieristiche, Ordini dei Medici, Atenei piemontesi
<i>Destinatari</i>	Personale sanitario e decisori, Direzione Sanità - Settore Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio Sanitari
<i>Obiettivo specifico</i>	Acquisire dati sulla conoscenza del personale sanitario in merito alle differenze di genere nella salute
<i>Valore atteso</i>	Esecuzione di almeno un’indagine conoscitiva per area omogenea con il coinvolgimento degli Ordini Professionali e delle ASR con produzione del relativo report
<i>Tempi</i>	Entro il 30 giugno 2025

5.17 PROGETTAZIONE DI UNO STRUMENTO VALIDATO VOLTO A INDAGARE LA CONOSCENZA DI UNA POPOLAZIONE TARGET SULLE DIFFERENZE DI GENERE NELLA SALUTE

Il D.M. 13 giugno 2019 sottolinea l'importanza di perseguire l'obiettivo della promozione della cultura della medicina della persona attraverso attività di sensibilizzazione ed educazione dei pazienti. Nell'Area di intervento D "Comunicazione e Informazione" il D.M. prevede come obiettivo generale "promozione e sostegno dell'informazione pubblica sulla salute e sulla gestione delle malattie, in un'ottica di differenza di genere".

All'interno degli obiettivi specifici prevede una serie di azioni tra cui è prevista l'individuazione di strumenti dedicati al trasferimento dei contenuti di comunicazione ai target di riferimento (D1) ma soprattutto l'informazione e la sensibilizzazione della popolazione generale e dei pazienti sulla Medicina di Genere, attraverso campagne e iniziative di comunicazione con il coinvolgimento del giornalismo e dei media (D2).

L'attività di comunicazione e informazione istituzionale assume un ruolo strategico in quanto diffonde una migliore conoscenza dei fattori che incidono sulla salute e può portare a una maggiore consapevolezza presso la popolazione, stimolando così la responsabilità del singolo. Un presupposto essenziale per la diffusione della Medicina di Genere e della promozione della salute in generale è quella della divulgazione di conoscenze e informazioni corrette. E' fondamentale il coinvolgimento di esperti per facilitare la corretta e coerente circolazione delle informazioni.

Per raggiungere questi obiettivi bisogna individuare strumenti come indagini conoscitive, mezzi comunicativi adeguati, analisi SWOT su fattori di forza/debolezza e fattori che potrebbero influenzare il successo della comunicazione, attivare campagne di comunicazione e valutare in un secondo momento l'efficacia di tali campagne.

<i>Area</i>	Comunicazione e Informazione
<i>Titolo</i>	<i>Progettazione di un questionario validato volto a indagare la conoscenza di una popolazione target sulle differenze di genere nella salute</i>
<i>Principali evidenze/fonti</i>	- D.M. 13 giugno 2019 "Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere" con particolare riguardo agli obiettivi specifici D.1 e D.2 - Deliberazione della Giunta Regionale 12 novembre 2021, n. 17-4075 "Recepimento del "Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere" adottato con D.M. 13/06/2019 e definizione dei criteri per la costituzione del Gruppo Tecnico Regionale per la Medicina di Genere"
<i>Descrizione (azioni/interventi)</i>	- Progettazione e validazione di uno strumento per indagare la conoscenza della popolazione generale in merito alla MdG - Costituzione di un gruppo di lavoro multidisciplinare per l'elaborazione di un apposito progetto che comprenda: identificazione del fenomeno di studio (es. percezione e conoscenza MdG), identificazione obiettivi della ricerca, identificazione di una popolazione target con relativi criteri di inclusione/esclusione e numerosità, definizione degli items e progettazione della struttura del questionario, definizione arco temporale della somministrazione - Somministrazione del test pilota nel gruppo di lavoro - Somministrazione del questionario ad un piccolo campione di rispondenti che appartengono alla popolazione standard

	- Validazione dello strumento
<i>Attori</i>	ASR, rete dei Referenti aziendali per la MdG
<i>Destinatari</i>	Popolazione generale
<i>Obiettivo specifico</i>	Progettare uno strumento validato per indagare la percezione e le conoscenze della popolazione generale sulla Medicina di Genere
<i>Valore atteso</i>	Disponibilità del questionario validato
<i>Tempi</i>	Entro il 31 dicembre 2024: progettazione del questionario Entro il 30 giugno 2025: somministrazione del questionario ai soggetti indicati Entro il 31 dicembre 2025: validazione dello strumento

5.18 VALUTAZIONE DEI FATTORI CHE INCIDONO SULL'EFFICACIA DELLA COMUNICAZIONE IN MEDICINA DI GENERE IN AMBITO GIORNALISTICO

Il D.M. 13 giugno 2019, nell'area di intervento "Comunicazione e Informazione", prevede una serie di obiettivi generali relativi all'individuazione di strumenti dedicati al trasferimento dei contenuti di comunicazione ai target di riferimento (D.1), all'informazione e sensibilizzazione di professioniste/i della salute e di ricercatrici e ricercatori (D.2), nonché della popolazione generale e di pazienti (D.3) sulla MdG.

All'interno del terzo obiettivo generale si richiama in particolare il coinvolgimento del giornalismo e dei media, quale utile veicolo di informazione di taglio divulgativo sulle differenze di genere in sanità, indirizzata alla popolazione generale e a pazienti, attraverso canali comunicativi sia tradizionali sia innovativi. Manca però, ad oggi, un'offerta formativa adeguata in ambito di MdG in grado di fornire a giornalisti e giornaliste competenze spendibili in tal senso.

Chi lavora nel mondo del giornalismo, sia esso cartaceo, web o radiofonico, proviene da diversi ambiti formativi e professionali. Un'offerta formativa specifica ed adeguata in ambito di MdG risulta indubbiamente utile per queste figure professionali per riuscire a raccogliere e trasmettere informazioni scientifiche e di tecnologia avanzata in modo comprensibile e rigoroso, al fine di: interagire efficacemente con le/i protagoniste/i della ricerca nei vari campi; organizzare le strutture finalizzate alla comunicazione istituzionale; promuovere e gestire iniziative di cultura scientifica.

Accademia, realtà sanitarie e mondo della comunicazione ancora oggi, purtroppo, si fondono e comunicano soltanto in modo parziale. Nel panorama attuale manca una figura professionale dotata di adeguata formazione scientifica in termini di conoscenze, di skills competitive in ambito comunicativo e di strumenti operativi adeguati per la comunicazione in MdG.

A partire dunque dal titolo della scheda, il rischio di praticare disinformazione, intesa come il fenomeno che si verifica quando le informazioni percepite da un soggetto possono non corrispondere all'intenzione per cui esse sono state diffuse, confondendo e/o modificando le opinioni di qualcuno o dell'intera opinione pubblica verso una persona, un argomento, una situazione, è molto concreto in ambito di comunicazione in MdG. Il principale fattore che incide sull'efficacia della comunicazione in tale ambito, è la mancanza di formazione specifica adeguata.

Chi lavora nel mondo del giornalismo, sia esso cartaceo, web o radiofonico, ha l'obbligo professionale di maturare crediti formativi a seguito di aggiornamento effettuato tramite corsi in materia di diverse discipline, dall'ambito legislativo alla salute. L'approccio descritto dalla MdG deve dunque entrare in tale offerta formativa in modo da garantire una completa formazione anche in tale ambito per professionisti e professioniste dell'informazione.

<i>Area</i>	Comunicazione e Informazione
<i>Titolo</i>	<i>Valutazione dei fattori che incidono sull'efficacia della comunicazione in Medicina di Genere in ambito giornalistico</i>
<i>Principali evidenze/fonti</i>	- D.M. 13 giugno 2019 "Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere" con particolare riguardo alle azioni D.3.1 e D.3.2, riferite all'obiettivo specifico D.3. - Deliberazione della Giunta Regionale 12 novembre 2021, n. 17-4075 "Recepimento del "Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere" adottato con D.M. 13/06/2019 e definizione dei criteri per la

	costituzione del Gruppo Tecnico Regionale per la Medicina di Genere”.
<i>Descrizione (azioni/interventi)</i>	Predisposizione e attivazione delle procedure per: 1) Corsi di Formazione specifica in ambito di MdG in collaborazione con l’Ordine dei Giornalisti del Piemonte utili per l’acquisizione di crediti formativi per giornalisti/e su piattaforma nazionale S.I.Ge.F (obbligo professionale) 2) Bando regionale di selezione per il miglior articolo divulgativo pubblicato sulla MdG
<i>Attori</i>	Ordine dei giornalisti del Piemonte, Regione Piemonte, Università piemontesi
<i>Destinatari</i>	- Giornalisti e giornaliste, pubblicisti e pubbliciste che operano presso uffici stampa di realtà universitarie e di ASR - Giornalisti e giornaliste, pubblicisti e pubbliciste che si occupano di sanità e salute per redazioni (web, radio e cartaceo)
<i>Obiettivo generale</i>	Creare proposte di formazione adeguate in ambito di comunicazione in MdG
<i>Valore atteso</i>	- 2 corsi di formazione disponibili su piattaforma nazionale S.I.Ge.F erogabili attraverso l’Ordine dei Giornalisti del Piemonte/anno. - 1 bando / anno
<i>Tempi</i>	Entro il 31 dicembre 2024

5.19 IMPLEMENTAZIONE DI ATTIVITÀ DI COMUNICAZIONE E INFORMAZIONE ISTITUZIONALE PER FAVORIRE LA CONOSCENZA DELLA MEDICINA DI GENERE NELLA POPOLAZIONE PIEMONTESE

Nel Piano per l'applicazione e la diffusione della MdG viene ribadito il ruolo strategico dell'attività di comunicazione e informazione istituzionale *"in quanto diffonde una migliore conoscenza dei fattori che incidono sulla salute, può favorire una maggiore consapevolezza presso la popolazione e stimolare così la responsabilità del singolo (c.d. empowerment)"*.

Offrire servizi diretti e trasversali a cittadine e cittadini per facilitare la corretta e coerente circolazione delle informazioni e sostenerne il buon uso è essenziale anche e soprattutto nell'ambito della MdG.

Ciò rientra nel contesto dell'importanza dell'alfabetizzazione complessiva in sanità. A tal proposito, la seconda edizione dell'indagine europea sulla popolazione rispetto all'alfabetizzazione sanitaria 2019-2021 dell'OMS Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy (*The HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL, 2021*), che ha coinvolto un campione di 3.500 persone in Italia, ha messo in evidenza alcune note dolenti.

Nel campione, infatti, il 31% ha risposto "molto difficile" o "difficile" ad un questionario di 12 domande elaborate per descrivere le principali aree di azione a tutela della salute. Questa percentuale è superiore a quella media nei 17 paesi europei considerati (23%). In generale, poi, il 23% degli intervistati italiani è risultato con una alfabetizzazione sanitaria (health literacy) inadeguata, il 35% "problematica", il 34% "sufficiente" e il 9% "eccellente". Le rispettive medie del totale dei 17 paesi sono state il 13, 33, 40 e 15%.

Pur considerando il campione non enorme e la grande variabilità dei dati fra i vari paesi, spicca il dato più basso, quello relativo all'inadeguata alfabetizzazione, particolarmente alto in Italia.

In tutti i paesi coinvolti la percezione dichiarata del proprio stato di salute peggiorava con il calare del livello di alfabetizzazione sanitaria. Altri legami evidenti sono emersi con una condizione di disagio economico e un basso status sociale e, in alcuni casi, con il livello di istruzione. In Italia, in particolare, sembra contare anche il genere, con le donne leggermente avvantaggiate rispetto agli uomini, mentre non sembra fare grandi differenze l'età, con un vantaggio dei giovani meno marcato rispetto a quanto accade in altre nazioni.

Come saper leggere e scrivere, anche saper interpretare le informazioni sulla salute può cambiare la vita. L'alfabetizzazione sanitaria tocca tutti noi da vicino in maniera molto più concreta di quanto si possa pensare in quanto ha a che fare con la nostra salute e con l'equità di accesso alle risorse, quindi con il perpetuarsi o l'aggravarsi delle disuguaglianze. Impatta non solo sulle possibilità di beneficiare pienamente delle risorse offerte dai diversi sistemi sanitari e dalla società in cui viviamo, ma compromette la capacità di reagire nelle situazioni di bisogno o di emergenza, coinvolgendo non solo i singoli interessati, ma le loro famiglie e le intere comunità.

Se i dati riportati riguardano l'alfabetizzazione sanitaria complessiva, va sottolineato come ancor più carente sia l'alfabetizzazione della popolazione in ambito di MdG.

Una comunicazione certificata effettuata da Pubbliche Amministrazioni in tale ambito deve avvalersi di figure professionali che possiedano una conoscenza multidisciplinare e che siano in grado di promuovere e mettere in atto una cultura delle differenze di genere con l'obiettivo, da un lato, di superare le disuguaglianze nel campo della prevenzione, diagnosi e terapia delle

varie patologie e, dall'altro, di suggerire l'adozione di politiche atte allo sviluppo di nuove strategie sanitarie.

La presente azione si raccorda con la scheda n. 11 (realizzazione di uno strumento regionale di accesso organico e sistematico alle conoscenze utili in tema di MdG sul sito della BVS-P) a cui si rimanda per ulteriori approfondimenti.

<i>Area</i>	Comunicazione e Informazione
<i>Titolo</i>	<i>Implementazione di attività di comunicazione e informazione istituzionale per favorire la conoscenza della Medicina di Genere nella popolazione piemontese</i>
<i>Principali evidenze/fonti</i>	- D.M. 13 giugno 2019 "Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere" con particolare riguardo agli obiettivi D.1, D.2 e D.3 - Deliberazione della Giunta Regionale 12 novembre 2021, n. 17-4075 "Recepimento del "Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere" adottato con D.M. 13/06/2019 e definizione dei criteri per la costituzione del Gruppo Tecnico Regionale per la Medicina di Genere" - Evidenze scientifiche citate in premessa, reperibili nel capitolo bibliografia
<i>Descrizione (azioni/interventi)</i>	- Predisporre risorse informative sulla MdG disponibili online per siti istituzionali di pubbliche amministrazioni - Predisporre risorse informative di taglio divulgativo sulla MdG disponibili online nei siti di riferimento per organizzazioni di volontariato, associazioni di pazienti e caregivers
<i>Attori</i>	Università Piemontesi, Regione Piemonte, ASR, Società Scientifiche
<i>Destinatari</i>	Pubbliche amministrazioni, organizzazioni di volontariato, associazioni di pazienti e di caregivers
<i>Obiettivo generale</i>	Incrementare la disponibilità online di risorse informative di qualità sulla MdG per migliorare l'alfabetizzazione della popolazione piemontese su questa tematica
<i>Valore atteso</i>	Inserimento del materiale on line in almeno 10 siti istituzionali di pubbliche amministrazioni e 10 siti di riferimento per organizzazioni di volontariato, associazioni di pazienti e caregivers
<i>Tempi</i>	Entro il 31 dicembre 2024

5.20 REALIZZAZIONE DI SPAZI WEB DEDICATI ALLA MEDICINA DI GENERE SUI PORTALI DELLE AZIENDE SANITARIE REGIONALI

Il D.M. 13 giugno 2019, nell'area di intervento "Comunicazione e Informazione", prevede una serie di obiettivi generali relativi all'individuazione di strumenti dedicati al trasferimento dei contenuti di comunicazione ai target di riferimento (D.1), all'informazione e sensibilizzazione dei professionisti sanitari e dei ricercatori (D.2), nonché della popolazione generale e dei pazienti (D.3) sulla MdG.

All'interno dei primi due obiettivi generali si richiamano, in particolare gli obiettivi specifici legati all'individuazione di modelli comunicativi adeguati al target (D.1.2), alla predisposizione di risorse informative online per gli operatori sanitari e per i ricercatori (D.2.1) e alla messa a disposizione su siti web istituzionali di risorse informative sulle differenze di genere nella prevenzione, diagnosi e cura delle malattie comuni ai due sessi (D.2.2).

Nel 2022 sul sito della Regione Piemonte - area "Sanità/Strumenti operativi" - è stata attivata una sezione tematica dedicata alla Medicina di Genere organizzata in varie sezioni.

Su questa area, una volta completata la realizzazione di spazi web sui portali delle ASR, sarà possibile prevedere il collegamento diretto con la creazione di appositi link.

Poichè la comunicazione istituzionale in rete è un elemento fondamentale per migliorare l'alfabetizzazione dei cittadini sulla MdG attraverso una comunicazione certificata effettuata da Pubbliche Amministrazioni, si ritiene pertanto necessario prevedere la realizzazione di spazi web dedicati alla MdG sui portali delle Aziende piemontesi.

<i>Area</i>	Comunicazione e Informazione
<i>Titolo</i>	<i>Realizzazione di spazi web dedicati alla Medicina di Genere sui portali delle Aziende Sanitarie Regionali</i>
<i>Principali evidenze/fonti</i>	- D.M. 13 giugno 2019 "Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere" con particolare riguardo alle azioni D.1.2, D.2.1 e D.2.2 riferite agli obiettivi specifici D.1 e D.2 - Deliberazione della Giunta Regionale 12 novembre 2021, n. 17-4075 "Recepimento del "Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere" adottato con D.M. 13/06/2019 e definizione dei criteri per la costituzione del Gruppo Tecnico Regionale per la Medicina di Genere"
<i>Descrizione (azioni/interventi)</i>	- Predisposizione di iniziative di raccordo con le ASR e i Referenti aziendali per la MdG per sostenere la realizzazione di spazi web in tema di MdG sui portali aziendali - Coinvolgimento delle Direzioni aziendali e supporto alla rete dei Referenti aziendali sul tema specifico - Implementazione di processi di audit con la rete dei Referenti sulla comunicazione istituzionale in ambito di MdG - Individuazione di obiettivi comuni su cui costruire strategie condivise e azioni sinergiche a livello comunicativo
<i>Attori</i>	Regione Piemonte - Direzione Sanità
<i>Destinatari</i>	Aziende Sanitarie Regionali
<i>Obiettivo specifico</i>	Favorire la comunicazione istituzionale in rete sulla MdG attraverso la realizzazione di spazi web dedicati sui portali delle ASR

<i>Valore atteso</i>	Presenza di spazi web dedicati alla Medicina di Genere sui portali aziendali
<i>Tempi</i>	Entro il 30 giugno 2024 (presenza nel 25% delle ASR) Entro il 31 dicembre 2024 (presenza nel 50% delle ASR) Entro il 31 dicembre 2025 (presenza nel 100% delle ASR)

6 **MONITORAGGIO DEL PIANO**

La fase del monitoraggio rappresenta un orizzonte di grande interesse ai fini della misurazione degli esiti degli interventi realizzati e del loro impatto complessivo sul territorio regionale consentendo un raffronto periodico tra quanto effettivamente realizzato e quanto disposto nella fase di pianificazione.

L'importanza del monitoraggio è legata anche al fatto che, partendo dall'analisi degli esiti, sia possibile arrivare alla formulazione di un giudizio sull'opportunità o meno delle scelte fatte, nonché di individuare i possibili sviluppi futuri tenendo conto sia delle risultanze emerse sia di quanto non era prevedibile a priori costituendo elementi di riflessione per (ri)orientare le future attività di programmazione regionale.

Il monitoraggio delle azioni di promozione, applicazione e sostegno alla Medicina di Genere previste nel presente Piano sarà effettuato dal Gruppo Tecnico Regionale istituito con D.G.R. 12 novembre 2021, n. 17-4075 e dovrà prevedere la redazione annuale di un documento riassuntivo delle attività svolte con le risultanze del monitoraggio.

7 BIBLIOGRAFIA

- Antonelli F, Sarra G, Sorrentino R. La formazione universitaria e post-universitaria gender sensitive in Italia. Relazione al Convegno nazionale "Genere, sociologia e Università" Università di Roma Tre, 2013.
- Boldrini P. Il lungo cammino per la diffusione della medicina di genere, dalle prime mozioni di legge al primo Piano per la sua attuazione. The Italian Journal of Gender-Specific Medicine. Supplement to Volume 5, Issue 3 - 2019
- Carè A. L'approccio di genere per la medicina del futuro. The Italian Journal of Gender-Specific Medicine. Supplement to Volume 5, Issue 3 - 2019
- Cirrincione LR, Huang KJ. Sex and Gender Differences in Clinical Pharmacology: Implications for Transgender Medicine. Clin Pharmacol Ther. 2021 Oct;110(4):897-908
- Comitato Nazionale per la Bioetica. La sperimentazione farmacologica sulle donne. 28 novembre 2008
- Comitato Nazionale per la Bioetica. Orientamenti bioetici per l'equità nella salute. 25 maggio 2001
- Crousillat DR, Ibrahim NE. Sex differences in the management of advanced heart failure. Curr Treat Options Cardiovasc Med 2018; 20: 88
- D'Amico M, Bissaro S. La tutela della salute dopo la l. n. 3/2018. Rivista dell'Associazione Italiana degli Avvocati per la Famiglia e per i minori, Giappichelli ed. 2021
- DeMeo DL. Sex and Gender Omic Biomarkers in Men and Women With COPD: Considerations for Precision Medicine. Chest. 2021 Jul;160(1):104-113
- D'Ovidio F, D'Errico A, Scarinzi C, Costa G. Quando le mamme lavorano: doppio carico di lavoro e salute. Contributo in volume "40 anni di salute a Torino". Inferenze scarl ed. 2017 <https://hdl.handle.net/2318/1643023>
- Ferroni E, Mangia C. Stato dell'arte e prospettive della medicina di genere nella pandemia di COVID-19. E&P 2021, 45 (1-2) gennaio-aprile, p. 16-18
- Foddìs R, Ficini G, Cristaudo A, Pistelli A, Carducci A, Caponi E et al. (2017). Valutazione dei rischi e sorveglianza sanitaria in ottica di genere: proposta di strumenti operativi. Giornale italiano di Medicina del lavoro ed Ergonomia 2017; 39 (3): 214-217
- Franconi F, Campesi I. Sex and gender influences on pharmacological response: an overview. Expert Review of Clinical Pharmacology. 2014 Jul;7(4):469-485
- GBD Chronic Respiratory Disease Collaborators Prevalence and attributable health burden of chronic respiratory diseases, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. Lancet Respir Med. 2020;8(6):585–596
- Gibney E. The researcher fighting to embed analysis of sex and gender into science. Nature 588, 209 (2020)
- Gruppo Italiano Salute e Genere (GISEG). Survey 2011 "Conoscenza, rilevanza e prospettive della Medicina di Genere in Italia"
- Graziadei M. L'uguaglianza, la diversità e il diritto: vive la différence. Questione Giustizia 1/2017 ISSN: 1720-4518
- INAIL. Andamento degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali. Dati 2021. Febbraio 2021 n. 2. ISSN 2035-5645

- Istituto Nazionale salute Migrazioni e Povertà (INMP). Sistema di monitoraggio dello stato di salute e di assistenza sanitaria alla popolazione immigrata: risultati anno 2017. Quaderni di epidemiologia n. 3, giugno 2021
- IRES Piemonte. Prima della tempesta. 10 numeri su salute e sanità in Piemonte. Note brevi sul Piemonte - n. 3/2020
- ISTAT. Il mercato del lavoro 2020: una lettura integrata. ISBN: 978-88-458-2040-3
- Istituto Superiore di Sanità. Indicazioni sugli aspetti di genere da considerare nei programmi e nelle azioni regionali del Piano di prevenzione. Data di pubblicazione della pagina 24 febbraio 2022. <https://www.epicentro.iss.it/medicina-di-genere/indicazioni-per-azioni-regionali-piano-prevenzione>
- Klein L, Grau-Sepulveda MV, Bonow RO, et al. Quality of care and outcomes in women hospitalized for heart failure Circ Heart Fail 2011; 4: 589–598
- Li X, Cao X, Guo M, Xie M, Liu X. Trends and risk factors of mortality and disability adjusted life years for chronic respiratory diseases from 1990 to 2017: systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. BMJ. 2020;368:m234
- Lozano R, Naghavi M, Foreman K, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet. 2012;380:2095–2128
- Luciani M. Il diritto alla salute, una prospettiva di diritto comparato - Italia. Unità Biblioteca di diritto comparato. Servizio Ricerca del Parlamento Europeo (EPRS), gennaio 2022, referenza PE 698.893
- Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali (OsMed). L'uso dei Farmaci in Italia. Rapporto Nazionale Anno 2021. Roma, Agenzia Italiana del Farmaco, 2022
- Ministero della Salute. Certificato di assistenza al parto (CeDAP). Analisi dell'evento nascita - Anno 2020. Report 2021
- Ministero della Salute. Il genere come determinante di salute. Lo sviluppo della medicina di genere per garantire equità e appropriatezza della cura. Quaderni del Ministero della Salute n. 26, aprile 2016. ISSN 2038-5293
- Murray CJ, Vos T, Lozano R, et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet. 2012;380:2197–2223
- Ntritsos G, Franek J, Belbasis L, Christou MA, Markozannes G, Altman P, Fogel R, Sayre T, Ntzani EE, Evangelou E. Gender-specific estimates of COPD prevalence: a systematic review and meta-analysis. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2018 May 10;13:1507-1514
- OED (Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze) Piemonte. Fatti e cifre sulle dipendenze da sostanze e comportamenti in Piemonte. Bollettino 2019
- Pezzini B. Equità nell'intersezione di sesso, genere e salute. Corti supreme e salute 2022, 1 ISSN 2611-8882
- Pezzoli Barbara. La Medicina di Genere a tre anni dall'approvazione del piano per la sua diffusione: fabbisogno formativo ed aggiornamento professionale. Un'indagine conoscitiva nel cuneese. Tesi di Laurea, Università degli Studi di Torino, 2022
- Pilutti S, Costa G, D'Errico A, Di Monaco R. Prospettive di genere e salute. Dalle disuguaglianze alle differenze. Policy brief Strumenti per l'Health Equity Audit di Genere. Ottobre 2016 ISBN- 978-88-95525-34-1
- Qaseem A., Forciea M A., McLean R M., and Denberg T.D. for the Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Clinical Guideline. Treatment of low bone

density or osteoporosis to prevent fractures in men and women. A clinical practice guideline update from the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine*, 2017, 166:11; 818

- Racine M, Tousignant-Laflamme Y, Kloda LA, Dion D, Dupuis G, Choinière M. A systematic literature review of 10 years of research on sex/gender and experimental pain perception - part 1: are there really differences between women and men? *Pain* 2012;153(3):619-35

- Racine M, Tousignant-Laflamme Y, Kloda LA, Dion D, Dupuis G, Choinière M. A systematic literature review of 10 years of research on sex/gender and experimental pain perception - part 2: do biopsychosocial factors alter pain sensitivity differently in women and men? *Pain* 2012;153(3):602-18

- Regitz-Zagrosek V, Seeland U. Sex and gender differences in clinical medicine. *Handb Exp Pharmacol*. 2012; (214): 3-22

- Regione Piemonte. Nascere in Piemonte: percorso nascita regionale. 2° Rapporto sui dati dei Certificati di Assistenza al Parto Anni 2006-2016. Report febbraio 2018

- Rinopaoli G., Ruggiero C., Meccariello., Bisaccia M., Ceccarini P and Caraffa A. Osteoporosis in men: a review of an underestimated bone condition. *Int J Mol Sci*, 2021, 22: 2015

- Rioux C, Paré A, London-Nadeau K, et al Sex and gender terminology: a glossary for gender-inclusive epidemiology *J Epidemiol Community Health* 2022;76:764-768

- Rogliani P, Cavalli F, Ritondo BL, Cazzola M, Calzetta L. Sex differences in adult asthma and COPD therapy: a systematic review. *Respir Res*. 2022 Aug 29;23(1):222

- Scardovi AB, Petruzzi M, Rosano A, et al. Heart failure phenotype in women. *G Ital Cardiol (Rome)* 2012; 13: 6S-11S

- Sciomer S, Moscucci F, Salvioni E, Marchese G, Bussotti M, Corrà U, Piepoli MF. Role of gender, age and BMI in prognosis of heart failure. *Eur J Prev Cardiol*. 2020 Dec; 27(2_suppl):46-51

- The HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL. International Report on the Methodology, Results, and Recommendations of the European Health Literacy Population Survey 2019-2021 (HLS19) of M-POHL. Vienna, December 2021

- Townsend N, Wilson L, Bhatnagar P, et al. Cardiovascular disease in Europe: epidemiological update 2016. *Eur Heart J* 2016; 1-14

- Welch V, Dewidar O, Tanjong Ghogomu E, Abdisalam S, Al Ameer A, Barbeau VI, Brand K, Kebedom K, Benkhalti M, Kristjansson E, Madani MT, Antequera Martín AM, Mathew CM, McGowan J, McLeod W, Park HA, Petkovic J, Riddle A, Tugwell P, Petticrew M, Trawin J, Wells GA. How effects on health equity are assessed in systematic reviews of interventions. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2022

- World Health Organization. Constitution. WHO, 1948

- Ministero della Salute <https://www.salute.gov.it/portale/home.html>
- Istituto Superiore di Sanità (ISS) <https://www.iss.it/>
- Istituto Superiore di Sanità - Centro di riferimento per la MdG <https://www.iss.it/centro-di-riferimento-per-la-medicina-di-genere>
- Istituto Superiore di Sanità - Osservatorio sulla Medicina di Genere <https://www.iss.it/osmg-l-osservatorio>
- Istituto Superiore di Sanità EpiCentro - L'epidemiologia per la sanità pubblica <https://www.epicentro.iss.it/>
- Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) <https://www.istat.it/>
- Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL) <https://www.inail.it/cs/internet/home.html>
- Università di Pisa - Strumento di autovalutazione in tema di Salute, Sicurezza sul Lavoro e Differenze di Genere <https://varidige.med.unipi.it/>
- Regione Piemonte <https://www.regione.piemonte.it/web/>
- Regione Piemonte - Area tematica/Sanità/Strumenti operativi "Medicina di Genere" <https://www.regione.piemonte.it/web/temi/sanita/strumenti-operativi/medicina-genere>
- Regione Piemonte - Area tematica/Sanità/Prevenzione <https://www.regione.piemonte.it/web/temi/sanita/prevenzione/piano-regionale-prevenzione>
- BVS-Piemonte - Biblioteca Virtuale per la Salute Piemonte <https://www.bvspiemonte.it/>
- Epidemiologia Piemonte <https://www.epi.piemonte.it/>
- DoRS - Centro regionale di Documentazione per la Promozione della Salute <https://www.dors.it/>
- Pro.Sa - Banca dati di Progetti e Interventi di Prevenzione e Promozione della Salute <https://www.retepromozionesalute.it/index.php>
- Istituto di Ricerche Economico Sociali del Piemonte (IRES) <https://www.ires.piemonte.it/>