

NUOVI argomenti

Mensile del Sindacato Pensionati Italiani Cgil della Lombardia

Numero 5 • Maggio 2021

Spedizione in abbonamento postale 45% art. 2 comma. 20/B legge 662/96 - filiale di Milano

MEDICINA DI GENERE A che punto siamo?



CGIL
SPI
LOMBARDIA

NUOVI *argomenti*

Mensile del Sindacato Pensionati Italiani Cgil della Lombardia

Sommario

2 Dare concretezza
ai diritti conquistati
Valerio Zanolla

4 **Introduzione**
Medicina di genere:
a che punto siamo?
Merida Madeo

7 Una medicina a misura
di donne e uomini
Livia Turco

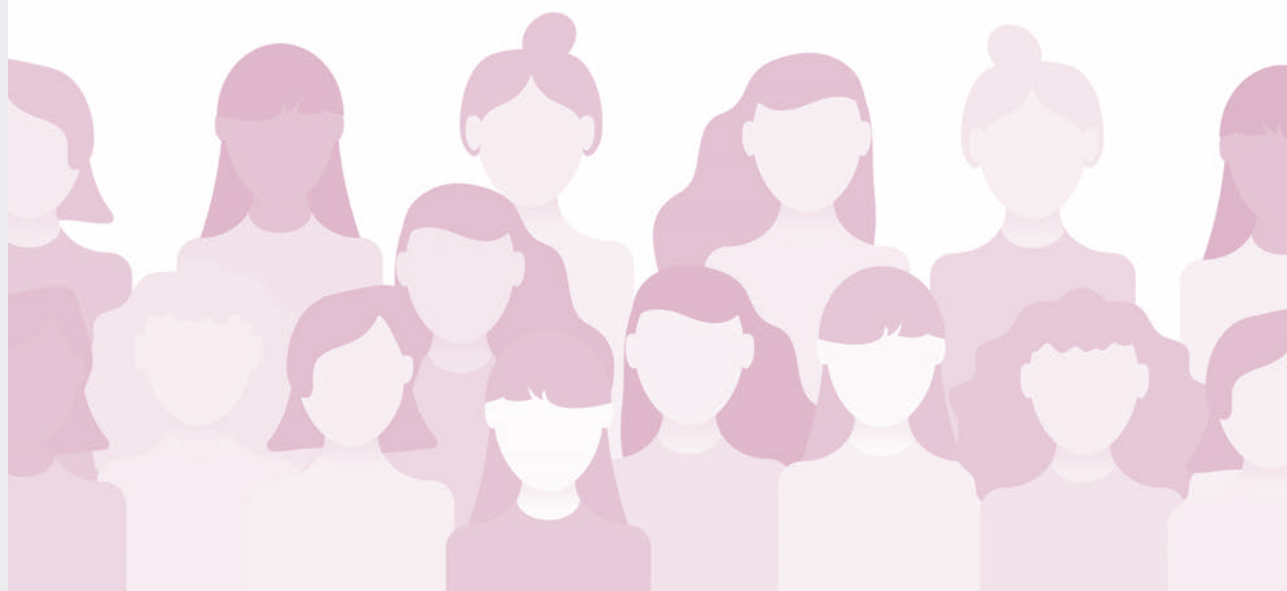
10 Regioni a confronto
Francesco Montemurro

21 **ESPERIENZE E OPINIONI
A CONFRONTO**

Partecipano:
Alessandra Kustermann
Marina Bianchi
Monica Vangi

Moderata:
Federica Trapletti

33 **Conclusioni**
Medicina di genere
da qui passa la nostra salute
Daniela Cappelli



Nuovi Argomenti Spi Lombardia

*Pubblicazione mensile del Sindacato Pensionati Italiani
Cgil Lombardia*

Numero 5 • Maggio 2021

Direttore responsabile: Erica Ardeni

Editore: MIMOSA srl uninominale, presidente Pietro Giudice

Impaginazione: A&B, Besana in Brianza (MB)

Prestampa digitale, stampa, confezione:

RDS WEBPRINTING S.r.l.

Via Belvedere, 42 - 20862 Arcore (MB)

Registrazione Tribunale di Milano n. 477 del 20 luglio 1996

Numero singolo Euro 2,00

Abbonamento annuale Euro 10,32

DARE CONCRETEZZA AI DIRITTI CONQUISTATI

Valerio Zanolla *Segretario generale Spi Lombardia*

Lo Spi Lombardia riunisce oggi il suo gruppo dirigente su sollecitazione del coordinamento donne a conferma di una nuova e più forte collaborazione e sintonia e lo fa ponendosi una domanda che è anche il titolo del convegno: *Medicina di genere a che punto siamo?* A che punto è la diffusione della medicina di genere sul territorio nazionale e regionale? Inoltre quanto è conosciuto tra la



gente questo nuovo approccio della medicina? Non si tratta di banali domande, anche se chi ci conosce e ci segue sa che tra gli slogan che abbiamo utilizzato nel recente passato ce n'è uno che ci sollecita a *Continuare a essere curiosi*.

Qui non si tratta di semplice curiosità, è **voglia di capire** e consapevolezza della necessità di incalzare la politica su un tema che, ancora di più in questa fase di pandemia, è stato perso di vista. Si tratta di verificare a che punto nel paese e nella nostra martoriata regione è stata messa in pratica questa importante legge e i dispositivi applicativi della stessa. È una verifica necessaria anche perché la medicina di genere deve entrare prepotentemente nella discussione sulla riforma della legge regionale 23 del 2015 che stiamo discutendo in queste settimane.

Certo noi siamo un sindacato, quindi non siamo specialisti di medicina, sappiamo che la nostra competenza sta nel cogliere i bisogni, individuare contraddizioni e problematicità per **poi definire delle proposte**, con l'aiuto e il supporto di esperti e se serve *lottare* affinché le regole che disciplinano il vivere sociale del nostro pae-

se siano migliorate e aggiornate. C'è un però. Ho sempre pensato che fosse importante mobilitarci per fare nuove conquiste e su questo lo Spi, e più in generale il sindacato, è capace. Il punto critico sta nel riuscire a far mettere in pratica le conquiste e poi nel saperle difendere e adeguare adattandole ai cambiamenti sociali. È notizia di questi giorni la decisione della Turchia di ritirarsi dalla Conven-

zione di Istanbul che aveva ratificato per prima nel 2011 per mano del suo presidente Erdogan. Si era assunta l'obbligo di prevenire la violenza maschile, di punire i suoi autori, di proteggere e supportare le donne. Ma, in questi giorni, a dieci anni di distanza si è ritirata dalla Convenzione con una decisione sempre di Erdogan, a conferma che non basta scrivere sulla carta dei diritti o delle prese di posizione seppur importanti, occorre saper vigilare costantemente.

Tornando al nostro Paese, sull'impegno a far applicare le norme conquistate potremmo giustificarci, sostenendo che conquistata una legge compete al sistema burocratico statale e regionale applicarla. A noi toccherebbe di guardare avanti, alla ricerca di nuovi obiettivi più avanzati.

Trascurando colpevolmente che ogni legge è una mediazione tra diversi punti di vista e se non si segue il percorso della sua applicazione, altri che si sono opposti, cercheranno di svuotarla e di metterla in discussione, gli esempi della riforma sanitaria 833 e la 194 sulla maternità consapevole sono davanti a tutti noi. Per quanto concerne la nostra incapacità nel saper aggiorna-

re i diritti conquistati a fronte dei cambiamenti sociali credo non si tratti di una nostra lacuna o volontà di conservazione, c'è invece il forte timore di vederci stravolte le nostre conquiste: un esempio preciso lo abbiamo da cinquant'anni a questa parte sullo statuto dei lavoratori.

Dicevo che, pur essendo completamente immersi in questa pandemia, il tema che trattiamo oggi è attualissimo e lo riscontriamo anche in una delle grandi lacune del nostro Servizio sanitario regionale: la medicina di territorio. Se pensiamo alla pandemia molti tra di noi si pongono la domanda sul perché ci sono persone che si contagiano senza accorgersene e altre che si ammalano di Covid-19, vengono ricoverate in ospedale e addirittura muoiono, chi dopo qualche giorno e chi dopo mesi di sofferenza.

Perché il bilancio delle vittime per Covid-19 nelle Rsa è stato così tragico nella primavera del 2020 e si è di molto ridotto quest'inverno? Ancora prima che le vaccinazioni fossero effettuate. Ma ancora di più, come mai il coronavirus è stato relativamente contenuto in gran parte dell'Africa e dell'Asia? Di solito le emergenze sanitarie affliggono di più le zone povere come si vede negli Stati Uniti, dove le minoranze a basso reddito sono le più colpite. C'è chi dice che potrebbe esserci stata una sottostima dei decessi per Covid-19 nei paesi poveri. Non ci convince, se fosse così non avremmo avuto nel passato in quei paesi quel forte allarme per i casi di Ebola e prima ancora per l'Aids. Forse pesa il fatto che da quelle parti la popolazione è più giovane? Ma anche lì vi sono anziani pur se in percentuale minore. C'è chi dice che dipende dal fatto che si vive più all'aria aperta o che i sistemi immunitari siano più allenati. Si dice anche che il coronavirus colpisce più gli uomini che le donne, e su questo la scienza sta lavorando nel tentativo di capire. Anche se le donne lo stanno pagando fortemente sul piano sociale e su quello lavorativo, poi quali conseguenze ci saranno in futuro è tutto da scoprire. Molte domande che ci porterebbero lontano. Alcune riguardanti temi sui quali ci siamo interrogati tante volte, come gli stili di vita o l'eccesso di uso di farmaci, per non parlare delle condizioni ambientali dove viviamo, in particolare nelle grandi città.

Ma torniamo alla domanda. Oggi avremo la

possibilità di fare il punto e dovremo poi, questo è il nostro ruolo, trasformare quanto abbiamo capito in iniziativa politica nei territori.

Non è perciò un'iniziativa estemporanea, si collega infatti a un impegno costante su argomenti socio sanitari e negoziali che sono al centro della nostra azione. Il confronto con la Regione sulla revisione della legge 23 e le Rsa. La nostra attenzione sui vaccini. La negoziazione sociale e gli sportelli sociali ai quali si rivolgono centinaia di persone, donne e uomini.

A proposito, nella classificazione e verifica delle domande che vengono poste ai nostri sportellisti dovremo superare il genericismo e inserire anche le esigenze di genere. Sempre a proposito di azione sindacale stiamo approntando un progetto formativo sulla negoziazione di genere che sappia coinvolgere le donne e gli uomini nella definizione dei temi e degli obiettivi da inserire nei confronti con le istituzioni e sappia valutare i risultati. Quindi **medicina di genere e negoziazione di genere per un sindacato veramente pluralista**.

Del resto noi cerchiamo da sempre di uscire dal genericismo, la nostra organizzazione è suddivisa quasi a metà tra donne e uomini e il loro vissuto è particolarmente vario essendo pensionate e pensionati che hanno alle spalle una vita lavorativa, familiare e sociale differente tra di loro. Per non parlare dei diversi fattori ambientali, sociali, culturali oltre che relazionali, e della diversità di servizi socio sanitari e sanitari disponibili sul territorio dove vivono.

La città con le periferie, i comuni medi molto serviti e altri oramai quasi spopolati dove risiedono soprattutto le persone anziane e allora per svolgere al meglio il nostro ruolo di *sindacato* è necessario continuare ad aprire di molto il nostro orizzonte culturale.

Ringrazio quindi la capacità di iniziativa delle donne che ancora una volta fungono da traino e ci spingono ad affrontare in senso moderno il cambiamento della nostra società.

Chiudo salutando tutti le partecipanti e i partecipanti a questo nostro convegno e auguro a tutti di fare tesoro delle cose che oggi sentiremo. Grazie infine alle relatrici e al relatore che con i loro interventi daranno certamente valore alla nostra riunione. ■

Introduzione

MEDICINA DI GENERE: A CHE PUNTO SIAMO?

Merida Madeo *Responsabile Coordinamento donne Spi Lombardia*

Mai come in questo periodo il tema della sanità pubblica desta tanto interesse. Purtroppo Covid-19 ha avuto e continua ad avere un impatto terribile sulla salute delle persone.

Nella tragica situazione creata dalla pandemia ci sarebbe stato bisogno di far fronte all'emergenza sanitaria con una medicina efficace, efficiente e il più possibile dislocata con i suoi presidi sul territorio, il più possibile vicina alle persone. Invece le scelte fatte in questi ultimi anni hanno portato allo sviluppo dell'ospedalizzazione come risposta prevalente quando non unica ai bisogni dei cittadini, distruggendo la sanità sul territorio. Questa difficile situazione è ormai sotto gli occhi di tutti.

Quello messo sotto osservazione è ora il funzionamento complessivo del nostro sistema sanitario nazionale e in modo particolare i sistemi regionali.

Il Sistema sanitario nazionale nasce in Italia nel 1978 e introduce, per la prima volta, un modello universalistico di tutela della salute, sostituendo il vecchio sistema mutualistico e ponendo gli oneri a carico della fiscalità generale. Questo nuovo modello sanitario aveva come scopo quello di perseguire obiettivi di equità, partecipazione democratica, globalità degli in-



terventi, coordinamento fra le istituzioni, con la territorializzazione dei servizi di assistenza sanitaria, la creazione delle Unità sanitarie locali e la formazione del Distretto sanitario di base.

Dagli anni novanta inizia un'operazione cosiddetta di razionalizzazione della spesa sanitaria, che di fatto va a modificare l'assetto organizzativo, introducendo il concetto di aziendalizzazione

delle Usl che vengono trasformate in aziende sanitarie locali Asl. Il processo di aziendalizzazione, che doveva servire a garantire il miglioramento delle prestazioni sanitarie in realtà portò a una caduta della qualità e dell'efficacia del sistema.

Il passaggio della delega alle Regioni, negli anni successivi, ha prodotto di fatto sistemi sanitari molto diversificati sul territorio nazionale, spesso inadeguati e fonti di clientelismo, caratterizzati quasi sempre dallo smantellamento della medicina di prossimità, a favore, come nella nostra regione, di grandi ospedali, con una forte spinta a favore della privatizzazione delle strutture sanitarie. I danni di questa politica, evidenti da molti anni, sono diventati tragicamente attuali con la pandemia che ha messo in luce tutte le inadeguatezze di queste scelte. Inoltre il sistema sanitario da molti anni

subisce forti tagli che hanno portato a un de-paupramento delle strutture e alla diminuzione del numero di addetti.

Si è fatta strada nella pratica una medicina personalizzata che di fatto entra in contraddizione con l'evoluzione scientifica orientata a una medicina della persona e, in particolare, alla medicina di genere, a una medicina cioè rivolta a donne e uomini.

Dagli anni novanta in poi la medicina tradizionale ha subito infatti una profonda evoluzione, attraverso un approccio innovativo che mira a studiare l'impatto delle variabili biologiche, ambientali, culturali, psicologiche e socio economiche determinate dal genere sulla patologia e sulle caratteristiche cliniche delle malattie.

L'attenzione per una medicina che tenga conto delle differenze di genere comincia a sorgere negli anni ottanta, con la stipula da parte dell'Onu di una convenzione volta a eliminare tutte le forme di discriminazione contro le donne. Gli Stati vengono sollecitati ad assumere appropriate misure per eliminare le discriminazioni verso le donne nel campo delle cure sanitarie. Negli anni successivi diversi altri organismi internazionali come l'Organizzazione mondiale della sanità, la Comunità europea, l'EmA, Agenzia Europea per il farmaco, e altre istituzioni intervengono con azioni specifiche rivolte a riconoscere il genere come determinante fondamentale di salute; eliminare le disuguaglianze di genere in campo sanitario, garantire una rappresentanza paritetica delle donne nella sperimentazione clinica dei farmaci.

In particolare l'Oms nel 2009 istituisce un dipartimento dedicato alla salute delle donne e attento alle differenze di genere.

In Italia l'attenzione alla medicina di genere si manifesta per la prima volta nel 1998, quando i ministeri per le Pari opportunità e della Salute avviano il progetto *Una salute a misura di donna*. Nel 2005 viene poi istituito,

presso il ministero della Salute, il tavolo di lavoro *Salute e farmaci per le donne*. Nel 2007 l'allora ministra della Sanità Livia Turco istituisce la Commissione sulla salute delle donne che in seguito pubblica un importante rapporto dal titolo *Stato della salute delle donne in Italia*.

In quegli anni il ministero della Salute e l'Aifa finanziano progetti di ricerca in una prospettiva di genere. Nel 2011 l'Aifa formalizza il Gruppo di lavoro su farmaci e genere per approfondire le problematiche inerenti agli aspetti regolatori e farmacologici della medicina di genere e chiede alle aziende farmaceutiche di sviluppare disegni di ricerca orientati al genere.

L'Istituto superiore di sanità, fin dal 2011, pone attenzione alla medicina di genere attivando all'interno del dipartimento del farmaco il reparto Malattie degenerative, invecchiamento e medicina di genere.

Live sulla pagina Facebook SPI CGIL LOMBARDIA
Martedì 23 marzo - ore 9.30

Saluto:
VALERIO ZANOLLA
Segretario generale
Spi Lombardia

Introduzione:
MERIDA MADEO
Responsabile Coordinamento
donne Spi Lombardia

Intervengono:

LIVIA TURCO
Presidente Fondazione Iotti

ALESSANDRA KUSTERMANN
Direttore
Unità operativa complessa
Policlinico di Milano

FRANCESCO MONTEMURRO
Presidente Ires Morosini

MARINA BIANCHI
Mmg - Milano

MONICA VANGI
Segreteria Cgil Lombardia

Conclusioni:
DANIELA CAPPELLI
Segreteria Spi nazionale

Moderata:
FEDERICA TRAPLETTI
Segreteria Spi Lombardia

CGIL
SPI
LOMBARDIA
COORDINAMENTO DONNE
SPI LOMBARDIA

Viene così a configurarsi con chiarezza il concetto di medicina di genere all'interno delle istituzioni.

“Il concetto di medicina di genere nasce dall'idea che le differenze fra uomini e donne in termini di salute siano legate non solo alla loro caratterizzazione biologica e alla funzione riproduttiva, ma anche a fattori ambientali, sociali, culturali e relazionali definiti dal termine ‘genere’.

Da qui la necessità di porre particolare attenzione al genere inserendo questa nuova dimensione nella medicina in tutte le aree mediche. Solo procedendo in questa direzione sarà possibile garantire a ogni persona la migliore cura, rafforzando ulteriormente il concetto della centralità della/del paziente e di personalizzazione delle terapie, per garantire la piena appropriatezza degli interventi, nel rispetto delle differenze di genere rese evidenti dalla letteratura scientifica fino ad oggi”. Citazione dal documento del ministero della Salute.

Questo lungo percorso ha portato finalmente all'inserimento del Piano per l'applicazione e la diffusione della medicina di genere nel sistema sanitario nazionale il 13 giugno 2019.

Un percorso lungo che è partito da lontano e che ha visto l'impegno di autorevoli donne nelle istituzioni, in particolare di Livia Turco che oggi abbiamo il piacere di avere con noi. Con lei molte altre che anche negli ospedali e nelle strutture sanitarie si sono battute in difesa della salute delle donne.

Oggi cercheremo di fare il punto sull'applicazione della medicina di genere nei protocolli e nella pratica.

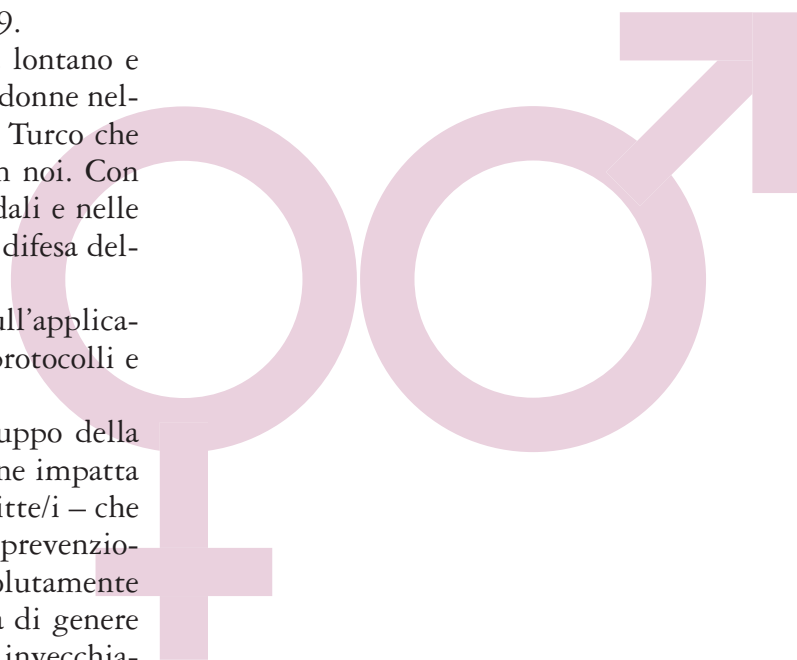
Lo Spi è molto interessato allo sviluppo della medicina di genere la cui applicazione impatta con le donne e gli uomini nostri iscritte/i – che sono spesso anziani e per i quali la prevenzione e la cura personalizzata sono assolutamente importanti –, così come la medicina di genere è indispensabile per un progetto di invecchiamento attivo, soprattutto in un paese nel quale la popolazione over60 rappresenta una parte importante.

Le nostre analisi sono supportate anche da dati statistici che rendono conto della situazione a livello nazionale, facendo anche un confronto fra alcune regioni.

La medicina di genere per noi è importante

come tema da portare avanti attraverso la contrattazione territoriale che le nostre strutture agiscono con gli enti locali. Non a caso un progetto importante per tutto lo Spi, che partirà nei prossimi mesi, riguarda un corso di formazione rivolto alle compagne e ai compagni dei territori per sviluppare una contrattazione di genere diffusa.

È per questo che abbiamo bisogno di diffondere conoscenza e consapevolezza fra iscritte e iscritti come nelle nostre strutture. Ne abbiamo bisogno per capire come la medicina di genere viene praticata, dove esistono o meno strutture adeguate sul territorio, per esempio i consultori, quali strumenti e quali risorse vengono messi in campo. ■



UNA MEDICINA A MISURA DI DONNE E UOMINI

Livia Turco *Presidente Fondazione Iotti*

Parlo molto volentieri di questo tema perché fa parte della mia storia politica. Quando mi sono trovata a fare la ministra della Salute, nella cassetta degli attrezzi avevo un lungo impegno di battaglie con le donne, per le donne, molto condivisa dalla nostra generazione. In particolare per me fu importante, da giovane, scoprire e seguire la nascita dei consultori a Torino, un servizio che prima ancora di essere definito dalle istituzioni nasceva dalla competenza, dall'esperienza, dalla passione di ginecologhe, di lavoratrici, di donne che lo inventavano. Poi la bella saldatura tra questa esperienza, nata dal basso, e un'amministrazione comunale lungimirante, intelligente, che decise di portare avanti i consultori nella città di Torino, che è stata una delle prime ad averli. Così come ricordo quelle tenaci operaie della Fiat che si battevano per avere il riconoscimento della salute delle donne all'interno della fabbrica.

Oggi sembra una banalità, allora invece era una grande conquista anche dal punto di vista culturale. I consultori e la medicina delle donne all'interno della Fiat, sono stati un grande insegnamento che ho portato nella mia cassetta degli attrezzi.

Poi le battaglie che abbiamo fatto insieme, in particolare per la prevenzione dell'aborto, per i



consultori, per la tutela della maternità. Quando sono stata ministra avevo l'idea che bisognava occuparsi della politica della salute delle donne: facemmo un progetto obiettivo per il rilancio dei consultori, per il percorso nascita e questa elaborazione – allora ancora agli inizi – sulla medicina di genere che derivavamo da una elaborazione dell'Organizzazione mondiale della sanità so-

prattutto là dove essa diceva che la salute delle donne è un indicatore di benessere e di salute di tutta la comunità. Quindi promuovere la salute delle donne per promuovere la salute di tutta la popolazione.

Questo era un approccio molto interessante perché – per chi si batteva per un sistema sanitario inclusivo e per il diritto alla salute come promozione del benessere delle persone – non c'è dubbio che l'approccio salute delle donne come indicatore di salute di tutta la comunità, fosse un grande punto di riferimento.

Devo dire che non fu facile introdurre questo approccio all'interno della struttura del ministero e sarò sempre grata a una mozione parlamentare, che fu trasversale con le donne dei vari partiti politici, che indicava come priorità, la medicina di genere. Da qui la possibilità e il sostegno per promuovere alcune azioni come quella che riguardava un accordo con l'Aifa per



sostenere la sperimentazione sui farmaci, ma anche un'altra iniziativa importante con l'Istituto superiore di sanità per promuovere la ricerca sulla medicina di genere all'interno dei corsi universitari. Ricordo che l'Università di Tor Vergata promosse un master specifico. In seguito l'input della medicina di genere valse anche per promuovere altre politiche, tra cui ricordo in modo particolare l'inserimento tra i Lea (Livelli essenziali di assistenza) dell'analgia epidurale per combattere il dolore e il massimo sostegno al parto, collegato con una legge che facemmo per la promozione del parto antidolore. Poi istituimmo la *Commissione sullo stato di salute delle donne*. Conservo un po' come una reliquia il libro della ricerca che fu frutto di quel lavoro, in esso c'è il sapere di tante donne, che ancora oggi voglio ringraziare. Alcune sono state veramente compagne quotidiane come Amanda Cossutta, Alessandra Kustermann, Flavia Franconi, Monica Bettoni, con loro demmo vita a questa Commissione che aveva l'ambizione di elaborare una conferenza nazionale e fare il piano intersettoriale per la promozione

della salute. L'obiettivo, appunto, era quello di avere una visione organica della politica di genere e promuoverla nella sua dimensione trasversale.

Rileggendo questo libro, questo materiale, che affronta i vari aspetti della salute delle donne, mi piace ricordare due affermazioni che sono contenute: "... rilevante ancora la sottovalutazione dei bisogni di salute delle donne all'interno di una ricerca medica che è incentrata sull'uomo e sulla sua realtà biologica e sociale. Rilevante ancora il pregiudizio scientifico che considera i processi morbosi delle donne con una prevalente derivazione biologistica ormonale e quelli degli uomini con una prevalente deviazione socio-ambientale lavorativa, ma il sesso il genere non sono la stessa cosa. Il genere è una costruzione sociale che va ben oltre le differenze biologiche e fisiologiche che definiscono uomini e donne, il genere è un fattore determinante essenziale per la salute, lo stato di salute, il benessere e la sua percezione. La promozione della salute, l'insorgenza delle malattie e il loro decorso, gli approcci terapeutici e la loro efficacia, sono diversi tra donne e uomini.

Riconoscere che le differenze non sono biologiche ma anche relative alla dimensione sociale e culturale del genere, è essenziale per delineare programmi e azioni, per organizzare l'offerta dei servizi, per indirizzare la ricerca e per analizzare i dati statistici".

Questi sono i due punti che ci avevano orientato e mi pare che rimangano molto attuali nella ricerca della medicina di genere.

Tra i dati sulla salute delle donne che allora avevamo raccolto due in particolare mi hanno colpito, mentre rileggevo: l'8,3 per cento delle donne italiane denuncia un cattivo stato di salute contro il 5,3 per cento degli uomini. Un aspetto che nella vulgata, nel senso comune, non era percepito e che invece un'analisi fatta applicando il principio del genere aveva messo in evidenza. E l'altro aspetto: secondo le statistiche internazionali la malattia cardiovascolare è il killer numero uno per le donne, infatti supera di gran lunga tutte le cause di morte. Ma, sebbene sia la prima causa di morte per le donne di 44/59 anni, è sempre stata invece considerata una malattia maschile.

Questi sono esempi di come una medicina, che assume come suo determinante fondamentale il

nesso e il genere, possa realizzare l'obiettivo della giustamente richiamata Legge 833 fondativa del nostro Sistema sanitario nazionale, relativo all'universalismo e noi sappiamo, abbiamo capito, che per realizzare un effettivo universalismo, un'effettiva inclusione, un'effettiva presa in carico, bisogna riconoscere le differenze, le disparità. Penso che la promozione della medicina di genere abbia fatto enormi passi in avanti, come stato detto, con battaglie importanti che ci hanno portati oggi ad avere una legge organica, una legge che va applicata. Non dimentichiamoci che il nostro è un Paese che ha delle buone leggi che poi non applica.

Mi sembra meritevole questa vostra iniziativa proprio perché vi ponete il problema di concorrere all'applicazione di una legge che, giustamente, collocate dentro un preciso contesto: una forte promozione della medicina del territorio.

D'altra parte quando proponemmo la medicina di genere e l'avvio di misure come il potenziamento dei consultori, il sostegno al processo nascita, quello che potemmo fare nel giro di due anni fu poco. La conferenza, che avevamo previsto nel documento, e il piano intersettoriale non riuscimmo a realizzarli perché il governo cadde. Nel giro di un anno abbiamo fatto quello che si poteva fare, però ci tengo a dire che era collegato all'idea della riorganizzazione della medicina territoriale e al progetto delle case della salute che non a caso decolla anche in quegli anni. Nel 2007 facemmo il decreto sulle case della salute, dopo vent'anni constato che, mentre sulla medicina di genere per fortuna si è fatta una legge organica, si è andati avanti, si è discusso molto, sulla medicina territoriale mi pare che siamo ancora molto indietro. Per questo mi auguro davvero che ci sia uno stretto legame tra promozione della medicina della salute e riorganizzazione della medicina territoriale, case della salute, case di comunità, chiamate come volete, ma l'importante è che ci sia veramente una medicina di prossimità che si prenda in carico i bisogni delle persone, che guardi al benessere delle persone e che sappia andare incontro alle fragilità.

Oggi il grande problema che abbiamo è che tante persone – che hanno bisogno di aiuto, di sostegno, di medicine – non sanno rivolgersi

ai servizi e non sanno dove sono, per questo è molto importante avere una medicina che vada incontro alle persone. Per me questo è un paradigma fondamentale: andare incontro, andare a cercare, andare a scovare chi non ce la fa, chi soffre, chi vive in una condizione di povertà e che non è in grado di curarsi. Quindi promozione del benessere ma anche promozione dell'inclusione sociale che richiede questa capacità di andare incontro, scovare il disagio, prenderlo in carico. Questo mi sembra sia molto coerente con una medicina di genere che – assumendo la determinante del sesso, del genere, e quindi guardando le differenze di vita tra uomini e donne – vuole essere fino in fondo inclusiva e vuole andare fino in fondo incontro alle persone. Oggi abbiamo una buona legge, mi pare che il problema sia nella sua applicazione, mi pare di aver capito – discutendo e seguendo il dibattito, seguendo le ricerche, le iniziative, le attività delle parlamentari e delle professioniste – che ci sia il problema di far comprendere che cos'è la medicina di genere alle persone, che le donne e gli uomini capiscano che, in quanto donne o in quanto uomini, sono portatori di bisogni diversi di salute. C'è poi una grande esigenza di informazione degli operatori. Dare un contributo in questa duplice direzione mi sembra molto importante, mi sembra coerente con l'idea di una cittadinanza attiva che con grande generosità, con grande intelligenza lo Spi Cgil porta avanti.

Vi ringrazio ancora una volta per questa opportunità, per la vostra sensibilità e capacità. ■

REGIONI A CONFRONTO

Francesco Montemurro *Presidente Ires Morosini*

Con questa breve comunicazione cercherò di fare il punto sulla situazione della medicina di genere, sia dal punto di vista della domanda di salute sia relativamente all'offerta di servizi sanitari e socio-sanitari. Ciò ci aiuterà a capire meglio perché occorra superare la pratica della cosiddetta *medicina spersonalizzata*, che spesso discrimina e cristallizza o amplifica alcune

diseguaglianze sociali. Basti pensare, per esempio, alla fase dell'emergenza Covid, in cui secondo diverse ricerche le debolezze strutturali quantitative e qualitative del mercato del lavoro femminile nonché le marcate asimmetrie nella distribuzione del carico di lavoro di cura e familiare hanno penalizzato maggiormente le donne in questo periodo.

Veniamo al merito dei risultati che abbiamo ottenuto da questa breve e agile indagine.

Il punto di partenza è che non è più possibile continuare a considerare l'uomo, come è stato fatto in passato, come il paradigma di riferimento per la ricerca medica e la pratica clinica. L'Istituto europeo per l'uguaglianza di genere periodicamente elabora un indice che in qualche modo misura i traguardi raggiunti dai vari Paesi in materia di parità di genere. In Italia – in base a questo indice nell'ultimo anno di rilevazione – l'8,1 per cento delle donne ha dei biso-



gni insoddisfatti per quanto riguarda l'accesso alle visite mediche, l'11 per cento per quanto riguarda le visite dentistiche. La differenza con gli uomini è significativa, questo tasso di insoddisfazione è più basso: riguarda rispettivamente il 6,2 per cento e il 9,6 per cento.

Ancora, ulteriori dati confermano che le donne consumano più farmaci degli uomini. Per esempio, nel 2019

al momento dell'intervista da parte dell'Istat, il 47 per cento delle donne dichiarava di avere assunto farmaci nei due giorni precedenti, tra gli uomini il 39 per cento; le donne sono più soggette ad avversità rispetto agli uomini, e sono sempre paradossalmente – questo è un aspetto molto interessante – sottorappresentate nei trials clinici. Le sperimentazioni, e quindi la popolazione femminile, come è stato detto con forza precedentemente, viene assimilata a quella maschile per quanto riguarda sia l'efficacia che le controindicazioni del farmaco (slide 2).

Al contrario, naturalmente, una ricerca di genere permetterebbe di segnalare le differenze di assimilazione e di risposta dell'organismo femminile rispetto a quello maschile. Le donne si ammalano di più. Sempre secondo i dati Istat, il 35 per cento delle donne italiane nel 2019 denuncia uno stato di salute non buono, in lieve aumento, peraltro, rispetto al 2009, contro il

27,3 per cento degli uomini; le donne mostrano anche una maggiore incidenza di malattie croniche e presentano, relativamente all'evoluzione della comorbilità delle malattie, alcune caratteristiche che in qualche modo sorprendono e non sono state adeguatamente assimilate anche dalla ricerca o dalla medicina ufficiale.

A questo proposito è stato già detto da Livia Turco, che le malattie del cuore tradizionalmente vengono assimilate agli uomini, mentre sono in forte crescita tra le donne, specie per quanto riguarda l'ipertensione, ma anche le malattie che riguardano le allergie, l'osteoporosi e i disturbi nervosi interessano sempre di più la componente femminile della popolazione.

Va detto che nonostante la più alta speranza di vita rilevata mediamente tra le donne, il numero di anni trascorsi in buone condizioni di salute è inferiore, in media, a quello degli uomini. Nel 2018 la speranza di vita alla nascita in Lombardia era di 86 anni per le donne e di 81 per gli uomini, ma considerando solo gli anni in buona salute, era di 58 anni per le donne e quasi 60 per gli uomini (slide 3).

Un parametro interessante, che chiama in causa il servizio sanitario nel fornire una presa in carico efficace per le patologie croniche, è la quota di persone che pur soffrendone dichiara un buon stato di salute: anche in questo caso è inferiore tra le donne, 38,8 per cento, e aumenta considerevolmente tra gli uomini, 48,3 per cento (slide 4).

Al contrario, per quanto riguarda i fattori di rischio per la salute, i profili elaborati dall'Istat nell'ambito delle analisi sul Bes (Benessere) certificano che nel 2019 nelle donne vi era una minore propensione al fumo e all'abuso di bevande alcoliche; esse si distinguono anche per una minore presenza di eccesso di peso, per una migliore e adeguata alimentazione – consumando anche più porzioni di frutta e/o verdura, rispetto agli uomini –, mentre la mortalità droga correlata è significativamente inferiore a quella riscontrata tra gli uomini (slide 5).

Peraltro, questi dati dicono, relativamente ad entrambi i sessi, che tra il 2009 e il 2019 il numero delle persone in buona salute è in realtà diminuito. Ciò dovrebbe farci riflettere anche sull'evoluzione dell'offerta di servizi sanita-

ri e socio-sanitari, relativamente ai parametri di efficacia ed efficienza di tali prestazioni.

Come si vede dai dati disponibili, si nota un forte aumento delle persone che sono affette da patologie.

Come dicevo prima a proposito dei fattori di rischio, abbiamo tentato di comparare la Lombardia con alcune regioni del Centro-Nord (slide 6).

Come vedete dai dati che vengono in parte rilevati attraverso interviste somministrate alle donne residenti in queste regioni, le donne lombarde presentano minori fattori di rischio rispetto alla media nazionale, anche per quanto riguarda l'incidenza delle fumatrici e delle forti bevitrice. Il tasso di sedentarietà è significativamente più basso di quello nazionale e anche per quanto riguarda l'alimentazione adeguata il risultato è soddisfacente, sebbene abbastanza inferiore al risultato rilevato nel Piemonte.

Un dato nazionale (slide 7) mostra che tra le donne sono prevalenti, rispetto agli uomini, le malattie psichiche: nel 2015 il 7,1 per cento riferiva di essere affetta da depressione cronica. Un'incidenza quasi doppia rispetto agli uomini. Inoltre, anche considerando l'ansia cronica grave, il tasso delle donne che hanno patologie psichiche aumenta e sale all'8,5 per cento.

In generale, le malattie neurodegenerative e una serie di disturbi della psiche colpiscono maggiormente le donne in Italia: sono dati che confermano la necessità dell'introduzione e del potenziamento della medicina di genere.

In conclusione veniamo ai dati che riguardano l'offerta, cioè come la medicina di genere si declina nel nostro servizio sanitario nazionale. In realtà su questo punto i dati sono molto pochi e in parte superficiali.

Il tumore alla mammella rappresenta ancora oggi la neoplasia più frequente e la causa di morte per tumore più importante per le donne. Che cosa si sta facendo sul piano dei programmi di screening, così come viene rilevato annualmente o periodicamente dalla Commissione sui Lea? Quali sono i risultati? Ci sono ancora forti diseguaglianze territoriali, tra Nord e Sud: nel Mezzogiorno oltre il 60 per cento delle donne risulta ancora privo di un'offerta di mammografia all'interno di programmi organizzati, e



relativamente al Centro-Nord, nota dolente, la Lombardia continua a soffrire un ritardo importante rispetto alle altre grandi regioni comparabili, secondo le rilevazioni del Comitato per i Lea. Solo il 9 per cento della popolazione generale, qui è difficile distinguere fra donne e uomini, ha effettuato negli ultimi tre anni oggetto di rilevazione, test di screening di primo livello, cervice uterina, mammella e colon retto, a fronte del 13 per cento di Piemonte e Toscana e del 15 per cento di Veneto ed Emilia-Romagna. È un dato che mette in evidenza i ritardi della medicina di genere in Lombardia anche al confronto con le altre regioni (slide 8). Veniamo ai consultori citati prima ampiamente da Livia Turco. Cosa succede a oltre quarantacinque anni dalla loro nascita nazionale? Una recente indagine ci dice che anche in questo caso la Lombardia ha accumulato notevoli ritardi. I consultori familiari vengono considerati come importanti servizi base a tutela della salute della donna, del bambino, della coppia e della famiglia. Essi dovevano essere impostati sulla base dell'orientamento alla prevenzione e alla promozione della salute, dovevano distinguersi per l'approccio olistico, la multidisciplinarietà

e l'integrazione con gli altri servizi territoriali. In realtà, negli ultimi anni il numero dei consultori si è ridotto ed è calata anche l'attenzione nei confronti di queste strutture. La gratuità del servizio non è garantita in tutte le regioni. Sulla base di quanto rilevato da recenti analisi, cinque regioni, Lombardia, Valle d'Aosta, Liguria, Veneto ed Emilia Romagna, prevedono il pagamento di un ticket per una o più delle seguenti prestazioni: visite ed esami per infezioni, malattie sessualmente trasmissibili, visite per menopausa, consulenza psicologica e sessuologica, psicoterapie, contraccezione short e long acting.

La presenza di attori privati nel contesto dell'azione dei Consultori riguarda sette regioni, tra di esse vi è la Lombardia dove con questa tipologia di consultori familiari rappresenta ben il 35 per cento del totale, 91 in valori assoluti (slide 9).

Venendo agli indicatori di funzionamento, relativamente alla copertura del bacino di utenza e quindi all'efficacia del servizio, vediamo, anche qui, che la Lombardia presenta alcuni spostamenti di segno negativo rispetto alle altre regioni comparabili.

La presenza di un consultorio familiare previsto dalla Legge 34 del '96 era fissata ad uno ogni 20mila abitanti: la Lombardia ha un rapporto di 61.834 residenti per consultorio, un dato che dopo il Molise costituisce il valore più basso per diffusione di queste strutture. Un tasso che risulta insoddisfacente in particolare a confronto con Emilia-Romagna e Toscana. Anche considerando la quota percentuale di popolazione presa in carico la Lombardia, con 2,6 utenti ogni cento residenti, è agli ultimi posti: ci superano soltanto il Molise, la Provincia autonoma di Trento e il Veneto; anche in questo caso sono molto forti gli scostamenti territoriali tra grandi regioni, soprattutto con Emilia-Romagna e Toscana (slide 10).

I livelli di attività dei consultori risentono anche della componente del capitale umano, con riferimento alle qualifiche professionali degli operatori che compongono l'equipe di base consultoriale. Come vedete dai grafici qui riportati (slide 11 e 12) i livelli di presenza sono abbastanza bassi per quanto riguarda i ginecologi e le ostetriche, sono invece più alti rispetto alle

altre regioni con riferimento agli psicologi e anche agli assistenti sociali.

Anche il numero di prestazioni erogate in rapporto alla popolazione vede la Lombardia collocarsi all'ultimo posto in Italia, con 7,4 prestazioni erogate ogni cento residenti, un tasso tre volte più basso dell'Emilia-Romagna. Questa indicazione non può essere considerata come una misura oggettiva delle differenze regionali, in quanto i dati che le compongono non sono stati definiti in modo standardizzato. A ogni modo questi dati ci confermano che il numero delle prestazioni e il grado di copertura della domanda da parte del servizio, sono in Lombardia molto bassi, fatta eccezione per i servizi attivati a favore delle donne in menopausa e post menopausa. La copertura dei punti di ascolto per i giovani e la stima della copertura per gli adolescenti è di nuovo più bassa rispetto al contesto nazionale e alle regioni comparabili (slide 13).

I dati presentati non sono molti, però sono significativi e dimostrano che il nostro Paese e la nostra regione hanno accumulato enormi ritardi nel dotarsi dello strumento della medicina di genere. ■

1 - MEDICINA DI GENERE: A CHE PUNTO SIAMO?



Lombardia

Medicina di genere: a che punto siamo?

Comunicazione di Francesco Montemurro, Ires Morosini

Milano, 23 marzo 2021

2 - MEDICINA DI GENERE. LA SALUTE DELLE DONNE QUALE PARADIGMA DELLO STATO DI SALUTE DELL'INTERA POPOLAZIONE

Secondo l'Istituto Europeo per l'Uguaglianza di Genere, che periodicamente elabora un indice che misura i traguardi raggiunti dai vari paesi in materia di parità di genere, in Italia l'8,1% delle donne ha dei bisogni insoddisfatti per quanto riguarda l'accesso alle visite mediche e l'11% per quanto riguarda le visite dentistiche; gli uomini con queste difficoltà sono rispettivamente il 6,2% e il 9,6%.

Occorre quindi sviluppare la ricerca di genere, e questo perché:

- le donne consumano più farmaci degli uomini (nel 2019, al momento dell'intervista da parte dell'ISTAT, il 47% delle donne dichiarava di aver assunto farmaci nei due giorni precedenti, tra gli uomini il 39%);
- sono anche più soggette degli uomini alle reazioni avverse;
- le donne sono da sempre paradossalmente sottorappresentate nei trials clinici (sperimentazioni) e la popolazione femminile viene assimilata a quella maschile per quanto riguarda sia l'efficacia che le controindicazioni del farmaco.

La ricerca di genere permetterebbe invece di segnalare le differenze di assimilazione e di risposta dell'organismo femminile rispetto a quello maschile. Queste differenze vanno studiate sia per i potenziali rischi ma anche per i benefici diversi che si possono rilevare tra i generi.

3 - LE DIFFERENZE DI GENERE NELLE CONDIZIONI DI SALUTE

Parlare di salute della donna è importante, in primo luogo, **perché le donne si ammalano di più**. Secondo i più recenti dati Istat (2019), il 35% delle donne italiane denuncia uno stato di salute non buono, in lieve aumento rispetto al 2009, contro il 27,3% degli uomini. Al di là delle percezioni soggettive, le donne mostrano anche una maggiore incidenza di malattie croniche: ne soffre il 43,6% a fronte di un 40,9% nella popolazione maschile. Una donna su quattro si trova in una condizione di comorbilità. Le malattie per le quali le donne presentano una maggiore prevalenza rispetto agli uomini sono: le allergie (12,2% contro 11,4%), l'ipertensione (18,5% contro 17,9%), artrosi e artrite (20,8% contro 16%), osteoporosi (13,7% contro 8,1%), disturbi nervosi (5,7% e 4,8%). Anche le patologie cardiovascolari, tradizionalmente considerate «maschili», interessano una quota rilevante della popolazione femminile (3,3%).

Nonostante la più alta speranza di vita, il numero di anni trascorsi in buone condizioni di salute è inferiore, in media, a quello degli uomini. Nel 2018, la speranza di vita alla nascita in Lombardia era di 86 anni per le donne e di 81 per gli uomini, ma considerando soltanto gli anni in buona salute, di 58 per le une e quasi 60 per gli altri.

4 - LE DIFFERENZE DI GENERE NELLE CONDIZIONI DI SALUTE/1

Un altro parametro interessante, che chiama in causa la capacità del servizio sanitario di fornire una presa in carico efficace delle patologie croniche, è la quota di persone che, pur soffrendone, dichiara un buono stato di salute. Questa percentuale è del 38,8% tra le donne e del 48,3% tra gli uomini.

Riguardo i fattori di rischio per la salute, l'ISTAT certifica che nel 2019 tra le donne vi era una minore propensione al fumo e all'abuso di bevande alcoliche. L'indice di massa corporea indicava una minore presenza di donne in eccesso di peso; rispetto agli uomini avevano una più adeguata alimentazione, consumando più porzioni di frutta e/o verdura. Risulta più elevata, però, rispetto agli uomini, la quota di donne che non praticano sport né continuamente né saltuariamente e che non svolgono alcun tipo di attività fisica nel tempo libero. La mortalità droga-correlata è significativamente inferiore nelle donne, tra le quali si rilevava nel 2015 un tasso standardizzato di 1,1 morti per milione a fronte di 6,5 morti per milione tra gli uomini.

5 - LE DIFFERENZE DI GENERE NELLE CONDIZIONI DI SALUTE

Indicatori sullo stato di salute percepito e sull'incidenza delle patologie croniche, suddivisi per genere. Italia. Anni 2009 e 2019. Valori percentuali.

	2009			2019		
	maschi	femmine	totale	maschi	femmine	totale
Persone in buona salute	73,7	65,2	69,3	72,7	65,0	68,8
Persone con almeno una malattia cronica	35,5	41,9	38,8	38,1	43,6	40,9
Persone con almeno due malattie croniche	16,2	24,2	20,3	17,6	24,5	21,1
Persone con malattie croniche in buona salute	46,3	35,7	40,4	48,3	38,8	43,1
Malati/e cronici/che – affetti/e da diabete	4,6	5,0	4,8	6,2	5,5	5,8
Malati/e cronici/che – affetti/e da ipertensione	14,6	16,9	15,8	17,3	18,5	17,9
Malati/e cronici/che – affetti/e da bronchite cronica	6,3	6,2	6,2	6,1	6,2	6,1
Malati/e cronici/che – affetti/e da artrosi, artrite	12,5	22,9	17,8	11,0	20,8	16,0
Malati/e cronici/che – affetti/e da osteoporosi	1,7	12,6	7,3	2,3	13,7	8,1
Malati/e cronici/che – affetti/e da malattie del cuore	4,2	3,2	3,6	5,1	3,3	4,2
Malati/e cronici/che – affetti/e da malattie allergiche	9,3	11,1	10,2	10,5	12,2	11,4
Malati/e cronici/che – affetti/e da disturbi nervosi	3,3	5,5	4,4	3,9	5,7	4,8
Malati/e cronici/che – affetti/e da ulcera gastrica o duodenale	3,2	3,0	3,1	2,6	2,5	2,6
In eccesso di peso	56,4	36,3	46,1	53,9	36,4	44,9
Fumatori/trici	28,7	17,3	22,8	22,5	15,2	18,7
Consumatori/trici a rischio di alcolici	29,2	11,9	20,3	22,3	9,5	15,8
Sedentari/e	38,2	45,8	42,1	32,6	38,3	35,5
Con un'alimentazione adeguata	16,1	21,2	18,7	15,1	20,1	17,7

6 - LE DIFFERENZE DI GENERE NELLE CONDIZIONI DI SALUTE

Le donne lombarde presentano minori fattori di rischio per la salute rispetto alla media. La quota in eccesso di peso è rilevante (32,2%) ma inferiore a tutte le altre regioni oggetto di comparazione (in particolare l'Emilia-Romagna). Sono più basse anche le percentuali di fumatrici e di forti bevitrici, peraltro molto inferiori a quelle osservate per la componente maschile della popolazione. Il tasso di sedentarietà (26,6%) è significativamente più basso di quello nazionale; la quota di donne che consuma un adeguato quantitativo giornaliero di frutta e verdura è più soddisfacente della media ma risulta minoritaria, oltre che significativamente inferiore a quella del Piemonte.

Indicatori sui fattori di rischio per la salute, suddivisi per genere. Italia e grandi regioni del Centro-Nord. Anni 2019.
Valori percentuali.

	In eccesso di peso		Fumatori/trici		Consumatori/trici a rischio di alcolici		Sedentari/e		Con un'alimentazione adeguata	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Lombardia	49,8	32,2	20,8	14,4	22,5	10,6	23,4	26,6	15,9	22,2
Emilia-Romagna	54,5	40,1	22,1	14,9	26,9	11,2	25,6	29,8	16,9	22,1
Piemonte	50,0	32,8	25,6	16,1	24,7	11,9	26,0	29,3	20,2	26,0
Veneto	52,5	33,2	17,2	14,5	25,1	11,1	22,1	24,4	15,9	23,2
Toscana	51,3	33,3	25,4	16,2	24,5	12,7	29,1	31,8	16,1	21,6
Italia	53,9	36,4	22,5	15,2	22,3	9,5	32,6	38,3	15,1	20,1

7 - LE DIFFERENZE DI GENERE NELLE CONDIZIONI DI SALUTE

Le patologie psichiche sono prevalenti tra le donne. Il 7,1% nel 2015 riferiva di essere affetta da depressione cronica, un'incidenza quasi doppia rispetto agli uomini (3,8%). Considerando anche l'ansia cronica grave il tasso sale all'8,5%.

Anche le malattie neurodegenerative (Alzheimer, demenze, sclerosi multipla) e una serie di disturbi della psiche (disturbo bipolare, sindromi nevrotiche e somatoformi) colpiscono maggiormente le donne. In Italia, le donne trattate nei servizi psichiatrici territoriali sono 166,8 per 100.000 residenti (gli uomini 154,4); lo stesso tasso in Lombardia è di 180,6 per 100.000 (gli uomini 162,3).

L'endometriosi ha un'incidenza nella popolazione femminile di circa il 10 per cento e interessa circa il 30 per cento delle donne infertili. È spesso sottovalutata ed invalidante e provoca un grave stato di sofferenza psico-fisica. Il suo costo sociale, per la sola perdita di giornate lavorative, è stimato attorno ai 4 miliardi di euro.

8 - LE DIFFERENZE DI GENERE NELLA PREVENZIONE E NELLE CURE

Il tumore alla mammella rappresenta ancora oggi la neoplasia più frequente e la causa di morte per tumore più importante per le donne. Nonostante il piano nazionale di prevenzione e l'organizzazione dei programmi di *screening* abbiano fatto raggiungere importanti risultati, ancora vi sono forti disuguaglianze territoriali tra Nord e Sud: nel Mezzogiorno oltre il 60 per cento delle donne risulta ancora privo di un'offerta di mammografia all'interno di programmi organizzati. Nel panorama del Centro-Nord, la Lombardia continua a soffrire un consistente ritardo rispetto alle altre grandi regioni comparabili: secondo la rilevazione del comitato per i LEA, solo il 9% della popolazione generale ha effettuato negli ultimi tre anni oggetto di rilevazione (2016-2018) test di screening di primo livello per cervice uterina, mammella e colon retto, a fronte di un 13% di Piemonte e Toscana e di un 15% di Veneto ed Emilia-Romagna.

Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto.

	2016	2017	2018
Lombardia	9%	9%	9%
Emilia-Romagna	15%	15%	15%
Piemonte	11%	11%	13%
Veneto	15%	15%	15%
Toscana	13%	13%	13%

9 - I CONSULTORI

A oltre 45 anni dalla loro nascita (legge nazionale 405/1975) i Consultori Familiari (CF) continuano ad erogare in tutte le regioni italiane servizi di base a tutela della salute della donna, del bambino, della coppia e della famiglia, con un orientamento alla prevenzione e alla promozione della salute e basato sull'approccio olistico, la multidisciplinarietà, l'integrazione con gli altri servizi territoriali. A causa di uno sviluppo non omogeneo nel corso degli anni, la loro copertura risulta oggi molto differenziata lungo il territorio nazionale, così come la loro governance e il loro rapporto con il più ampio sistema sanitario e socio-sanitario. In 5 Regioni i consultori familiari sono incardinati nel Dipartimento materno infantile, in 2 Regioni nel Dipartimento delle cure primarie, in 7 Regioni – tra le quali la Lombardia – fanno capo a Dipartimenti diversi a seconda dell'azienda sanitaria locale (le informazioni riferite qui e in seguito sono state ricavate dallo studio realizzato nell'ambito del Progetto Nazionale Consultori Familiari, che ha raccolto dati su 1.703 sedi consultoriali – corrispondenti all'88% del totale – tra il 2018 e il 2019).

Alcuni aspetti che denotano le diverse modalità di organizzazione del servizio a livello regionale sono

La gratuità del servizio. Le visite in gravidanza, l'assistenza in puerperio, la partecipazione ai Corsi di Accompagnamento alla Nascita (CAN), il percorso per le Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) e l'accesso allo spazio giovani sono prestazioni garantite senza costi per gli utenti in tutte le Regioni. Cinque regioni però – Valle d'Aosta, Liguria, **Lombardia**, Veneto, Emilia Romagna – prevedono il pagamento di un ticket per una o più delle seguenti prestazioni: visite ed esami per infezioni/malattie sessualmente trasmissibili, visite per menopausa, consulenza psicologica e sessuologica, psicoterapie, contraccezione short e long acting.

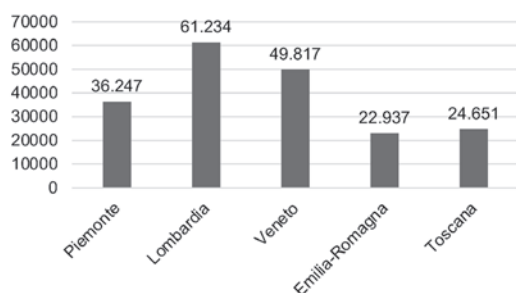
La presenza di attori privati. Si riscontra in sette regioni. Tra di esse vi è la Lombardia, dove questa tipologia di CF rappresenta il 35% (91 in valori assoluti) del totale.

10 - I CONSULTORI: DIFFUSIONE SUL TERRITORIO E COPERTURA SUL BACINO DI UTENZA

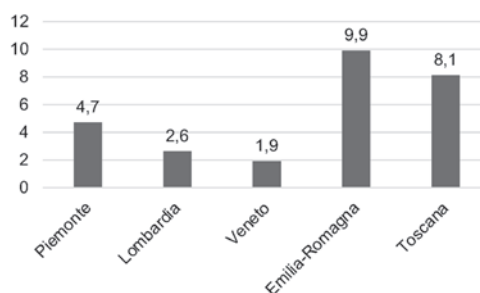
Nonostante le legge n. 34/96 abbia previsto la presenza di un CF ogni 20.000 abitanti (il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 distingue tra zone rurali, dove sarebbe auspicabile un CF ogni 10.000, e zone urbane, dove è sufficiente un CF ogni 25.000), la media calcolata sull'intero territorio nazionale è di uno su 30.000, con due sole regioni e una provincia autonoma (peraltro di piccole dimensioni) che raggiungono il target.

La Lombardia, con un rapporto di 61.234 residenti per consultorio, è dopo il Molise la regione con la diffusione più bassa di queste strutture, un tasso che risulta insoddisfacente in particolare al confronto con Emilia-Romagna e Toscana (< 25.000 abitanti per CF). Anche considerando la percentuale di popolazione presa in carico, la Lombardia, con 2,6 utenti per 100 residenti, è agli ultimi posti, superando soltanto Molise, Provincia Autonoma di Trento e Veneto. Anche in questo caso, si evidenzia l'ampio divario che la separa da Emilia-Romagna e Toscana.

Rapporto tra numero di residenti e consultori. Periodo 2018-2019.



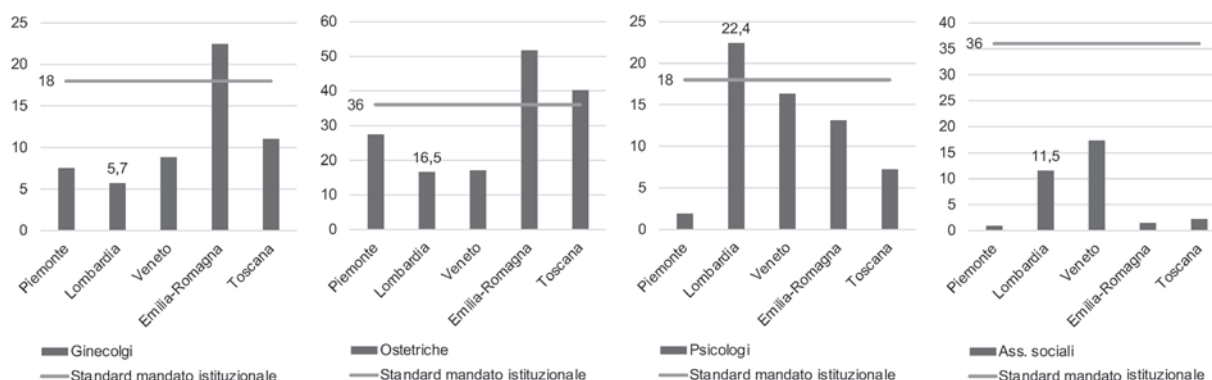
Rapporto tra numero di utenti e residenti. Periodo 2018-2019.



11 - I CONSULTORI: I LIVELLI DI ATTIVITÀ

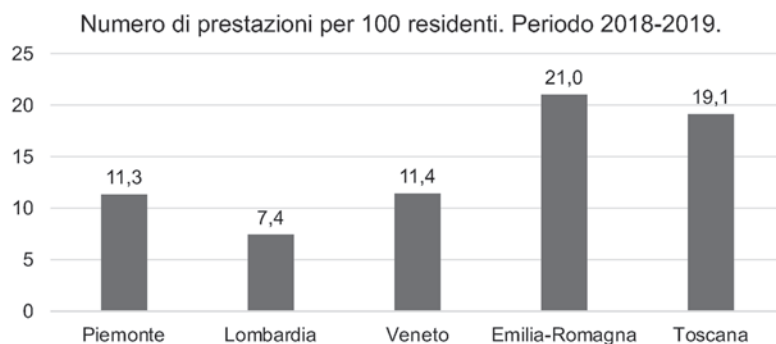
Più informative circa gli effettivi livelli di attività di queste strutture sono le ore lavorate dagli operatori che compongono l'equipe di base consultoriale (ginecologi, ostetriche, psicologi e assistenti sociali). Per quanto riguarda ginecologi e ostetriche, con 5,7 e 16,5 ore lavorative settimanali per 20.000 abitanti, la Lombardia mostra un forte divario dallo standard previsto dal Ministero della Salute per rispondere al mandato istituzionale dei CF, oltre che le peggiori performance rispetto alle grandi regioni del Centro-Nord oggetto di comparazione. Supera invece lo standard il volume di attività degli psicologi (22,4 rispetto a 18) mentre, come in tutte le altre regioni italiane ad esclusione del Mezzogiorno, dove i consultori sembrano rispondere anche a bisogni di tipo sociale, l'attività degli assistenti sociali è ampiamente al di sotto della soglia prevista.

Media delle ore lavorative settimanali per 20.000 residenti per alcune professioni. Periodo 2018-2019.



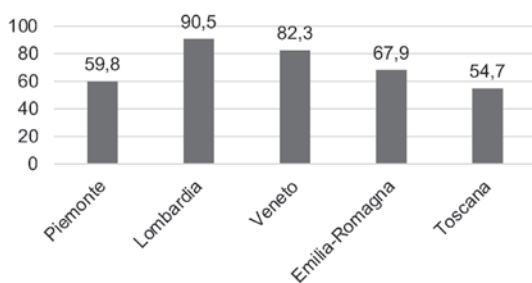
12 - I CONSULTORI: I LIVELLI DI ATTIVITÀ

Se si considera il numero di prestazioni erogate in rapporto alla popolazione, la Lombardia si colloca all'ultimo posto in Italia, con 7,4 prestazioni erogate ogni 100 residenti, un tasso tre volte più basso dell'Emilia-Romagna. Tale indicazione non può essere però considerata come una misura oggettiva delle differenze regionali, in quanto i dati che la compongono non sono stati definiti in modo standardizzato. Le difficoltà di rilevazione attengono alle diverse modalità di registrazione delle prestazioni erogate, in particolare la distinzione tra utenti singoli o in gruppo (ad esempio gli incontri di coppia) e il Pap test, che solo alcune ASL includono fra le prestazioni consultoriali, con diverse modalità di rilevazione anche nell'ambito della stessa Regione.

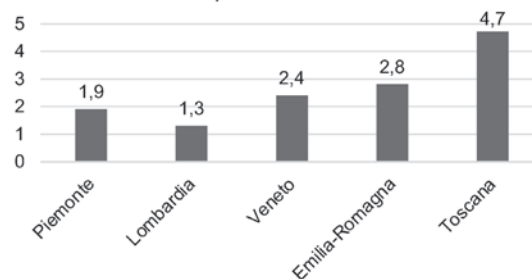


13 - I CONSULTORI: I SERVIZI ATTIVATI

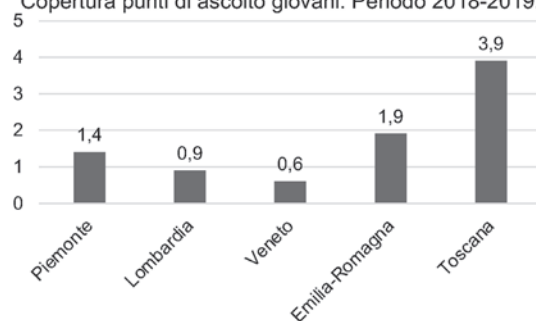
Percentuale di CF che offrono attività a donne in menopausa e post menopausa. Periodo 2018-2019.



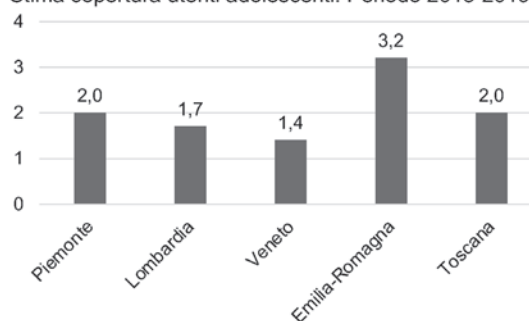
Numero stimato di CAN per 100 nati vivi. Periodo 2018-2019.



Copertura punti di ascolto giovani. Periodo 2018-2019.



Stima copertura utenti adolescenti. Periodo 2018-2019.



ESPERIENZE E OPINIONI A CONFRONTO

Partecipano:

Alessandra Kustermann

Direttore Unità operativa complessa Policlinico di Milano

Marina Bianchi

Medico di medicina generale

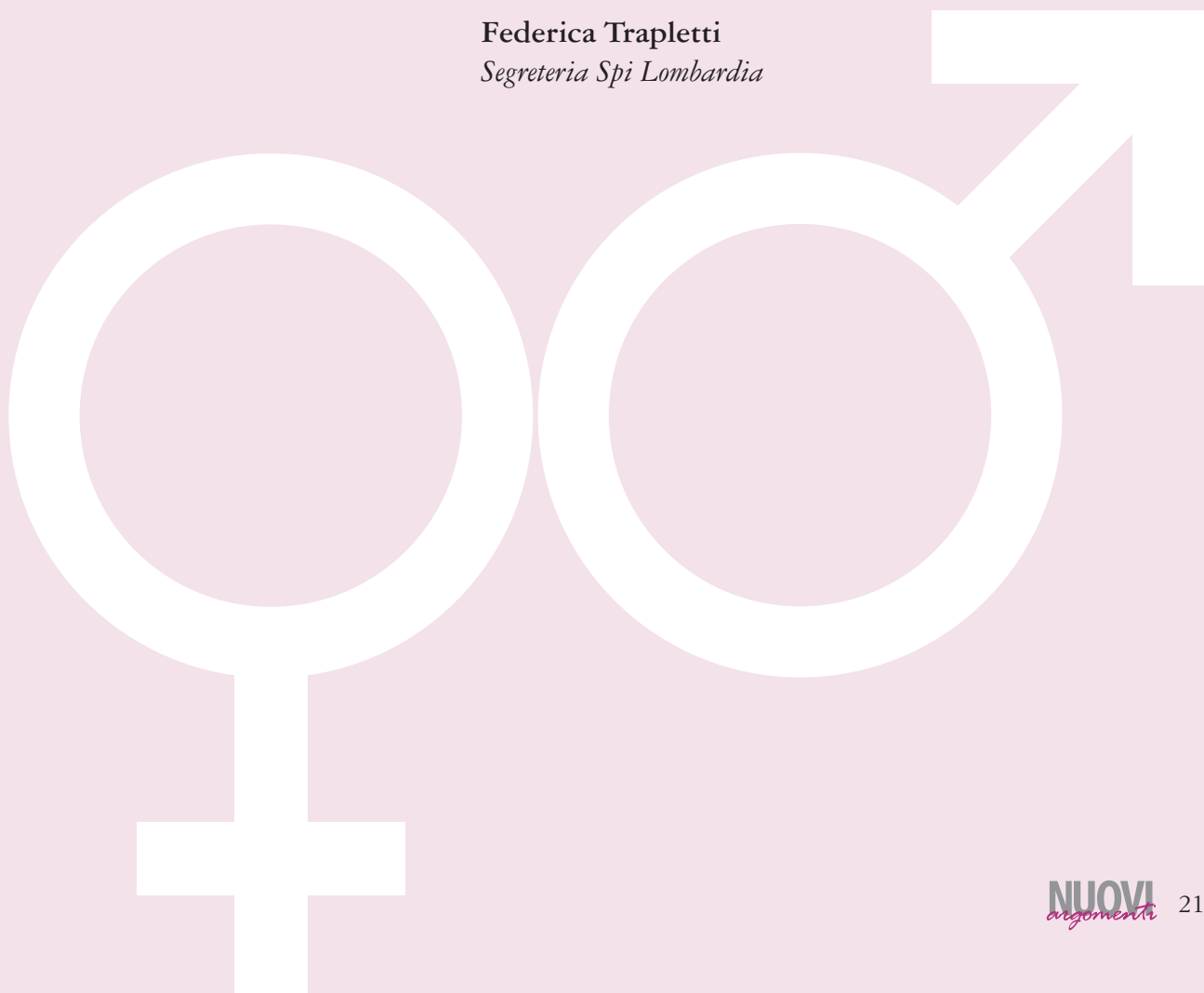
Monica Vangi

Segreteria Cgil Lombardia

Moderata:

Federica Trapletti

Segreteria Spi Lombardia



ESPERIENZE E OPINIONI A CONFRONTO

Federica Trapletti

Ringraziamo Francesco Montemurro per averci illustrato questa ricerca da cui emerge come i bisogni, i percorsi di cura, siano diversi tra i generi e come le donne abbiano bisogno di maggiore cura e nello stesso tempo maggiore difficoltà di accesso alle cure stesse.

Questo è il motivo per sostenere ancora una volta in più l'assoluta necessità di approfondire e sviluppare la medicina di genere, in particolare in Lombardia. È preoccupante il dato che Montemurro ha illustrato sull'adesione delle donne lombarde ai programmi di screening, dato che è



Federica Trapletti

ulteriormente peggiorato in questo periodo di pandemia. Altrettanto preoccupante è come in Lombardia, negli anni, la situazione dei consultori sia assolutamente peggiorata, elemento per niente favorevole alla salute delle donne.

Passiamo ora a un confronto di esperienze e opinioni. Alessandra Kustermann è medico specialista in ostetricia e ginecologia, nonché direttrice dell'Unità operativa complessa del Policlinico di Milano. Vanta un'esperienza quarantennale sui temi della medicina di genere, della diagnosi prenatale, ma anche su un altro tema importantissimo che è quello della violenza sessuale domestica. È conosciuta ed è punto di riferimento, non solo a Milano, oltre che per i meriti professionali, anche per il suo impegno a favore dei diritti delle donne e la difesa della Legge 194.

Alla dottoressa Kustermann chiediamo di parlarci – in base a quella che è la sua lunga esperienza personale e lavorativa – dell'evoluzione della medicina di genere dagli esordi fino ai nostri giorni.

ALESSANDRA KUSTERMANN

*Direttore Unità operativa complessa
Policlinico di Milano*

Volevo innanzitutto ringraziare Livia Turco che, fra tutti i ministri della Salute che ho visto alternarsi durante gli anni della mia professione, è stata l'unica ad essere un'antesignana della medicina di genere avendo creato all'inter-

no del suo ministero una Conferenza che doveva continuare ad evolversi e in cui abbiamo discusso proprio i temi della medicina di genere e delle differenze uomo/donna nella valutazione della salute.

È ovvio che ho un osservatorio diverso da chi è intervenuto finora perché sono direttrice di una Unità operativa complessa (Uoc) che si occupa di settori importanti del Policlinico. Alla Uoc che dirigo afferiscono il Pronto Soccorso Ostetrico Ginecologico, che ha circa 22 mila accessi l'anno, più altre mille persone che accedono a SVSeD per violenza sessuale e/o domestica; sono responsabile dell'applicazione della legge 194; inoltre sono afferiti alla mia Uoc due consultori familiari in seguito alla riforma della sanità in Lombardia con la legge regionale 23. Il Policlinico è un Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (Irccs), al quale con la legge 23 non è stata attribuita la gestione di un'area territoriale, a differenza delle altre Aziende socio sanitarie territoriali (Asst) lombarde, per questo motivo non ha un direttore socio-sanitario preposto all'integrazione tra ospedali e territorio. Tuttavia, la clinica Mangiagalli dell'Irccs di Milano ha il più elevato numero di nascite tra gli ospedali lombardi (circa 5500 nel 2020) per cui era logico attribuirle la gestione di almeno due consultori familiari. La direzione strategica dell'Irccs stabilì di aggregarli al mio primariato. Era una nuova sfida per me e ne fui felice, dato che ho sempre pensato che le gravidanze a basso rischio, la contraccezione e le richieste di interruzione volontaria di gravidanza avrebbero potuto essere seguite in modo migliore in consultorio rispetto ad ambulatori ospedalieri, per la possibilità di integrare figure professionali diverse e di dare risposte ai molteplici bisogni delle donne e dei giovani di entrambi i sessi. Purtroppo, ma a posteriori per fortuna, ambedue i consultori, collocati nel centro storico, avevano perso le loro sedi, che erano rimaste all'Azienda territoriale sanitaria (Ats), per cui fu necessario trovare un'unica sede centrale idonea nel patrimonio immobiliare del Policlinico. La sede prescelta è molto grande, ha un notevole fascino ed è stata ristrutturata conservativamente mantenendo il suo carattere di antica villa.



Alessandra Kustermann

Perché vi dico questo? Perché è chiaro che per far funzionare una Legge che prevedeva che agli ospedali afferissero i consultori familiari bisognava contemporaneamente mettere in campo anche risorse economiche per consentissero un adeguamento strutturale e apparecchiature idonee per potenziare l'immagine di questi servizi, sempre più negletti e che mostravano i segni di un mancato adeguamento alle nuove esigenze della popolazione femminile. Devo dire che la fusione del personale dei due consultori si è dimostrato un enorme vantaggio per potenziare la capacità di accogliere all'interno di un'unica struttura, ma con la metodologia d'equipe tipica dei consultori familiari, tutte le gravidanze a basso rischio che venivano seguite in precedenza negli ambulatori ostetrici della Clinica Mangiagalli.

Oggi seguiamo in consultorio 1800 gravide a basso rischio, senza patologie pregresse importanti, a tutte garantiamo almeno due ecografie in gravidanza, compreso la cosiddetta ecografia morfologica alla ventesima settimana. Tutte le donne hanno la stessa ginecologa di riferimento per tutta la gravidanza. Di queste gravide circa un centinaio hanno un rischio cosiddetto intermedio, magari hanno un diabete gestazionale, una gravidanza gemellare, sono obese ma con un *body mass index* inferiore a trentacinque,

quindi possono essere seguite da una ginecologa esperta e non devono afferire negli ambulatori di patologia della gravidanza, rimasti in Mangiagalli. Alcuni ginecologi dedicati all'attività consultoriale, il cui numero è stato ovviamente potenziato, lavorano anche in Mangiagalli in diagnosi prenatale, in Pronto Soccorso e in sala Parto, oltre che in SVSeD. Il tempo dedicato a ogni donna durante una visita ostetrica o ginecologica è molto superiore al tempo che veniva dedicato per la stessa attività in precedenza all'interno dell'ospedale. Per darvi un'idea della differenza tra una visita in consultorio e in ospedale cito l'esempio di una prima visita in gravidanza: in consultorio è prevista la presenza di due figure professionali, ostetrica e ginecologa, e la durata di questa visita è di un'ora, mentre all'interno dell'ospedale, la durata di una prima visita in gravidanza era di quindici minuti, analoga a quella delle visite successive. Potete capire come il tempo sia una variabile importante, perché senza un tempo adeguato all'ascolto e del colloquio quella donna non potrà mai riuscire a essere rassicurata sulla sua gravidanza, non potrà mai essere presa in carico nel modo più globale anche rispetto ai suoi bisogni sociali e psicologici. Vi è anche la possibilità per la donna di essere assistita dalle sole ostetriche in gravidanza. Le mediatrici culturali sono presenti alle visite delle donne che non parlano l'italiano. Tutte le volte che emerge un bisogno sociale o psicologico vi è la possibilità di ottenere subito una consultazione con psicologhe o assistenti sociali. Dopo il parto la donna viene accompagnata nei problemi dell'allattamento e nelle varie fasi della vita del proprio figlio con riunioni di gruppo, oggi prevalentemente on line, su molti temi fonti di ansia per i neo genitori: osservazione con anche una psicologa della relazione mamma-bambino, massaggio neonatale, svezzamento e prime pappe, sonno e problemi di addormentamento, motricità e gioco, lettura di libretti da introdurre precocemente. Diminuire il numero dei consultori, se utile per migliorare la qualità dell'offerta, può costituire un vantaggio, quindi non mi arenerei sul numero totale dei consultori sul territorio, ma farei in modo che le donne possano accede-

re facilmente e con mezzi pubblici al consultorio familiare della loro zona, con orari di apertura lunghi e quotidiani, magari aggiungendo un'offerta anche per qualche mattina di sabato. Se avessimo un consultorio familiare ogni 20mila abitanti e l'offerta comprendesse anche, per seguire una gravidanza fisiologica, la possibilità di fare l'ecografia morfologica alla ventesima settimana, di fare gli *screening* con il test combinato nel primo trimestre per evidenziare il rischio di anomalie cromosomiche, sarebbe comunque un enorme vantaggio per le donne. Devo dare atto al mio direttore generale di avere immediatamente compreso una mia richiesta molto chiara: avere all'interno del consultorio almeno due ecografi per queste 1800 pazienti e che fossero di buon livello per poter consentire a tutte un accesso alla diagnosi prenatale. È chiaro che poi il *link* con l'ospedale è fondamentale, questo *link* è quello che è stato creato fin dall'inizio, fin dal 2017 quando è entrata in vigore la Legge 23 che ha praticamente, purtroppo, distrutto il territorio. Però là dove si è inteso in modo corretto, il rapporto tra territorio e ospedale, ha potuto portare a dei risultati positivi.

La Clinica Mangiagalli ha un numero di parti ancora oggi molto elevato, con una quota importante di gravidanze ad alto rischio, per cui è necessario un sistema organizzativo efficiente, esattamente come doveva essere efficiente il sistema organizzativo per le vaccinazioni.

Vi faccio degli esempi concreti: se una donna che seguiamo in gravidanza ha problematiche sociali, all'interno del consultorio ci sono due assistenti sociali (grazie, appunto, alla riunificazione dei due consultori) questo fa sì che ogni donna abbia un tempo di ascolto sufficiente, anche sui suoi bisogni sociali, e soprattutto immediato qualora ne emerga la necessità durante la visita ginecologica. In questo momento ci sono sei psicologhe all'interno di questo grande consultorio familiare e ciò consente che, almeno un giorno per settimana, ognuna delle sei psicologhe sia di turno per l'emergenza. L'emergenza può riguardare un'interruzione volontaria di gravidanza o una gravida che abbia un problema importante dal punto di vista psicologico su come affrontare la gravidanza.

Questo ha consentito di aumentare in modo la capacità del consultorio di prendere visione immediatamente dei problemi della donna e di cercare di risolverli insieme alla struttura ospedaliera qualora ce ne sia bisogno. Per esempio c'è una psichiatra all'interno dell'ospedale dedicata in particolare all'area materno-infantile, che si occupa di depressione in gravidanza, in questo modo la psichiatra è in grado di prendere in carico, prima del parto, tutte le donne che abbiano segni di depressione.

Milano è una città complessa, con molte persone che non sono italiane che si rivolgono ai consultori familiari, agli ospedali, per essere seguite in gravidanza, la necessità di avere mediatori culturali è, dunque, estremamente importante nelle visite, sia in gravidanza, che ginecologiche, sia per la contraccezione che per la richiesta di una interruzione volontaria di gravidanza. Oggi come oggi abbiamo a disposizione mediatrici culturali praticamente di tutte le lingue, e facciamo in modo che ci siano due gruppi linguistici, sempre insieme a donne italiane perché io ritengo che un ghetto per donne non italiane non debba mai essere creato. Ogni giorno c'è un gruppo di due mediatrici linguistiche di diverse lingue e ovviamente ci sono le italiane, questo consente che la ginecologa possa dedicare anche più tempo a una donna che non è italiana, con cui la difficoltà di comunicazione può essere superiore. La visita avviene in presenza della mediatrice linguistica culturale, ovviamente la paziente durante la visita ostetrica è riparata da un paravento, però il senso di tutta questa operazione è fare in modo che la salute sia veramente uguale per tutti, indipendentemente dalla classe sociale, dal livello di reddito. Ogni donna, all'inizio della gravidanza, è affidata a una ginecologa e a una psicologa, se necessario, tutti i suoi bisogni vengono presi in carico sempre dalla stessa persona. Questo è un altro punto, a mio avviso importante, perché in genere le donne si rivolgono al privato, persino quelle che hanno un reddito basso, nella speranza di essere seguite meglio in gravidanza, quindi riuscire a far loro avere un unico ginecologo di riferimento è una risposta ade-

guata da parte del sistema sanitario pubblico. Dopodiché il lavoro del consultorio è enormemente aumentato rispetto al passato per cui abbiamo dovuto trovare una soluzione per integrare il personale dei consultori con personale proveniente dall'ospedale, però è sempre stata fatta un'accurata indagine sulle motivazioni del personale che lavora in ospedale per capire quanto fosse disposto ad aderire a una modalità di comportamento diversa, che prenda in carico la persona in modo completo, tenendo insieme tutti gli aspetti che possono determinare un'alterazione dell'equilibrio psico-fisico.

Vi ho citato un esempio positivo – o perlomeno che io ritengo un esempio positivo e che è stato ritenuto tale anche dalle donne che sono seguite in consultorio – per dimostrare che il problema non sono le leggi, ma la volontà degli individui che lavorano per la messa in atto di tali leggi. Ho sempre pensato che l'ottimismo della volontà sia fondamentale per portare avanti una struttura complessa come quella che deve elargire salute agli individui, dove si deve soprat-



tutto partire da una elevata capacità di ascolto dei bisogni delle persone.

In genere le donne medico hanno una capacità di ascolto molto superiore ai colleghi di sesso maschile, però devo dire che all'interno del consultorio lavorano anche due uomini ginecologi e uno psicologo, e anche loro hanno dimostrato una capacità di ascolto acquisita negli anni, con l'esperienza, estremamente elevata.

Dico questo perché un ente pubblico non può scegliere i propri collaboratori perché sono scelti attraverso un concorso, ma se alla fine, all'interno di una grande struttura si trovano ginecologi più disponibili ad avere una capacità di ascolto e a lavorare in equipe, bisogna sfruttare questa possibilità che comunque sussiste anche nel pubblico.

Col tempo mi sono resa conto che mettere insieme psicologhe che lavorano sul trauma della violenza sessuale e domestica, con psicologhe che lavorano invece all'interno del consultorio, poteva consentire un approccio ancora migliore alle problematiche familiari e alle patologie nelle relazioni di coppia. In questo momento l'intero gruppo di psicologhe che provengono dalla diagnosi prenatale, dal soccorso violenza sessuale domestica e dal consultorio familiare, lavorano sinergicamente per riuscire a dare risposte su tutti i versanti. Bisogna sempre avere un'ottica di genere quando si affrontano i bisogni delle donne, ma soprattutto bisogna avere la capacità di dare risposte che prendano in carico sia il problema del rapporto con il partner, se ad esempio un partner mette in atto un maltrattamento psicologico, sia il problema della depressione che purtroppo in gravidanza può emergere e che in Lombardia sembra essere un problema rilevante. Se vogliamo che la medicina di genere acquisti un suo significato molto più profondo, dobbiamo partire dal fatto che la vita delle donne è generalmente un po' più complessa della vita degli uomini, non fosse altro per il maggior carico costituito dal lavoro di cura. Questo è anche uno dei motivi per cui la depressione e l'ansia sono maggiori nelle donne. Riuscire a far fronte a tutti i versanti della vita di una famiglia che, purtroppo, in Italia è ancora adesso prevalentemente sulle spalle delle donne, con il lavoro di cura non ugualmen-

te ripartito tra uomini e donne, determina nel tempo un livello d'ansia superiore nelle donne rispetto agli uomini.

Qual è l'enorme vantaggio di essere donna? Secondo me l'enorme vantaggio di essere donna è la capacità di chiedere aiuto quando si è di fronte a una difficoltà. Di fondo, credo che le donne abbiano una maggiore attitudine nel colloquiare col mondo e siano capaci di cercare soluzioni ai problemi che determinano crisi nella vita della famiglia. Faccio un esempio: se in una coppia io offro una psicoterapia di appoggio per un momento di difficoltà, come per esempio in seguito alla diagnosi prenatale di una grave malformazione fetale, mentre la donna è pronta ad accettare l'idea che la psicoterapia d'appoggio non voglia dire che lei sia pazza, affetta da un disturbo mentale maggiore, viceversa l'uomo tenderà a essere refrattario all'idea di avere bisogno di un sostegno, perché penserà di potercela fare con le sue sole forze. Questo è un esempio di come già in diagnosi prenatale si possa osservare una prima differenza importante che permette, se si è in grado di leggerla, di aiutare ambedue i membri della coppia, ma con parole diverse. Se offro una psicoterapia di appoggio a una donna, so che accetterà, se la offro in prima istanza con questo termine a un uomo, so che negherà la sua necessità. Capire che non c'è nessun stigma sociale nel dire che stai soffrendo, se è facile per una donna, per un uomo è più difficile.

Penso che al di là di tutto, se la medicina in ospedale venisse affrontata tenendo presente le differenze più importanti tra il genere maschile e quello femminile, già raggiungeremmo un primo risultato.

Dall'altra parte mi domando anche come sia possibile sviluppare una medicina di genere basata su un maggiore ascolto quando sappiamo che i tempi di lavoro in ospedale sono molto concitati. Aver scambiato l'efficienza con l'efficacia, per esempio, è uno dei grossi errori, non è il numero di pazienti che vedo in un giorno il punto che mi devo prefissare, ma il numero di pazienti che vedo in un giorno e con cui riesco a entrare in relazione, perché per poter creare un'alleanza terapeutica con i malati, il tempo che devo dare a loro per entrare in relazione

con il terapeuta o con il medico che hanno di fronte, è veramente fondamentale. Ogni tanto mi domando se abbiamo le forze, come sistema sanitario nazionale, per tramutare una speranza in una certezza.

Dico anche che poi c'è un ennesimo errore: io sono anche presidente del Comitato unico di garanzia (Cug) del Policlinico da molti anni, e recentemente tutti i Cug lombardi hanno deciso di affrontare il tema della medicina di genere. Posso dirlo sorridendo: è stato immediato il fatto che la mia direzione strategica mi abbia nominato responsabile anche della medicina di genere dell'ospedale. Ho avuto un iniziale attimo di sconforto di fronte a questa nomina, perché, Cug e medicina di genere non sono la stessa cosa. Sono due cose completamente diverse, che andrebbero affrontate in un'ottica diversa. Facendo la ginecologa è ovvio che ho più a che fare con il genere femminile che con quello maschile, ma il passo avanti che si deve fare nella medicina di genere è che siano un diabetologo, un cardiologo, una cardiologa, un internista che si occupino della medicina di genere, perché è lì che il divario in termini di malattia e di terapia tra donne e uomini pesa di più, come hanno dimostrato i dati che ci sono appena stati portati.

Federica Trapletti

Kustermann ci ha presentato un'importante esperienza all'interno di un grande consultorio inserito in una grande città, purtroppo c'è da dire che anche per i consultori, così come per diversi aspetti della nostra sanità, il territorio lombardo è un territorio che vede la presenza di situazioni fortemente disomogenee tra zone diverse, realtà diverse, e anche tra una grande città e il territorio più di periferia.

Passiamo la parola a Marina Bianchi, medico di medicina generale che svolge la sua attività a Milano e ha anche collaborato, per un lungo periodo, con l'Istituto Mario Negri come ricercatrice. A lei chiediamo di parlarci della medicina di genere sotto un duplice sguardo: sulla base della sua esperienza di lavoro nel territorio, ma anche con uno sguardo da ricercatrice: come la

ricerca affronta le differenze di genere? A che punto siamo nella realizzazione della medicina di genere nel territorio?

MARINA BIANCHI

Medico di medicina generale

Sono un medico di base, dopo aver dedicato diversi anni alla ricerca epidemiologica presso l'Istituto Mario Negri nel laboratorio di salute materno infantile. Uno degli ultimi lavori al quale ho partecipato nel 2012 in istituto era dedicato all'appropriatezza delle cure nel bam-



Marina Bianchi

bino asmatico. In questi casi, come *follow up*, è appropriato fare una spirometria, e lo studio ci aveva permesso di rilevare un atteggiamento molto diverso tra bambine e bambini. Si è visto che il maschio era maggiormente sottoposto al *follow up*, alle spirometrie, rispetto alle femmine, dimostrando quindi che anche in pediatria c'è differenza di genere, e non solo per l'asma. Quando abbiamo pubblicato quello studio abbiamo citato il lavoro di una cardiologa statunitense, Bernardine Healy (direttrice dell'Istituto nazionale della sanità statunitense) pubblicato nel 1991. In questo studio l'autrice sosteneva e dimostrava come le donne fossero sottoposte molto meno a indagini in campo cardiologico. Healy aveva chiamato questo fenomeno *sindro-*

me di Yentl, prendendo a prestito il nome Yentl dall'omonimo romanzo di Isaac B. Singer da cui hanno tratto anche il film con Barbra Streisand. È la storia di Yentl, ragazza ebrea che, per poter entrare ed essere accettata alla scuola rabbinica, si taglia i capelli e si veste da ragazzo. L'articolo della cardiologa statunitense aveva fatto molto scalpore ai tempi, ma ancora oggi – dopo trent'anni – vediamo come le malattie cardiovascolari, ictus e infarto, siano diminuite negli uomini, ma non altrettanto nelle donne, che vivono sì, in media, cinque anni di più, ma con malattie e perdita delle autonomie.

Nella branca cardiologica sicuramente ci sono i più grandi divari fra donna e uomo, anche se questo accade un po' in tutte le patologie. Rifacendomi a quello che diceva la dottoressa Kustermann sulla depressione delle donne e rispetto la loro maggiore propensione a cercare aiuto, rispetto agli uomini, vorrei citare un dato. Si è visto che il numero dei suicidi è quattro volte di più nell'uomo rispetto alla donna e si ipotizza che uno dei motivi sia proprio legato al fatto che la donna è più propensa a parlare con il medico di base, a cercare aiuto. Quindi non è proprio vero che la depressione sia maggiore nella donna, forse è sottostimata nell'uomo.

Parlando ancora di cardiologia, nella donna la prima causa di morte è l'infarto e non il tumore alla mammella come si pensa; le donne vengono a chiedermi la mammografia ogni anno mentre non mi chiedono controlli cardiologici che io, invece, propongo. Come diceva l'articolo di trent'anni fa della cardiologa statunitense, le donne sono meno sottoposte degli uomini a coronarografie e prevenzione cardiovascolare. L'ho sperimentato personalmente quando, nel 2010, ho fatto un test da sforzo e hanno visto qualcosa che non andava. La dottoressa, un'eccellenza lombarda, mi disse che se fossi stata un uomo mi avrei fatto una coronarografia... era il 2010, solo dieci anni fa, e si sapeva perfino meno di oggi.

Come diceva l'onorevole Turco, serve una maggiore formazione dei medici, oltre a creare più consapevolezza nelle persone. Sono due punti importantissimi per superare i nostri ritardi.

In cardiologia c'è differenza anche nei sintomi, tra uomo e donna. La donna non ha il tipi-

co dolore toracico, ma può avere dolori posteriormente, può avere solo ansia, spesso disturbi gastrici, quindi si può confondere un problema gastrico con un problema cardiaco. Purtroppo, le linee guida sono tutte basate su lavori fatti sull'uomo, quindi se la terapia, sempre in campo cardiologico, è diversa tra uomo e donna, purtroppo poi le linee guida, che dobbiamo seguire, sono decise in base a studi fatti sull'uomo.

Altre differenze in medicina riguardano i tumori, questo è importantissimo perché comporta il bisogno di revisionare molti degli *screening* adattandoli al sesso. Per esempio, il cancro del colon: la prevenzione viene fatta con il sangue occulto nelle feci, ma la donna si ammala prevalentemente di tumore al colon ascendente che non dà immediatamente sangue occulto nelle feci, richiede molto più tempo per rivelarsi con la presenza di sangue occulto nelle feci. Si è visto che fare una colonscopia dà risultati molto più precisi rispetto all'esame del sangue occulto nelle feci. Per la prevenzione del tumore del colon, la colonscopia in prevenzione è esente dal ticket nella fascia di età dai 45 ai 69 anni, ma nella donna il tumore del colon si diagnostica più avanti, circa cinque anni più avanti che nell'uomo, quindi questa esenzione dovrebbe essere estesa fino ad almeno 75 anni per la donna. Poi c'è il tumore al polmone che nella donna si presenta con un'incidenza superiore anche quando non fumatrice: due volte e mezzo in più che nell'uomo.

Ma ci sono anche esempi che vanno in direzione contraria, per esempio l'osteoporosi. L'uomo è meno controllato per l'osteoporosi, cretuta una malattia prevalentemente femminile, ed esegue quattro volte meno una Moc rispetto la donna, ma quando si frattura ha una mortalità doppia. Quindi non è vero che la donna è sempre meno controllata dell'uomo.

La demenza è due volte maggiore nella donna rispetto all'uomo, l'artrosi è molto diversa nel suo manifestarsi tra uomo e donna, manifestandosi nella donna il doppio rispetto all'uomo per l'anca e tre volte di più per l'artrosi al ginocchio.

Differenze tra uomo e donna esistono anche nella risposta del sistema immunitario, più inten-

sa nella donna. Si pensa che questo sia uno dei motivi della differenza di risposta alla Covid: il contagio è uguale ma i ricoveri in terapia intensiva non sono uguali, 68 per cento sono uomini e 32 per cento sono donne e per i decessi 57 per cento sono uomini e 43 per cento donne. Sono in corso studi per capire i meccanismi protettivi da parte degli estrogeni e invece la capacità degli androgeni di aiutare l'entrata del virus nella cellula. Inoltre, il progesterone e gli estrogeni sono antinfiammatori, mentre il testosterone è immunosoppressivo.

Ho visto due donne contagiate durante la gravidanza e completamente asintomatiche che, nell'immediato post partum quando il livello di progesterone è calato, hanno mostrato i sintomi di Covid. I vaccini funzionano meglio nelle donne, tutti i tipi di vaccino, tranne quello per il pneumococco che funziona di più nell'uomo e per il morbillo che funziona ugualmente nei due sessi.

Questi sono gli esempi principali e più noti.

La pandemia ci ha sicuramente insegnato come la medicina vada personalizzata, perché non c'è niente come Covid-19 che mostri le differenze tra uomo e donna. Non solo, la pandemia ci dimostra anche come la Legge 23, con i tagli alle strutture pubbliche a favore della privatizzazione, sia stata un disastro. Nel primo semestre del 2020, giusto per dare qualche numero, rispetto al primo semestre del 2019, sono diminuiti del 40 per cento i ricoveri non Covid, quasi del 60 per cento le prestazioni ambulatoriali, del 50 per cento gli *screening* oncologici. C'è stata poi la diminuzione delle strutture non Covid e del personale, perché sono stati tutti convertiti a Covid; è stata diminuita tutta la gestione delle cronicità, della salute mentale e dei *follow up* oncologici. Durante la pandemia, noi medici di base, come tutti i medici, ci siamo sentiti soli. Io, per caso, ho trovato su Facebook un gruppo per soli me-

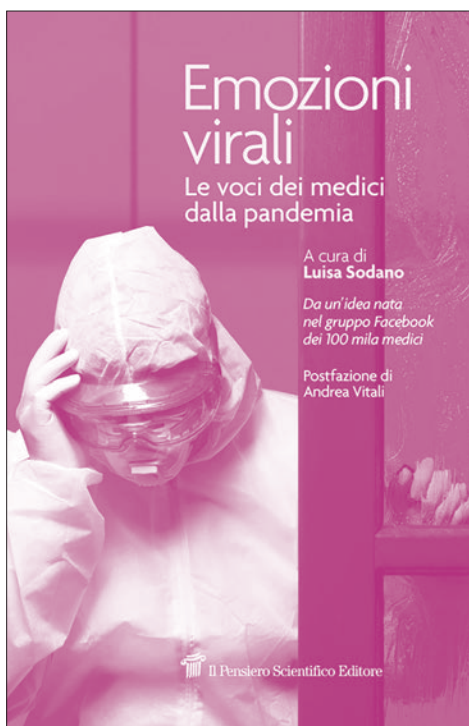
dici, con quasi 100mila gli iscritti. Il gruppo mi ha dato molto conforto, ogni giorno ci si scambiavano protocolli, ipotesi, idee, esperienze – sia come medici che come malati perché fra noi c'erano tanti medici contagiati. Questo gruppo era, ed è ancora, sia a livello scientifico che umano, qualcosa di incredibile, perché ha permesso di aiutarci a vicenda e alla fine

ne è nato anche il libro *Emozioni virali, Le voci dei medici dalla pandemia*, pubblicato dal Pensiero Scientifico, i cui diritti d'autore andranno alle famiglie che hanno perso un familiare medico. Ogni racconto del libro è scritto da un diverso medico, dal suo punto di vista. Uno di questi ha parlato della paura delle persone ad andare ai Pronto Soccorso. Un cardiologo interventista siciliano ha narrato la storia di un pescatore che per la paura si è tenuto il dolore toracico per giorni e giorni fino a che si è deciso ad andare al Pronto Soccorso dove non sono riusciti

a salvarlo perché troppo tardi.

Il libro offre diversi punti di vista: c'è il medico in pensione richiamato per rispondere alle telefonate dei parenti di persone ricoverate per Covid, quindi deve dare ogni giorno notizie; ci sono i medici di base, i rianimatori che sono in primissima linea. Una vasta gamma di esperienze e di emozioni oltre che di dati, un libro di testimonianza anche rispetto a chi ancora adesso nega quello che è successo.

Il gruppo ancora adesso è attivo e di grandissimo aiuto: perché le domande che ci pongono i pazienti tutti i giorni sono ancora tante. Un esempio, una paziente, che ha appena avuto un trapianto di cornea, mi ha chiesto se potesse fare il vaccino anti Covid. Non ero in grado di rispondere, ma postata la domanda al gruppo, subito dieci oculisti da tutta Italia mi hanno risposto. Quindi è veramente una fonte incredibile di aiuto e sostegno per tutti noi, ed è for-



se una nuova forma di fare medicina e di creare rete tra territorio e ospedale, tra medici di base e specialisti. La pandemia ha aumentato le disuguaglianze, intaccando il principio di equità di accesso alle cure, ci ha insegnato che tutta la sanità pubblica italiana è da migliorare, prima cosa tra tutte costruire una salda 'rete' tra territorio e ospedale.

Federica Trapletti

Grazie per questa testimonianza su quanto avete vissuto voi medici di medicina generale durante la pandemia. Sappiamo che siete state figure in prima linea a combattere in una situazione assolutamente difficile. Ma grazie anche per il contributo che ci ha dato sia come ricercatrice che come medico di base, un medico che sta sul territorio.

La sua testimonianza ci conferma quanto il medico di medicina generale sia una figura fondamentale nella prevenzione e, nello stesso tempo, come proprio sulla prevenzione di genere, ci sia ancora molto da fare. Diamo la parola a Monica Vangi, segretaria della Cgil Lombardia con delega alla sanità, sociosanitario sociale. Con Vangi lavoriamo in stretto rapporto, in particolare in questa fase in cui si sta aprendo, ci auguriamo, il confronto con Regione Lombardia sulla riforma della Legge 23. Sappiamo bene come uno dei punti più deboli del nostro attuale sistema sanitario regionale sia proprio la rete territoriale dei servizi, e come questa sia uno dei punti fondamentali anche per la medicina di genere. Qual è la situazione attuale e cosa bisognerebbe fare in futuro?

MONICA VANGI

Segreteria Cgil Lombardia

Come abbiamo sentito dagli interventi che mi hanno preceduto, la normativa nazionale sulla medicina di genere, esattamente come altre leggi nazionali, non hanno trovato applicazione e per alcuni aspetti in Regione Lombardia assistiamo ad ulteriori criticità.

Se è vero che un reale approccio alla medicina di genere implica intervenire sull'area dei percorsi

clinici, di prevenzione, di cura e riabilitazione, ma anche di ricerca e innovazione, che sono fondamentali esattamente come la comunicazione e la formazione.

Se è vero che essere uomo o essere donna, vivere in un contesto piuttosto che in un altro, contare su una condizione economica in grado di far fronte alle proprie esigenze o a quelle della propria famiglia, lavorare in un ambiente sicuro, sono tutti elementi che possono influenzare il rischio di ammalarsi di alcune patologie così come influenzano la qualità della vita, la cura e la risposta che si ha alle terapie, se tutto questo è vero una maggiore conoscenza, delle differenze biologiche, socio economiche, ambientali e culturali, credo rappresenti il giusto approccio per affrontare il tema delle disuguaglianze nella salute, del garantire parità di trattamento e di accesso alle cure. Credo che sia necessario un importante cambio culturale che parla sicuramente alle istituzioni, penso ad esempio a Regione Lombardia, ma anche al sindacato.

Recentemente il dipartimento Welfare della Cgil Lombardia ha ultimato la mappatura dei consultori della nostra regione, Montemurro ha già presentato alcuni dati importanti. Nella mappatura si sono raffrontati i dati del ministero della Salute – anche quello del reperimento dei dati continua ad essere un esercizio complicato – di Regione Lombardia integrandoli con una valutazione tratta dai siti delle singole Ats e delle singole Asst. Ne risulta che in Lombardia oggi risultano attive, e ancorché funzionanti tenuto conto della pandemia, centosettantasei sedi di consultori pubblici e novantatre sedi di consultori privati accreditati e contrattualizzati, quindi i consultori pubblici rappresentano il 65,4 per cento del totale dei consultori, quelli privati il 34,6 per cento.

Abbiamo poi verificato la distribuzione tra le province: rispetto all'elenco ministeriale attuale è stato individuato un numero molto limitato di nuove sedi. Anche qui siamo andati a verificare la situazione delle variabili intervenute dal 2017 a oggi su nuove sedi e sedi chiuse. Volevo focalizzare l'attenzione, sul rapporto fra consultori e popolazione residente sapendo che l'articolo 3 del comma 4 del Decreto Legge 509 convertito poi nella Legge 34, determina tale

rapporto nella misura di 1 a 20mila. In Lombardia sono presenti duecentosessantanove consultori fra pubblici e privati, il confronto con la popolazione – dati Istat – ci dice che il rapporto tra consultori e popolazione è di 1 ogni 37.727 abitanti.

Se consideriamo solamente i centosettantasei consultori pubblici il rapporto diventa di un consultorio ogni 56.975 abitanti. La distribuzione nelle province per fasce di popolazione è analoga a quella del 2017, con una eccezione che vede il territorio mantovano registrare un dato molto vicino alle previsioni di legge. I dati risultano particolarmente negativi per quanto riguarda il numero medio di abitanti per consultorio pubblico. Anche qui evidenziamo che la maggior parte dei consultori privati accreditati ha carattere confessionale, quindi non svolgono le funzioni previste dalla Legge 194, e ricordiamo che la disciplina regionale lo consente. Dunque la situazione dei consultori lombardi assume ancor più una valenza negativa se confrontata ai dati nazionali, come mostrava Montemurro.

Cosa si può fare? Intanto volevo dire che sul tema dei consultori è bizzarro un ordine del giorno, assunto da Regione Lombardia in data 17 dicembre 2020, che impegna la giunta a ripristinare il rapporto abitanti e numero di consultori così come indicato dalla normativa nazionale. Cito testualmente: *“I consultori familiari in questa fase di pandemia hanno svolto un’importante ruolo nell’erogazione a livello territoriale delle prestazioni sociosanitarie, hanno di fatto contribuito, per quanto possibile, a portare un po’ di normalità nell’incertezza dell’emergenza e ad assicurare la continuità dell’erogazione dei servizi per ridurre il sovraccarico degli ospedali”*. Questo ordine del giorno è stato assunto con 63 voti favorevoli. Dobbiamo, ragionare su che ruolo vogliamo e possiamo assumere noi, come organizzazioni sindacali – affinché si riallinei il numero dei consultori alla normativa nazionale – a partire dalla valutazione circa l’opportunità di intervenire anche giuridicamente.

L’approccio alla medicina di genere, così come è definita, parla di tante dimensioni, quindi oltre a proseguire nell’azione di informazione e di formazione del gruppo dirigente, dobbiamo neces-



Monica Vangi

sariamente continuare le nostre azioni sui temi più generali, che ritroviamo nella piattaforma nazionale della Cgil nazionale. Dobbiamo continuare nella nostra azione sui temi fondamentali come la condizione occupazionale per genere nel nostro paese, la disparità salariale fra generi, l’importanza di una buona organizzazione del lavoro e di ambienti sicuri, avere un approccio alla medicina di genere anche nella contrattazione e nella negoziazione sociale e territoriale.

Il rapporto sulla negoziazione sociale territoriale che abbiamo presentato nel 2020 riferito all’anno 2019 quindi ante emergenza sanitaria, mette in evidenza il confronto assolutamente difficoltoso con Regione Lombardia. Nel contempo ci riporta un’importante attività che viene svolta in modo prevalente dalla categoria dei pensionati, insieme alle confederazioni, nei singoli territori. Nel 2019 sono aumentati i destinatari degli accordi territoriali, in particolare, lavoratori e lavoratrici di aziende in crisi, lavoratori e lavoratrici precari, lavoratori autonomi e partite Iva, persone Lgbt e imprese che si occupano di giovani, immigrati, donne lavoratrici. È un segnale positivo, ma dobbiamo fare ancora molto.

Esistono poi, in alcuni territori, alcune esperienze positive che non credo sia corretto ricondurre nella negoziazione della medicina di ge-

nere, quanto piuttosto a scelte riorganizzative che facilitino alcuni percorsi. Penso alla creazione, in alcuni ospedali, delle aree donne, luoghi dedicati alla prenotazione e alla effettuazione di *screening* per la prevenzione.

Credo però che la nostra azione a livello regionale debba puntare a sollecitare Regione Lombardia affinché modifichi radicalmente la Legge regionale 23. Lo dico perché ho ascoltato con molto piacere l'esperienza raccontata dalla dottoressa Kustermann, un'esperienza che non a caso si è resa possibile per il contesto in cui opera. Infatti, il sistema di *governance* che noi oggi abbiamo in Lombardia, che come sapete ha visto nel corso degli anni uno spostamento delle risorse a favore degli ospedali, anche di risorse umane. Mi riferisco in modo particolare a ginecologi e ostetriche che dal territorio, dai consultori sono state assegnate alle Unità operative di ostetricia/ginecologia magari per garantire i periodi di ferie o coprire assenze in organico.

Ancora una volta la parte da leone l'hanno fatta gli ospedali a scapito, dei servizi territoriali. Credo sia importante sollecitare il confronto sulla revisione della Legge regionale 23 che per noi, unitariamente, significa rivedere il sistema di *governance*, così come dice anche Agenas. Nella nota inviata al Presidente Fontana dal ministro Speranza vengono indicati termini perentori per il riallineamento di Regione Lombardia, alla normativa nazionale. Serve, dunque, sollecitare e continuare la nostra azione affinché si produca una modifica della Legge Regionale 23, ma più in generale, si modifichi il nostro servizio sanitario regionale.

Un servizio sanitario regionale che, necessita non solo di un differente modello di *governance* ma che abbisogna anche dello sviluppo della medicina di territorio a partire dalla rinascita dei Distretti sociosanitari come punti di erogazione di prossimità, vicini ai cittadini e facilmente individuabili, che possono effettivamente essere luoghi di integrazione sociosanitaria e sociale oltre che luoghi di ascolto, di educazione e di corretti stili di vita. Quindi luoghi di prevenzione per le diverse fasi della nostra vita, diverse l'una dall'altra, penso alla fase dell'adolescenza, ma penso anche al tema dell'invecchiamento di donne e di uomini. Luoghi con pro-

fessionalità capaci di ascoltare, di offrire punti di vista, sostegno e orientamento adeguati, luoghi dove la multiprofessionalità rappresenti un valore in grado di dare risposte articolate e complesse, esattamente come articolati e complessi sono i bisogni di ciascuno di noi.

L'intreccio tra la medicina di genere e la medicina di territorio che non esiste nella nostra regione, deve essere il filo conduttore della nostra azione sia con Regione Lombardia che a livello territoriale con le istituzioni sanitarie territoriali e con gli enti locali.

Al confronto con Regione Lombardia andremo con la nostra proposta unitaria esito di un'importante azione di squadra fra la categoria dei pensionati, la confederazione e la Funzione pubblica. Di strada ne abbiamo ancora molta da fare, serve continuare ad approfondire, a studiare a confrontarci esattamente come stiamo facendo oggi in questa bella iniziativa. ■



Conclusioni

MEDICINA DI GENERE DA QUI PASSA LA NOSTRA SALUTE

Daniela Cappelli *Segretaria Spi nazionale e Responsabile Coordinamento Donne Spi Nazionale*

Una grande sfida quella della salute di genere. Una delle nuove frontiere della sanità di oggi e su cui lo Spi, discute e lavora da anni. Sappiamo bene di essere in presenza di una normativa importante che è costata lacrime e sangue per ottenere che venisse messa su carta. Ma è anche vero che c'è ancora molta strada da fare per tradurre in pratica quello che si è prodotto dal punto

di vista normativo. Partiamo dall'assunto che le donne soffrono di più di malattie croniche rispetto agli uomini, hanno un'aspettativa di vita più lunga, ma meno anni *in buona salute*. Anche l'accesso alle cure presenta rilevanti disegualianze rispetto ai sessi. Da qui la necessità di porre particolare attenzione al genere inserendo questa nuova dimensione nella medicina e in tutte le aree mediche.

Anche con l'arrivo della pandemia, già dalle prime settimane, è emerso chiaramente come le differenze di genere, non solo giocassero un ruolo importante nella progressione e letalità della malattia, ma probabilmente anche nella risposta alle terapie, nelle ripercussioni psicosociali ed anche, per esempio, nella salute dei *caregiver*.



L'importanza di raccogliere e analizzare i dati disaggregati per sesso è stata considerata dall'Istituto superiore della sanità come un primo passo verso approcci più mirati di prevenzione, diagnosi e cura rispetto al genere.

Tutto ciò senza dimenticare le problematiche che l'emergenza Covid-19 ha evidenziato, ma che già esistevano nel nostro Paese. Alcune più evidenti (di natura economi-

co-sociale), altre latenti (relative soprattutto la qualità del servizio sanitario, per il quale anche nella vostra regione sono emerse molte fragilità nascoste, dimostrando, da una parte che *privato* non è così bello come si voleva far credere, dall'altra che *dimenticare* lo sviluppo dei servizi territoriali ha peggiorato la situazione).

Ciononostante nei provvedimenti adottati da governo e Parlamento, anche in questa fase di emergenza, si fa fatica a trovare un vero e proprio approccio di genere. E come ha detto anche la dottoressa Kustermann, sappiamo che per far funzionare la legge occorrono risorse e, io aggiungerei, soprattutto volontà politica.

Parallelamente, la cronaca ci dice che la disoccupazione femminile sta crescendo, che c'è un nodo strutturale nell'occupazione femminile

fatta di precarietà, di tempi determinati, di lavori marginali, ma anche lavori svolti in settori che consideriamo essenziali (servizi, sanità, educazione, ecc.). Fattori che amplificano i disagi collegati alla salute delle donne.

Senza dimenticare che queste differenze si consolidano in età avanzata, quando il reddito pensionistico finisce col riflettere la vita contributiva delle pensionate, spesso segnata da bassi salari, part time e carriere interrotte o discontinue che conducono ad un montante contributivo mediamente inferiore rispetto a quello dei coetanei maschi. In una regione come la Lombardia, a fronte di un gap salariale dell'86 per cento tra donne e uomini, si arriva a un gap pensionistico addirittura del 49 per cento (Fonte Inps, 2019). Inutile dire a voi come questo determini poi diseguaglianze anche nell'accesso alle cure.

Ma dal momento che la salute è un diritto costituzionale per tutti, noi continuiamo a pensare che sia necessario investire sui servizi socio-sanitari, finalizzati, in particolare, ai soggetti deboli, come bambini, donne e anziani, sempre più colpiti dalla povertà, che costringe moltissime persone (con una larga percentuale di donne anziane) a rinunciare a curarsi per motivi economici.

Così come è essenziale un'attenta valutazione delle differenze di genere nel campo della medicina, della prevenzione e dell'assistenza sanitaria, insieme alla giusta considerazione dei determinanti sociali della salute, cioè le condizioni sociali ed economiche in cui vivono le persone. È evidente a tutti che le disuguaglianze sociali hanno profonde conseguenze sulla salute e le donne risultano più disuguali degli uomini soprattutto se anziane.

Se a questo aggiungiamo la sottovalutazione delle differenze di genere nella promozione della salute, nella medicina e nella farmacologia appare chiaro che parliamo di temi che devono entrare a pieno titolo nella nostra contrattazione sociale territoriale, una priorità d'intervento a livello locale, nel quadro delle rivendicazioni sul welfare.

Non a caso abbiamo aperto un percorso di formazione per la contrattazione sociale di genere dove vogliamo affrontare anche questi temi.

L'abbiamo fatto a livello nazionale e mi fa piacere che anche in Lombardia si sia scelto questo metodo.

Ma visto che, come diceva Nelson Mandela, *“la salute e la sicurezza non sono mete che si raggiungono come se accadessero a caso, ma sono il risultato di un consenso collettivo e di un pubblico investimento”*, dobbiamo avere la consapevolezza che questo è un tema che viene da lontano. Un percorso che dobbiamo conoscere per capire da dove veniamo e quali sono gli ostacoli che ancora oggi troviamo per mettere in pratica quello che abbiamo detto e scritto.

Per tanti anni la medicina non si è posta il tema delle donne. Il fondatore della moderna anatomia il fiammingo Andreas van Wesel – da noi meglio conosciuto come Vesalio – nel 1543 scriveva: *“è sufficiente studiare il corpo maschile, che è una forma neutra universale, per capire anche il corpo delle donne”*. Dobbiamo arrivare al 1988 perché ci si ponga finalmente il problema di cosa si conoscesse in realtà sulle differenze tra l'organismo maschile e quello femminile, al di là dei caratteri sessuali e della riproduzione.

Questo vuol dire che da quando Vesalio aveva scritto il suo trattato al 1988 *non era cambiato assolutamente niente*.

Solo dopo 448 anni, nel 1991, una donna, una cardiologa, Bernardine Healy, prima donna nella storia a dirigere un l'Istituto superiore di sanità, controllò e analizzò come i suoi colleghi cardiologi curavano le donne.

Per la prima volta, in medicina si iniziava a parlare di differenze di genere.

Questo è stato possibile anche grazie all'importantissima spinta culturale del femminismo americano da un lato e dall'altro all'aumento numerico delle donne medico. Basta pensare che fino agli ultimi anni dell'800 nel nostro Paese era vietato alle donne iscriversi a medicina mentre oggi hanno superato gli uomini. Grazie a questo aumento di massa critica, alcune hanno cominciato a occupare posizioni di alta responsabilità, come appunto Bernadine Healy, traducendo in realtà quanto diceva Tina Anselmi: *“per contare bisogna esserci”*.

Parallelamente dal punto di vista degli investimenti, risalgono a pochissimi anni fa i primi finanziamenti specifici su questo tema (2008-

2012), nonostante che sia stato dimostrato che la differenza di genere influisce su prevenzione, diagnosi e cura delle malattie e che costituisce un approccio imprescindibile per lo sviluppo e l'organizzazione di un sistema sanitario che si vuole più equo, efficace ed efficiente.

Sono necessari quindi ricerche e investimenti per arrivare a ottenere certezze e, una volta che si sono ottenute, cosa tutt'altro che scontata, è necessario che queste certezze vengano applicate. E questo significa cambiare il modo di fare medicina.

Dire che non si è fatto niente in questo campo sarebbe irriverente, dire che abbiamo fatto molto non corrisponde a verità. Diciamo che qualcosa si sta muovendo, ma siamo ancora davvero all'inizio e soprattutto in una situazione a macchia di leopardo, nel nostro Paese in generale ma anche nella vostra regione.

Per far capire che cosa rema contro anche nell'applicazione delle normative, basterebbe pensare che in Italia, nel 2014, è stato approvato il Codice di deontologia medica. All'articolo 48, che riguarda la sperimentazione umana, il codice recita *"il medico attua sull'uomo le sperimentazioni (...). La sperimentazione sull'uomo è subordinata al consenso informato (...)"*.

La parola "donna" non si è riusciti a introdurla (e pensiamo che al tempo era ministra una donna: Beatrice Lorenzin!!!). Non è che non siano state fatte proposte in merito: non sono state prese in considerazione perché purtroppo i pregiudizi di genere sono radicati nella classe medica ai massimi livelli (e i massimi livelli sono ancora essenzialmente maschili) e questi pregiudizi sono codificati negli atti ufficiali.

Ricordiamo che il Codice di deontologia medica è vincolante per tutti i medici d'Italia.

Ma, come dicevo, per cambiare le impostazioni e ottenere certezze ci vuole volontà politica e conoscenza.

Sappiamo, come ci hanno detto Monica Vangi e Francesco Montemurro che 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.

Molto spesso si pensa che la patologia più importante per le donne sia il cancro al seno, ma quasi la metà delle donne muore per malattie cardiovascolari. Evidentemente molte nostre convinzioni devono ancora essere meditate e modificate.

Potremmo parlare di malattie e tumori polmonari, ad esempio, in netto aumento tra le donne. Settore dove i pregiudizi di genere (che li vorrebbero come malattie maschili) sono radicati e molto pericolosi perché spesso portano a ritardi o errori nella diagnosi e a volte anche alla morte delle persone.

C'è poi il tema della farmacologia. Le donne hanno un metabolismo diverso, hanno più tessuto adiposo ed enzimi con attività differenti, hanno molte più reazioni allergiche non soltanto perché i farmaci sono testati essenzialmente sugli uomini, ma anche perché più invecchiano e più facilmente diventano allergiche. Ad esempio verso la penicillina (uno degli antibiotici che più frequentemente sviluppa allergia), circa il 9 per cento delle donne è allergico, ma, se consideriamo le donne con più di 80 anni, questa percentuale sale al 20 per cento.

Studiare i dati epidemiologici nella distribuzione della salute e delle malattie, aiuta a conoscere, ma soprattutto a fare scelte mirate su dove concentrare sforzi e investimenti.

I dati dimostrano che è importante anche svolgere un compito di educazione sanitaria nei confronti dei cittadini e soprattutto delle cittadine, perché un approccio più centrato sul paziente, oltre a salvaguardare la salute, riduce i costi sociali delle malattie, quindi aiuta il sistema sanitario nazionale a risparmiare. Un sistema sempre più sollecitato anche dagli effetti delle trasformazioni del mondo del lavoro sulla salute delle persone.

Teniamo conto che i pregiudizi di cui abbiamo parlato, vanno anche a svantaggio degli uomini, perché ci sono malattie, considerate prevalentemente femminili (pensiamo all'osteoporosi e alla depressione), che quando si verificano negli uomini, sono spesso diagnosticate con ritardo o curate in modo meno corretto.

Per questo diciamo che la medicina di genere, come tutta la medicina, non è una medicina degli uomini o delle donne, è la *medicina dell'appropriatezza*, quella che dà a ognuno secondo il bisogno. È un argomento su cui però non basta parlare, servono azioni concrete.

Ed è altrettanto inevitabile che noi mettiamo la medicina di genere, che consideriamo essenziale per la salute delle donne, sullo stesso piatto della bilancia dei consultori.

Sul tema dei consultori non mi dilungo, perché ne hanno già parlato sia Montemurro che Vangi. Ma è inevitabile dire che lo spaccato della vostra regione è abbastanza critico, sia dal punto di vista del numero e del rapporto con il numero di abitanti, sia per il fatto che su alcune prestazioni si preveda un ticket. Dire che è importante la presenza e il lavoro dei consultori e poi prevedere dei ticket merita davvero un'ampia discussione! Rispetto al numero la normativa parla di 1 consultorio ogni 20mil abitanti. In Lombardia il rapporto è molto più alto (circa 1:40.000). Capisco la dottoressa Kustermann e sono d'accordo con lei quando dice che non è che ci si debba strappare i capelli sul rapporto 1 a 20mila. Mi farebbe però piacere approfondire di più la discussione perché, in Lombardia, come nel resto del paese, oltre alla diminuzione

dei consultori, abbiamo assistito a una diminuzione del personale e degli specialisti oltre che degli orari di apertura. C'è, quindi, un depauperamento *voluto* della funzione dei consultori e credo sia evidente che parlare di questi argomenti tocchi non solo il tema sanitario nei confronti del genere, ma tutto il campo delle libertà, dei diritti e dell'autodeterminazione delle donne.

Perché parto da qui per parlare di libertà delle donne? Perché l'aumento della povertà, la precarizzazione del lavoro e la sua diminuzione, la sottovalutazione della loro salute sono tutti attacchi all'autonomia delle donne. È difficile poter decidere delle proprie scelte se si è dipendenti dal reddito altrui, dall'assenza di lavoro, dalla povertà e così via. E continuo a sottolinearlo perché quando se ne discute specificamente tutti riconoscono che questa è una emergenza. Quando poi si fa contrattazione o si entra nella stanza dei bottoni si dimentica. E le emergenze sono altre.

Anche le provocazioni degli ultimi mesi avvenute in alcune Regioni governate dal centro-destra ci dimostrano che quello che sta succedendo in Turchia, in Polonia e in altri paesi, non è poi troppo distante da casa nostra. Il tema che si pone sempre è come riuscire a tenere in-



sieme le reazioni immediate a quegli attacchi con il nostro orientamento di programma e di cambiamento.

Credo che noi dobbiamo riuscire a fare quel salto di qualità che abbiamo assolutamente presente, ma che non è compreso da tutti: capire che l'attacco alla libertà femminile, non è solamente un problema delle donne, perché da lì si comincia, ma l'idea è la messa in discussione della libertà delle persone e la costruzione di gerarchie sociali che sono classiste e assolutamente lontane dalla nostra dimensione sociale e collettiva.

Oggi, abbiamo un banco di prova importantissimo, vedremo cosa farà su questi temi il nuovo governo. Ma qualunque cosa decida, la parte che riguarda la salute non potrà essere compresa. E dal momento che questo sarà uno dei temi più rilevanti sia a livello nazionale che a livello regionale e territoriale, insieme all'utilizzo dei fondi strutturali, dovremo avere un'idea sulla medicina di genere che non potrà essere disgiunta dal resto. Se pensiamo ai servizi integrati non potremo, ad esempio, dimenticare i consultori: come si integrano nel territorio, in quale rapporto numerico con la popolazione, ma anche con quanti organici, come sono strutturati, come si completano e come non sono in concorrenza con altri servizi.

Se vogliamo veramente invertire la tendenza e produrre un effettivo cambiamento, dobbiamo essere chiare nel riconoscere che gli impegni che ci eravamo date nell'assemblea nazionale del 5 febbraio 2020 su questo tema sono stati sostanzialmente disattesi.

Avevamo detto con nettezza tre cose:

- rispetto della legge per 1 consultorio ogni 20.000 abitanti;
- no ai movimenti per la vita dentro i consultori;
- impegno affinché dentro le strutture siano garantite le dotazioni organiche, la presenza di tutte le figure professionali in grado di costruire una disciplina e soprattutto dotazioni organiche complete che non prevedessero, o prevedessero al minimo, la presenza di obiettori.

In questo senso mi rifaccio a quello che diceva Monica Vangi sulla piattaforma vogliamo tutto, la piattaforma di genere della Cgil, di cui condivido alla lettera tutto quello che c'è

scritto. Quello che sta succedendo dimostra che quei contenuti – pur importanti, pur condivisi, pur fondamentali – devono diventare i contenuti della piattaforma di tutta l'organizzazione, perché non sia problema solo delle donne.

Questo è il valore dei consultori che tiene in sé qualità della vita delle donne senza chiudersi solo sul tema dell'interruzione di gravidanza, fattore sicuramente non secondario.

Oggi dobbiamo mettere al centro la medicina territoriale, non solo le Case della salute, l'Adi o l'invecchiamento attivo, ma anche i temi che sono stati affrontati in questa iniziativa, partendo dal presupposto che non c'è bisogno solo di dare cura, ma anche di dare salute. E la salute parla di ambiente, di sociale, di lotta alle disuguaglianze, di sicurezza, di alimentazione e screening. Rispetto allo screening abbiamo visto uno spaccato della vostra regione abbastanza preoccupante. Tutto questo ci parla, ovviamente, delle nuove risorse che arriveranno, ma ci parla anche di bilancio del nostro Paese e di quello che dovrà essere fatto, perché altrimenti rischiamo di dirci tante belle cose ma poi... rimangono parole o poco più.

Questo vuol dire che noi dobbiamo avere bene in mente cosa vogliamo e come costruire momenti di mobilitazione. Perché bisognerà sconfiggere, ad esempio, la tendenza alla privatizzazione (e voi sapete bene di cosa parlo), dovremo sconfiggere la tendenza alla pura medicalizzazione che non è alternativa a servizi di risposta anche sociale e di relazione con i giovani. Significa che nei consultori dovranno esserci organici adatti e competenti, che dovrà essere esplicitata la loro funzione, che non potranno essere una palestra delle associazioni Pro vita, che non potrà passare il messaggio che c'è una congiunzione esclusiva tra i consultori e l'interruzione volontaria di gravidanza. Il tema della libera procreazione è un tema molto più complesso che ha bisogno di educazione, di politiche contraccettive, di risposte a bisogni differenti e, certo, anche di garanzia applicazione della 194.

Poi io continuo a pensare che i consultori possano essere luoghi di partecipazione, non solo perché sono un servizio integrato che prende in carico, ma perché noi immaginiamo che si possa tornare a quella dimensione per cui i con-

sultori siano anche luoghi di elaborazione politica del movimento delle donne, non luoghi di contrasto, come qualcuno oggi vorrebbe, alla libera decisione.

Penso sia un lavoro che possiamo fare assieme, lo dimostrano gli interventi di questa mattina. Abbiamo un grande bagaglio costruito negli anni anche perché ci sono esperienze e bisogni antichi a cui si aggiungono bisogni nuovi, ma che non fanno venire meno il resto.

Per noi significa non solo istituire l'importante Osservatorio sulla medicina di genere presso il ministero della Salute, che le nuove disposizioni hanno previsto, ma anche inserire la materia nel Piano sanitario nazionale e in tutti quelli regionali, investire, a tale proposito, sulla ricerca sia pubblica che privata, approntare specifici programmi di formazione professionale per i medici e gli operatori sanitari, sempre tenendo conto delle specificità territoriali.

Devo riconoscere che in questi ultimi anni, anche da questo punto di vista, sono stati fatti dei passi avanti. Almeno apparentemente sembra efficace quanto previsto dalla Regione Lombardia che ha considerato la medicina di genere nel Piano sanitario regionale, prevedendo strumenti per la realizzazione, inserendola fra gli obiettivi che i direttori generali di ospedali e Asl sono chiamati a perseguire. Senza dimenticare la bella esperienza dell'Ospedale Macedonio Melloni di Milano, una delle prime a livello nazionale che credo andrebbe approfondita meglio e anche socializzata.

Voglio leggere in positivo queste scelte, ma consentitemi di dire che resta tutta da verificare l'efficacia di queste azioni perché potrebbero restare solo sulla carta o addirittura dar luogo a equivoci: sarebbe un errore, ad esempio, far passare l'ordinaria attività di prevenzione (tumori al seno, utero ecc.) per medicina di genere. E a volte, come diceva Andreotti, *a pensar male ci si azzecca!!!*

La medicina di genere dovrebbe essere parte centrale e importante delle regole anche della vostra Regione, lo sostengono tutti, ma nelle regole di sistema non mi sembra di aver rilevato, tranne alcune eccezioni, azioni rilevanti su questo tema. E questa non è solo una conseguenza dell'attuazione della riforma del sistema

socio-sanitario lombardo, ma una scelta precisa della politica.

Credo di poter dire che alla Lombardia come alle altre regioni oggi servono obiettivi di salute. Adottare un approccio che metta al centro la persona e le sue specificità, quindi della donna come del bambino o dell'anziano. Il risultato saranno terapie più appropriate

E dal momento che noi siamo un sindacato, a noi l'obbligo di fare anche alcune proposte sul che fare.

Come Spi, sul tema della salute delle donne, la nostra iniziativa è in atto da molto tempo e, inizialmente, si è interessata alla questione della prevenzione delle malattie e dei disturbi delle donne in età matura e alla difesa dei consultori familiari, rivendicando, in una sorta di alleanza con gli operatori, la loro qualificazione e l'estensione delle competenze anche alle donne in età non più fertile.

Mi sembra però di poter dire che, salvo alcune pregevoli eccezioni, le nostre proposte non sono sufficientemente penetrate nella politica e addirittura anche nelle nostre piattaforme per la contrattazione sociale nazionale e territoriale rivolte ai temi della salute e della sanità.

Per questo ritengo che non basti sollecitare attenzione al tema, ma che sia giusto avanzare precise rivendicazioni.

Significa oggi far diventare pratica quello che è stato approvato dalla conferenza Stato-Regioni: il Piano per l'applicazione e la diffusione della medicina di genere. L'obiettivo generale è garantire la prevenzione, diagnosi e cura a ogni persona con un approccio che tenga conto delle differenze di genere, in tutte le fasi della vita e in tutti gli ambienti di vita e di lavoro.

Per l'applicazione di quel piano sono state previste azioni che dobbiamo esigere e partecipare come:

- definizione di linee di indirizzo e obiettivi strategici;
- realizzare un sistema di rete per la promozione e lo sviluppo della salute e medicina di genere;
- definire indicatori strutturati per genere da inserire nella raccolta e nell'elaborazione dei flussi informativi;
- promuovere la definizione di obiettivi per



aziende sanitarie e Irccs che prevedano anche la definizione di obiettivi di genere specifici per i direttori generali.

Questo richiede un impegno costante e in prima persona da parte di tutto il sindacato, che si deve tradurre in temi da inserire nelle nostre piattaforme puntando, sulla contrattazione sociale territoriale, che deve diventare la nostra priorità d'intervento, nel quadro delle rivendicazioni sul welfare.

Questi temi impegnano quindi tutti anche per:

- monitoraggio della corretta applicazione delle azioni previste nel Piano sanitario nazionale e in quelli regionali;
- incentivare le aziende farmaceutiche a realizzare (anche se è più costosa), una sperimentazione differenziata fra i generi (perché, come afferma l'Oms, trattare un genere come l'altro è come trattare un bambino come un adulto);
- per quello che riguarda la vostra regione, sarà importante richiedere l'ampliamento di quel 9 per cento di *screening*, un dato limitato che non sappiamo se dipenda da una scelta politica, da una scelta economica o da una mancata conoscenza;

- diffusione di conoscenze sulle patologie e i disturbi più frequenti fra le donne per promuovere una buona prevenzione soprattutto per quelle anziane;

- rivendicare l'inserimento, all'interno della riorganizzazione generale dei servizi, di attività di prevenzione e di produzione di salute in un'ottica di genere;

- investire a tale proposito sulla ricerca, sia pubblica che privata.

È evidente che, per quello che ci riguarda, il lavoro da fare è enorme e include anche le differenze di genere nei luoghi di lavoro, in termini di salute e sicurezza, su cui sarebbe utile approntare una piattaforma ad hoc.

Ma se la medicina di genere deve essere un impegno di tutta l'organizzazione, a tutti i livelli, sarà fondamentale chiedere che il ministero della Salute, anche attraverso la programmazione delle risorse sia europee che nazionali, preveda adeguati finanziamenti per lo sviluppo della ricerca scientifica, medica, farmacologica e, come diceva anche Kustermann, per un aumento del personale e dei servizi.

So di essere provocatoria, ma non pensate che

sarebbe interessante rivedere anche il tema degli incentivi fiscali, legandoli (perché no?) al sostegno della ricerca privata in materia di medicina di genere?

In particolare vanno previste misure che siano volte ad assicurare che la ricerca privata e la sperimentazione clinica siano svolte in ugual misura sugli uomini e sulle donne, evitando ogni discriminazione.

Un altro punto fondamentale che rivendichiamo è che i dati rilevati dalle cartelle sanitarie da parte del Servizio sanitario siano divisi e analizzati per sesso. Altrettanto dovrebbe essere fatto per i dati rilevati dalle farmacie riguardanti l'impiego di medicinali. Questo punto è particolarmente importante, sia perché le donne ne sono consumatrici in misura maggiore rispetto agli uomini, sia perché gli eventi avversi derivanti da farmaci sono quasi il doppio rispetto agli uomini, soprattutto nelle terapie multiple adottate nei confronti degli anziani.

E se, come abbiamo detto, la medicina di genere non deve essere considerata una specialità a sé stante, ma un'integrazione trasversale, è cruciale la formazione dei medici, a partire da quelli già in attività (solo uno su quattro è consapevole del problema) e degli operatori sanitari.

Sebbene siano stati fatti grandi passi avanti in questi ultimi anni, tanti ancora bisognerà farne per sensibilizzare ulteriormente la classe politica sull'importanza di sviluppare approcci di genere specifici nell'ambito del sistema sanitario che complessivamente va aiutato, finanziato e cambiato.

Sono altrettanto convinta che questo sia un altro pezzo di percorso da fare verso il raggiungimento della parità. Non solo perché la parità di genere è un aspetto *giusto e doveroso* del vivere civile, ma anche perché il nostro Paese, se vuole davvero essere competitivo e salvarsi dal baratro, non può che puntare, anche e decisamente, sulle donne e sulla modifica di un orizzonte culturale che veda tutti i soggetti (uomini inclusi) consapevoli dei vantaggi della parità.

Se vogliamo veramente rendere il nostro Paese un luogo dove la differenza è alla stregua di una ricchezza da valorizzare, dobbiamo davvero trovarle queste differenze, e **sconfiggerle nei loro aspetti deteriori per poi puntarci tutto!**

Questo è il momento di rimboccarci nuovamente le maniche e uscire dalla crisi pandemica con una visione più moderna e nuova della medicina e dell'organizzazione sanitaria e socio-sanitaria che, cominciando dalle eccellenze e dall'applicazione in alcune Regioni pioniere, possa essere estesa e integrata in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale, per reimpostare e adottare nuovi modelli sanitari di cura capaci di garantire equità e soddisfacimento dei differenti bisogni di salute per ogni individuo. E questo, come avete dimostrato anche voi con questa interessante iniziativa, impegna tutti gli uomini e tutte le donne dell'organizzazione e delle istituzioni. Ma questo è anche un richiamo alla politica, una politica che deve riprendere il suo ruolo.

Poi qualcuno di voi potrebbe chiedermi, pensi sia facile?

Forse no, ma spero siamo d'accordo sul fatto che è necessario e ineludibile. ■



