

Medicina di genere: nuove prospettive nella salute

Convegno 21 marzo 2018 – Milano

Intervento conclusivo di Pierluigi Rancati

Segretario regionale USR CISL Lombardia

Ringrazio ancora i relatori per i loro interventi, che hanno arricchito e dato importanza a questa nostra iniziativa su un tema tanto essenziale quanto ancora insufficientemente svolto sul piano della ricerca, della clinica e dell'azione medica, ma, soprattutto, della politica sanitaria nel suo complesso.

Perciò sono anche molto grato alle Responsabili dei Coordinamenti donne della CISL Medici (dott.ssa Antonia Carlino), della USR (Angela Alberti) e della FNP (Maria Grazia Contino) che hanno voluto, curato e organizzato questo momento di approfondimento e di formazione.

Giunti alle conclusioni, mi sembra appropriato, stante l'azione che il sindacato ha la responsabilità e l'onere di esercitare per la tutela del bisogno di salute, sottolineare l'importanza di alcune acquisizioni del dibattito sul tema della medicina di genere, come problema di salute pubblica, oggi riproposte in questo convegno, e che devono essere per noi di orientamento e sprone nella nostra iniziativa sulla politica sanitaria, sull'organizzazione e la gestione del SSR.

Anzitutto, **se il genere è un determinante di salute**, l'applicazione della prospettiva di genere alla medicina è sinonimo di **una migliore medicina per tutti**, donne e uomini, perché essa non è medicina di un genere particolare, ma **un approccio di genere alla salute** e come tale contribuisce a delineare e strutturare nuove priorità, azioni, obiettivi e programmi.

Ciò implica che l'approccio di genere sia praticato in ogni attività sanitaria, con una sistematica **analisi di genere**, che comporta anche un **bilancio di genere** sull'impatto degli interventi, delle strategie e delle politiche, e un impegno costante per **una distribuzione equilibrata ed equa delle risorse sanitarie**.

D'altra parte **la mancanza di un corretto approccio di genere è stato ed è ancora causa di diseguaglianze di salute**, di una medicina non basata sulle evidenze per la donna, di inappropriately prescrittiva, di eccesso di reazioni avverse da farmaci nelle donne, di trattamenti clinico-assistenziali inappropriati, anche pensando ai differenti fattori di rischio che favoriscono in ottica di genere l'insorgenza e il decorso delle malattie croniche. Ne consegue, in definitiva, un sottoutilizzo o inefficiente utilizzo di risorse sanitarie.

La maggior parte della ricerca che sta alla base delle azioni mediche è stata condotta con **una impostazione androcentrica**, il che è risultato spesso ed è tuttora penalizzante per la salute della donna.

Ma se l'essere uomo o donna condiziona tanto l'insorgenza e il decorso delle malattie, quanto l'aspetto diagnostico e la cura, allora la medicina di genere è un approccio imprescindibile per giungere a **decisioni terapeutiche basate sulle evidenze**, sia nei confronti della donna che dell'uomo.

Da qui passa **la svolta culturale, clinica e gestionale** invocata da tutti, per lo sviluppo e l'organizzazione di una sanità pubblica che si vuole più equa, efficace ed efficiente, perché fondata sull'idea di appropriatezza della cura.

Peraltro, promuovere la prospettiva di genere è importante non solo nell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari, lo è anche per tutti gli aspetti inerenti la medicina del lavoro, nell'ottica di un nuovo modello prevenzionale e di valutazione del rischio, così come inteso dallo stesso d.lgs 81/2008 in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro. D'altra parte, in un'economia che si sta ristrutturando e trasformando, il sistema di prevenzione e di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro deve confrontarsi con i cambiamenti in atto nella forza lavoro, quali l'ingresso tardivo e la precarietà del lavoro, l'avanzamento dell'età lavorativa, fattori complessivamente capaci, anche in un ottica di genere, di condizionare in modo nuovo le esperienze di vita e di salute, interagendo con i rischi lavorativi specifici e da cui possono derivare impatti negativi sulla salute dei lavoratori e delle lavoratrici da vari punti di vista: in termini di intensificazione dei carichi di lavoro, di aumento dei vincoli

organizzativi, di sovraccarico informativo e di nuovi profili di stress lavoro-correlato, solo per citarne alcuni.

In questa prospettiva l'approccio di genere è anche una tappa obbligata **verso una medicina personalizzata** che metta al centro il paziente nella sua complessità e individualità. Il che rimanda ad una definizione di salute e malattia dove è importante distinguere le patologie riconducibili ad una diversità fisiologica, ma anche quelle che rimandano a specifiche condizioni di lavoro o differenti stili di vita che donne e uomini conducono, stante che i determinanti biologici e sociali della salute non sono neutri, ma assumono significati specifici per genere.

Per quanto la medicina di genere sia presente da tempo nel dibattito scientifico e negli atti del decisore pubblico, resta molto da fare, cominciando da una trasparente, rigorosa e allargata...

valutazione degli esiti attuativi delle policy finora messe in campo.

La riforma del Titolo V del 2001 ci ha lasciato venti sistemi sanitari regionali con un funzionamento della sanità che amplifica sul territorio il divario nell'accesso alle cure.

Perciò il percorso di sviluppo e diffusione della medicina di genere ha subito esso pure una certa frammentarietà, stante anche la mancanza di organici interventi normativi nazionali e la presenza solo embrionale di iniziative di coordinamento istituzionale.

Regione Lombardia vanta il fatto di essere stata fra le prime regioni in Italia ad aver inserito la Medicina di genere all'interno dei documenti regolatori del servizio sanitario regionale, la prima ad aver posto la medicina di genere tra gli obiettivi operativi per i Direttori Generali delle aziende sanitarie, ed è pure la regione con più strutture ospedaliere premiate con i bollini rosa dall'Associazione Onda (l'Osservatorio nazionale sulla salute della donna).

Purtroppo, però, sul servizio sanitario, è abitudine di Regione Lombardia sperimentare molto, senza mai dare conto in maniera compiuta dei risultati delle attività e delle sperimentazioni intraprese,

non foss'altro che per riaggiustare il tiro della programmazione sanitaria e renderla sempre più capace:

- di rispondere alla domanda di salute
- di orientare un'organizzazione dei servizi clinico-assistenziali basata sull'equità di accesso e di fruizione delle cure in tutto il territorio
- di promuovere stili di vita salutari correlati al genere.

Insomma, se la Medicina di genere è obiettivo strategico della politica e della programmazione sanitaria, allora dovrebbe essere...

una parte centrale e permanente delle “Regole di sistema” di Regione Lombardia.

Nelle **Regole di sistema per l'esercizio 2017 e 2018** non c'è più alcun rimando a linee d'azione sul tema della “Medicina di genere”.

Per la verità, alla Medicina di genere non si assegnava un ruolo strategico nell'organizzazione clinico-assistenziale nemmeno con le Regole delle precedenti annualità. Le **“Regole” 2015 e 2016** si limitavano a riprendere e ribadire l'indirizzo della deliberazione del Consiglio regionale dell'agosto 2015, la n. 783, con un breve capitolo d'indirizzo dedicato alla Medicina di genere.

Sia detto per inciso, ciò **non è dovuto solo alla fase di implementazione della Legge di riforma del Sistema Socio-sanitario Lombardo** che ha comportato a partire dall'autunno 2015 un processo indubbiamente non breve di riorganizzazione e ridefinizione dei compiti e degli assetti delle direzioni.

Il modello seguito in Lombardia fa molto conto sul fatto che si è posto l'obiettivo alle direzioni strategiche di implementare attività di ricerca e promozione della Medicina di genere all'interno delle realtà aziendali in un'ottica di valutazione della performance dei Direttori generali. Ciò ha indubbiamente consentito e sollecitato in questi anni lo sviluppo di molte iniziative di formazione, di sensibilizzazione e di promozione della Medicina di genere da parte di diverse strutture ospedaliere in varie aree del territorio lombardo.

Ma questo andamento ancora non è programmazione sanitaria.

Fare programmazione sanitaria dovrebbe essere esercizio dedito a individuare **definiti obiettivi di salute** e **strategie di organizzazione della rete dei servizi e dei presidi** atte al loro conseguimento.

Vero è però che **una siffatta programmazione non è più nelle logiche di sistema**: negli ultimi anni – come ci ricorda Cavicchi – *“dagli obiettivi di salute siamo passati a programmare quelli di compatibilità, di razionamento e di gestione”* (Ivan Cavicchi “I mondi possibili della programmazione sanitaria”, McGraw Hill 2012).

E, tuttavia, nella nuova Consiliatura che sta cominciando, è necessario impegnarsi per ...

sollecitare e “restituire” nuova centralità all’approccio di genere...

nelle politiche della salute, nella organizzazione ed erogazione delle cure mediche e dei servizi sanitari in Lombardia, a partire da quanto già fatto e dal molto che resta ancora da fare e che, grazie anche al contributo prezioso offerto oggi alla nostra riflessione, la CISL, per la parte e le responsabilità che gli sono proprie, saprà promuovere.