

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

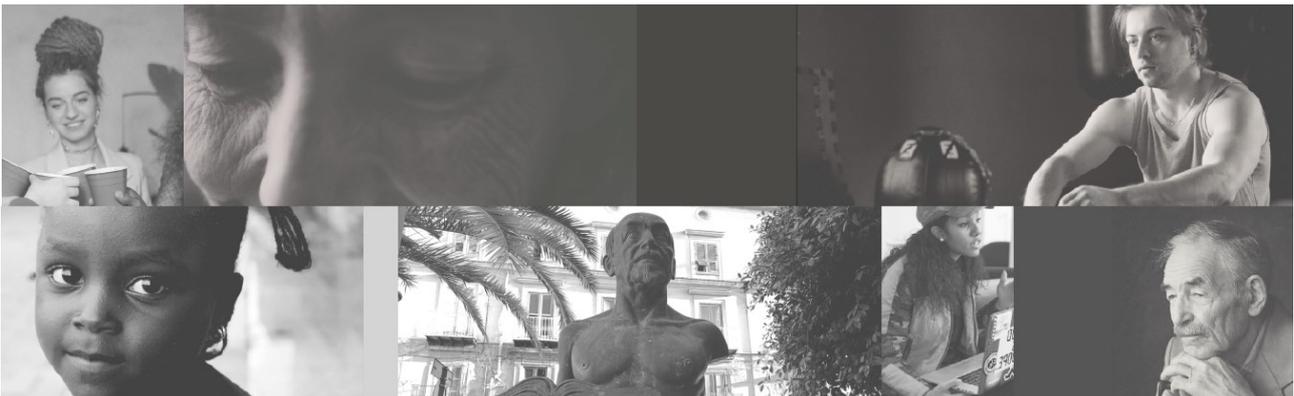
2021





Arricchiamoci delle nostre reciproche differenze

Paul Valéry



Il Piano Regionale per la l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere 2021 è disponibile nella versione E-book scaricabile dal sito istituzionale "Costruire Salute" e dal sito istituzionale dell'Ufficio Speciale per la Comunicazione, oppure inquadrando il QR CODE a fianco.





SOMMARIO

INTRODUZIONE	4
PREMESSA	6
1. INQUADRAMENTO GENERALE	7
1.1 Il Piano Nazionale per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere.....	7
1.2 Analisi dello scenario	7
1.3 Aspettativa di vita e mortalità.....	8
1.4 Patologia oncologica.....	10
1.5 Assistenza Ospedaliera.....	11
1.6 Differenze di genere nell'infezione da Covid 19	12
1.7 Aderenza agli interventi di prevenzione	12
1.8 Il Tavolo Tecnico Regionale di Coordinamento per la Medicina di Genere	13
1.9 Target di riferimento: destinatari e stakeholder.....	14
2. LINEE GUIDA PER LA DIFFUSIONE E L'APPLICAZIONE DELLA MEDICINA DI GENERE NEL SISTEMA SANITARIO REGIONALE SICILIANO	15
2.1 Obiettivi generali e specifici del Piano	15
2.1.1 AREA A) Percorsi clinici di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione	15
2.1.1.1 Le Azioni del Piano Regionale Medicina di Genere – Area A)	16
2.1.2 AREA B) Ricerca e innovazione in medicina genere-specifica.....	21
2.1.2.1 Le Azioni del Piano Regionale Medicina di Genere - Area B)	22
2.1.2.2 Strumenti di valutazione.....	25
2.1.2.3 Risorse da attivare.....	26
2.1.2.4 Azioni da presidiare.....	26
2.1.2.5 Raccomandazioni per favorire l'implementazione della Medicina personalizzata	27
2.1.3 AREA C) Formazione e aggiornamento professionale	29
2.1.3.1 Le Azioni del Piano Regionale Medicina di Genere – Area C)	30
2.1.3.2 Azioni da presidiare.....	32
2.1.3.3 Diffusione e divulgazione.....	32
2.1.3.4 Formazione e aggiornamento.....	32
2.1.3.5 Consolidamento della rete regionale con partenariato nord/centro/sud	34
2.1.4 AREA D) Comunicazione ed informazione nella Medicina di Genere	36
2.1.4.1 Le Azioni del Piano Regionale di Medicina di Genere – Area D)	38
2.1.4.2 Azioni da presidiare.....	41
3. IL VALORE DELLA MEDICINA DI GENERE	46
4. MONITORAGGIO PER L'ATTUAZIONE DEL PIANO	46
BIBLIOGRAFIA	47
ALLEGATO A: AMBITI PRIORITARI PER UN APPROCCIO DI GENERE IN MEDICINA....	48



INTRODUZIONE

La prospettiva “androcentrica” adottata in medicina fino alla metà del secolo scorso, ha fortemente condizionato la tensione alla conoscenza e al funzionamento corporeo, sintomatologico e terapeutico al punto che soltanto in epoca recente si è riscoperta disciplina in grado di cogliere l’influenza delle differenze sessuali e di genere nell’etiopatogenesi e nell’impatto delle terapie.

È infatti alla sottoscrizione della Carta di Ottawa del ’86 e alla Dichiarazione di Vienna del ’94 che dobbiamo lo svincolamento del concetto di salute a favore di una visione olistica, *life course*, direttamente connessa ad un processo di consapevolezza *Gender Mainstreaming*, in grado di orientare gli operatori sanitari sul ruolo svolto dalle determinanti di genere nell’ambito dei percorsi di salute.

In base alle recenti indicazioni dell’Organizzazione Mondiale della Sanità – OMS la Medicina deve, infatti, essere declinata in modo da includere il Genere come determinante di salute e lo studio dell’influenza delle differenze biologiche (definite dal sesso) e socio-economiche e culturali (definite dal genere) sullo stato di salute e di malattia di ogni persona, come elemento distintivo. La promozione della cultura della medicina di genere contribuisce, pertanto, al contrasto alle disuguaglianze di salute e necessita di un approccio intersettoriale e inclusivo in linea con la logica *one health* e con gli obiettivi di sviluppo sostenibile dell’Agenda 2030.

Nel documento della Commissione europea “Un’unione dell’uguaglianza: la strategia per la parità di genere 2020-2025” si rileva che il “34 % delle donne con problemi di salute o disabilità, ad esempio, ha subito violenza fisica o sessuale dal proprio partner, contro il 19 % delle donne che non hanno problemi analoghi (Agenzia dell’Unione europea per i diritti fondamentali (FRA)”. Per quanto riguarda la salute, donne e uomini sono esposti a rischi specifici di genere.

L’Unione propone di inserire una dimensione di genere nel piano dell’UE per la lotta contro il cancro già avviato nel 2020 in modo da facilitare, condivisione di buone pratiche tra Stati membri e *stakeholder*, sugli aspetti di genere della salute, ivi compresa quella sessuale e riproduttiva. La normativa nazionale, con la Legge 11 gennaio 2018 n.3 art. 3, ha adottato il Piano Nazionale per l’applicazione e la diffusione della Medicina di Genere in attuazione dell’articolo 3, comma 1), documento predisposto dal Ministero della Salute, con il fondamentale supporto del Centro di Riferimento per la Medicina di Genere, che fornisce “un indirizzo coordinato e sostenibile per la diffusione della Medicina di Genere mediante divulgazione, formazione e indicazione di pratiche sanitarie che nella ricerca, nella prevenzione, nella diagnosi e nella cura tengano conto delle differenze derivanti dal genere¹, al fine di garantire la qualità e l’appropriatezza delle prestazioni erogate dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN) in modo omogeneo sul territorio nazionale”. Il Ministero della Salute, con nota del 26 giugno 2019, ha inoltre richiesto alle regioni di indicare un referente regionale per la medicina di genere così come previsto dal Piano.

All’adozione del Piano, si è aggiunta l’istituzione, da parte del Ministero della Salute, dell’Osservatorio nazionale della Medicina di Genere presso l’Istituto Superiore Sanità il 22.09.2020, il cui obiettivo principale è assicurare l’avvio, il mantenimento nel tempo e il monitoraggio delle azioni previste dal Piano. Gli obiettivi vengono aggiornati nel tempo in base ai risultati raggiunti al fine di fornire al Ministro della Salute i dati, da presentare annualmente alle Camere, relativi alle azioni attuate sul territorio nazionale.

La Regione Siciliana con D.A. Salute n. 166/2020 e D.A. Salute n.30/2021, ha recepito il Piano Nazionale per l’applicazione e la diffusione della Medicina di Genere predisposto ai sensi dell’articolo 3, comma 1 della Legge 11 gennaio 2018 n.3, ed in particolare le linee di indirizzo programmatico e l’adozione di un approccio interdisciplinare tra le diverse aree mediche e delle scienze umane per la promozione e il sostegno della ricerca biomedica, farmacologica e psicosociale basata sulla valorizzazione delle



determinanti di genere, dell'insegnamento della medicina di genere e dell'informazione pubblica sulla tutela della salute e sulla gestione dei percorsi di diagnosi e cura.

Con funzioni di indirizzo, coordinamento e monitoraggio delle attività e dell'efficacia degli interventi, la Regione Siciliana ha predisposto il Tavolo Tecnico Regionale di Coordinamento per la Medicina di Genere a cura del quale è stato redatto il presente "Piano Regionale per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere. Al suo interno sono riportate le indicazioni operative da declinare sul territorio grazie alla realizzazione di un sistema di rete con le Strutture Sanitarie Provinciali onerate di attivare specifici Gruppi di Lavoro con funzioni di osservatorio locale e di supporto alle Azioni intraprese dal Tavolo Regionale. A livello regionale è stato, inoltre, identificato un Referente per coordinare le attività previste dal documento di indirizzo, il cui compito principale è quello di provvedere alla programmazione, al coordinamento e al monitoraggio delle azioni relative ai percorsi sanitari, alla formazione, alla ricerca e alla comunicazione nell'ambito della medicina di genere. Tale figura, oltretutto, si propone di coordinare il Tavolo tecnico regionale per una diffusione capillare della medicina di genere e la creazione di una Rete regionale.

I referenti regionali hanno pertanto ricevuto l'importante mandato di estendere alla propria Regione, le indicazioni diffuse dall'Osservatorio dedicato alla Medicina di Genere e di aggiornare quest'ultimo circa le iniziative intraprese. Nel corso della pandemia causata dalla diffusione del COVID-19, tutti i referenti regionali sono stati coinvolti in prima persona nella gestione delle azioni per il contenimento dei danni, in considerazione del ruolo svolto dalle differenze di genere nella progressione e letalità della malattia, nella risposta alle terapie, nelle ripercussioni psicosociali e nella salute dei caregivers.

L'Assessorato della Salute, in particolare, ha inserito un focus specifico sulla Medicina e la Comunicazione di Genere nel recente Piano Regionale di Prevenzione 2020-2025 rivolto ai principali *stakeholders* e integrato anche nel recente Piano Regionale di Comunicazione per la Salute - PRC 2021. La comunicazione per la diffusione della Medicina di Genere, rappresenta, infatti, uno straordinario strumento di *governance* delle politiche di prevenzione, promozione della salute e contrasto alle disuguaglianze, come sostenuto già dal Piano Sanitario Nazionale e dal Rapporto Salute 2020, oltre che un supporto alla diffusione e alla promozione della medicina di genere.

Ciò supporterà la possibilità di ridisegnare in modo omogeneo e capillarmente diffuso la programmazione e l'organizzazione dell'offerta sanitaria introducendo la dimensione "genere-specifica", con lo scopo di raggiungere gli obiettivi propri della Medicina di Precisione, diversificare i percorsi diagnostici e stratificare il rischio. Il presente Piano per la diffusione e l'applicazione della medicina di Genere, a supporto del PRP 2020-2025 e del Piano di Comunicazione per la Salute 2021, si configura come strumento di riferimento sui tre assi – clinica e ricerca, diffusione e formazione, informazione e comunicazione – in continuità con quanto stabilito nel Piano Nazionale.

Tutto ciò si pone come obiettivo quello di sviluppare, diffondere e applicare in modo sistematico e quanto più omogeneo possibile nel Sistema Sanitario della nostra Regione, la cultura di genere in medicina, facilitare quindi l'equità di accesso alle cure, adottare i principi dell'appropriatezza prescrittiva e della precisione in una prospettiva *gender tailored* della medicina di sostegno organico alle politiche e alla *governance* sanitaria.

Il Referente Medicina di Genere
Regione Siciliana

Dott.ssa Daniela Segreto



PREMESSA

Il presente “Piano regionale per la diffusione e l’applicazione della medicina di genere”, redatto dai componenti dei gruppi di lavoro nell’ambito del Tavolo Tecnico Regionale di Coordinamento per la Medicina di Genere istituito con D.A. Salute n. 166/2020 e D.A. Salute n.30/2021, recepisce le indicazioni previste dal Piano Nazionale per l’applicazione e la diffusione della Medicina di Genere in allegato alla Legge 11 gennaio 2018 n. 1 art. 3 ed è finalizzato a fornire linee guida di indirizzo, coordinamento, monitoraggio e guida per la progettazione, programmazione, realizzazione e valutazione delle azioni di *governance* regionali e aziendali relative alla promozione e all’applicazione della medicina di genere in ambito clinico nel Sistema Sanitario Regionale, con particolare riferimento alla medicina di precisione, all’appropriatezza prescrittiva e all’equità di accesso ai servizi e alle cure.

In coerenza con il documento nazionale, il “Piano regionale per la diffusione e l’applicazione della medicina di genere” è articolato in due macro sezioni: la prima “INQUADRAMENTO GENERALE” identifica le coordinate principali della Medicina di Genere, degli ambiti prioritari d’intervento, valorizza l’importanza dell’approccio differenziale di genere nell’ambito del sistema sanitario regionale a contrasto delle disuguaglianze e a garanzia del valore della persona al centro delle cure, unitamente alla disamina dello scenario corrente; la seconda espone “LE LINEE GUIDA PER LA DIFFUSIONE E L’APPLICAZIONE DELLA MEDICINA DI GENERE NEL SISTEMA SANITARIO REGIONALE SICILIANO”, completa di obiettivi generali, specifici ed azioni di supporto alle politiche sanitarie, in ordine alle prioritarie aree di intervento individuate e come rappresentate in Fig. 1.

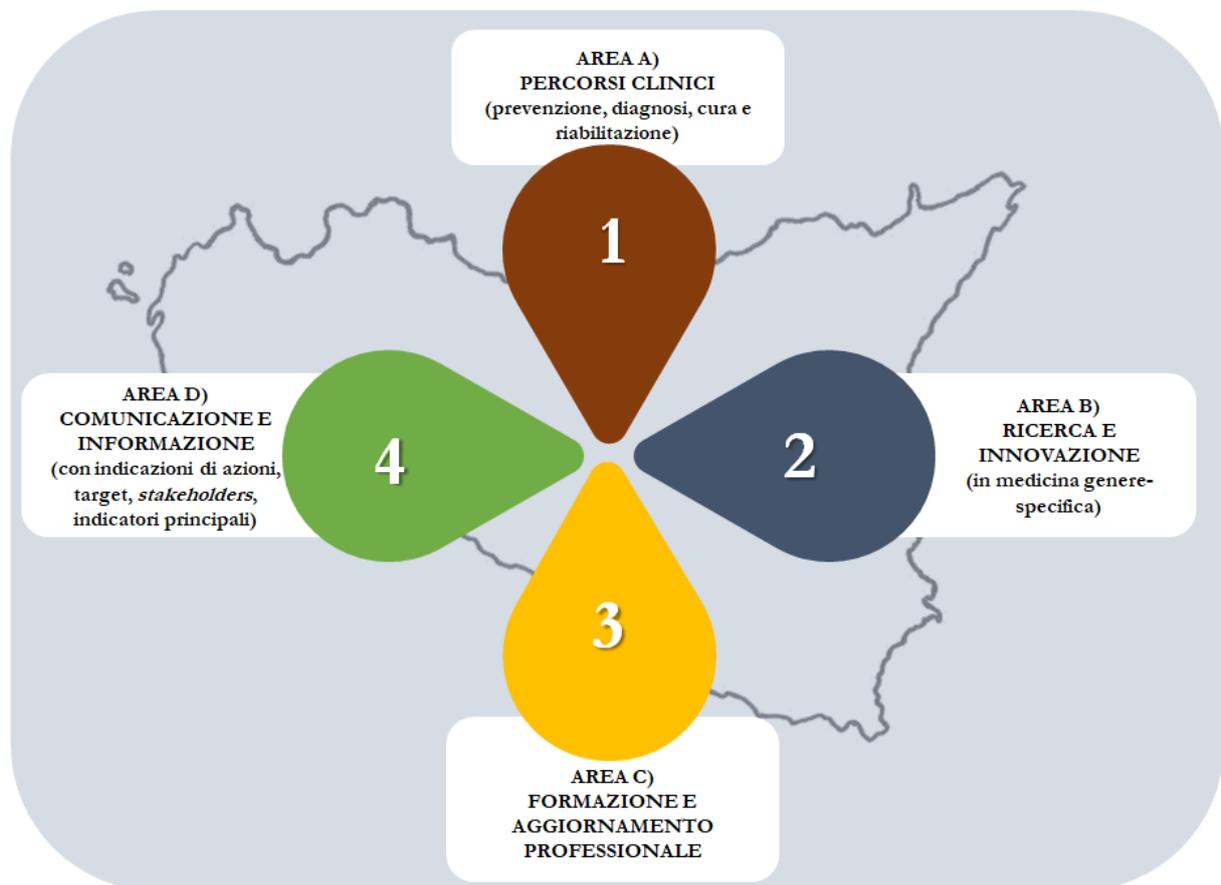


Fig. 1: Aree di intervento delle Linee Guida per la diffusione e l’applicazione della Medicina di Genere nel Sistema Sanitario Regionale Siciliano



In questa fase preliminare del progetto, al fine di sviluppare una matrice (ed un linguaggio) comune per le due aree di intervento A) e B) si è ritenuto di accorparle, per poi proseguire, in un secondo momento, con lo sviluppo di due percorsi distinti, che verranno successivamente inseriti in una nuova edizione del piano, così come indicato dal Ministero.

1. INQUADRAMENTO GENERALE

1.1 Il Piano Nazionale per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere

Il Piano (articolo 3, comma 1, Legge 3/2018), nato dalla rete di collaborazione tra Ministero della Salute, Centro di riferimento per la Medicina di Genere dell'Istituto Superiore di Sanità, Tavolo tecnico-scientifico di esperti regionali in Medicina di Genere e dei referenti per la Medicina di Genere della rete degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) nonché di AIFA e AGENAS, introduce per la prima volta nel nostro paese il concetto di genere in medicina a garanzia di appropriatezza, qualità ed equità di accesso al Servizio Sanitario per tutti i cittadini. Il documento, adottato a livello programmatico il 13 giugno del 2019, in coerenza con i principi emanati dall'art. 3 della Legge 11 gennaio 2018, pone l'Italia all'avanguardia nell'ambito della medicina di Genere “con il fine ultimo di garantire ad ogni persona, sia uomo che donna, la migliore cura, rafforzando ulteriormente il concetto di “centralità del paziente” e di “personalizzazione delle terapie”. In particolare, il Piano delinea l'azione comunicativa quale “*leva strategica affinché la Medicina di Genere trovi piena attuazione e compimento*” il cui scopo è *promuovere la conoscenza della Medicina di Genere presso i professionisti della sanità e la popolazione generale, coinvolgendo il mondo del giornalismo e dei media*. Emerge un modello di comunicazione sistemica e inclusiva, in grado di integrare sinergicamente comunicazione esterna, interna, pubblica e istituzionale, on line e off line e di valorizzare la comunicazione *between* medico paziente che avviene nel *setting* clinico, sia in contesti ambulatoriali che ospedalieri.

Alla disamina di livello nazionale e internazionale sullo stato dell'arte della Medicina di Genere, il Piano declina obiettivi strategici, attori e azioni la cui sinergia risulta indispensabile per l'applicazione e la diffusione della medicina di genere in sanità ed in particolare, nelle **quattro aree d'intervento** previste dalla Legge:

1. Percorsi clinici di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione
2. Ricerca e innovazione
3. Formazione
4. Comunicazione e informazione

Applicazione e monitoraggio del piano sono affidate all'Osservatorio dedicato alla Medicina di Genere cui è affidata la responsabilità di fornire al ministro della Salute i dati da presentare annualmente alle Camere. I referenti regionali hanno pertanto ricevuto l'importante mandato di estendere alla propria Regione, le indicazioni diffuse dall'Osservatorio dedicato alla Medicina di Genere, istituito il 22.09.2020 presso l'Istituto Superiore di Sanità da parte del Ministero della Salute, e di tenerlo aggiornato sulle iniziative intraprese.

1.2 Analisi dello scenario

La Medicina di Genere, dimensione interdisciplinare della branca medica, studia e approfondisce l'influenza del sesso e del genere sulla fisiologia, fisiopatologia e patologia umana ovvero sui meccanismi generativi delle patologie, sulle azioni di prevenzione, diagnosi e terapia più opportune a seconda del sesso biologico e del genere di appartenenza. In particolare, l'ambito di studi riguarda le malattie cardiovascolari, i tumori, le malattie metaboliche, le osteoarticolari, neurologiche, infettive, autoimmuni



anche quelle derivanti dall'esposizione ad agenti inquinanti e/o tossici ambientali. Il "genere" è il risultato di criteri costruiti su parametri sociali circa il comportamento, le azioni e i ruoli attribuiti ad un sesso e come elemento portante per la promozione della salute. Le diversità nei generi si manifestano in molteplici sfaccettature. Questa "nuova" dimensione della medicina prevede che, oltre alla influenza esercitata dalle determinanti di genere e al sesso biologico, rientrino nella valutazione etiopatogenica anche parametri, quali età, etnia, livello culturale, confessione religiosa, orientamento sessuale, condizioni sociali ed economiche con attenzione al genere ciò al fine di riparametrare l'equità di accesso al servizio sanitario e la capacità di implementare sistemi di promozione della salute sul territorio in termini di appropriatezza, prevenzione, diagnosi e cura. In questa prospettiva, devono inoltre essere considerate le criticità relative allo stato di salute delle persone transessuali e intersessuali che, pur condividendo molte delle esigenze sanitarie della popolazione generale, presentano particolari necessità specialistiche.

La medicina genere-specifica è focalizzata sull'identificazione e sulla comprensione dei meccanismi attraverso cui le differenze legate al genere agiscono su: stato di salute, evoluzione patologica e *outcome* dei percorsi di prevenzione, diagnosi e cura.

1.3 Aspettativa di vita e mortalità

L'Italia è il Paese al mondo in cui il tasso di invecchiamento della popolazione è il più intenso e veloce. I dati demografici confermano il costante incremento della vita media della popolazione che ha portato nel 2018 la speranza di vita alla nascita a 80,9 anni per gli uomini e a 85,2 anni per le donne. I divari tra i sessi, seppure in lieve diminuzione, rimangono elevati e la differenza di quasi 5 anni di vita a favore del sesso femminile è attribuibile ai minori livelli di mortalità delle donne alle varie età e per la maggior parte delle cause di morte. Gli uomini hanno infatti una maggiore probabilità di morire di cancro, di incidenti stradali e di altre importanti cause, incluso il suicidio. Inoltre sono più propensi delle donne a fumare, bere alcolici, avere una cattiva alimentazione, non accedere ai servizi sociosanitari. Alcune patologie considerate classicamente femminili, inoltre, molto spesso non sono riconosciute nel maschio e quindi sono sottostimate: l'osteoporosi, ad esempio, colpisce prevalentemente le donne ma è una minaccia anche per gli uomini, e la depressione, che sembra essere meno frequente negli uomini probabilmente perché le statistiche non tengono conto del fatto che gli uomini tendono a ritardare il ricorso al medico e alle prestazioni sanitarie, inclusa l'assistenza psichiatrica.

Una recente ricerca curata dall'Università di Bari, ha rilevato che i feti maschi e femmine rispondono in modo diverso allo stesso ambiente intrauterino, suggerendo una differenza biologica fondamentale a livello cellulare e molecolare e che vi siano differenze significative legate al sesso nel periodo neonatale e per gli esiti dei neonati pre-termine, così come per l'incidenza di malattie neurologiche, malformazioni congenite e malattie respiratorie, nonché nella risposta individuale ai farmaci durante l'infanzia. I dati indicano inoltre che lo sviluppo funzionale e strutturale dell'apparato respiratorio è superiore nelle femmine e specialmente nei neonati pre-termine.

Il sesso del feto e del neonato possono influenzare la morbilità e la mortalità durante la gravidanza e dopo la nascita. La medicina di genere ha un suo ruolo già nel periodo neonatale per valutare le differenze sesso-correlate.

Studi recenti hanno rilevato come questo differenziale sia attribuibile per il 60% circa alla minore mortalità delle donne nell'ambito delle malattie cardiovascolari e dei tumori, che spiegano oltre il 70% della mortalità complessiva.

Il tasso standardizzato di mortalità per tutte le cause in entrambi i sessi risulta più elevato rispetto al valore nazionale (uomini 108,4 vs 102,0 /10.000; donne 75,1 vs 68,6 /10.000). Riguardo alle singole cause nel solo genere maschile si osservano valori superiori per le malattie ischemiche del cuore (12,2 vs 12/10000) e per le malattie dell'apparato respiratorio (9,4 vs 8,8/10000).



Le malattie respiratorie costituiscono oggi uno degli ambiti di indagine più interessanti rispetto alle differenze di genere. Differenze di genere in ambito respiratorio sono infatti presenti già nel periodo embrionale: il polmone e le vie aeree presentano, infatti, significative differenze in termini di sviluppo embrionale, caratteristiche anatomiche e funzionali. Inoltre, alcuni studi hanno evidenziato sia in Europa che negli USA, una “femminilizzazione” di molte patologie che prima costituivano un “primato maschile”. Sia la broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) che l’asma sono state ad esempio riconosciute come patologie con differenze di genere per quanto riguarda le manifestazioni cliniche, la presenza di comorbidità, gli aspetti funzionali e radiologici, la risposta alla terapia. Un ruolo fondamentale sembra essere rappresentato dai fattori di rischio, ad esempio gli stili di vita e l’esposizione ad agenti inquinanti.

A proposito delle malattie metaboliche la ragione della differente distribuzione nei due sessi può essere spiegata dall’evidenza che la composizione corporea di uomini e donne è molto diversa. Le donne hanno una maggior percentuale di massa grassa e gli uomini più massa muscolare. Le donne sono più propense a depositare grasso sottocutaneo e sugli arti inferiori, mentre gli uomini sono più propensi ad accumulare grasso viscerale. Dopo la menopausa, la distribuzione del tessuto adiposo delle donne si modifica aumentando nella regione troncale. Sebbene gli uomini e le donne siano entrambi suscettibili all’obesità, le conseguenze sulla salute differiscono tra i sessi. Il legame tra mortalità ed indice di massa corporea è più forte nella donna che nell’uomo. Inoltre, a parità di età e grado di sovrappeso, l’aumento del tessuto adiposo viscerale è più fortemente associato ai marcatori di rischio cardio-metabolico (insulino-resistenza, dislipidemia, sindrome metabolica) nelle donne che negli uomini, in cui è invece più dannoso l’aumento del grasso intramuscolare. Il tessuto adiposo sottocutaneo degli arti inferiori è protettivo verso l’aterosclerosi nelle donne e non negli uomini perché probabilmente rappresenta una conseguenza evolutiva della necessità di accumulare in maniera più efficiente energia nel tessuto adiposo delle donne coinvolte nel processo riproduttivo. A causa della loro maggior propensione ad essere sovrappeso e della caduta degli estrogeni che influenzano positivamente l’omeostasi glucidica, la prevalenza di diabete mellito di tipo 2 è maggiore tra le donne che tra gli uomini solo dopo i 70 anni. Le donne diabetiche, rispetto agli uomini, hanno un rischio doppio di cardiopatia, una più precoce incidenza di infarto miocardico con maggior mortalità, un aumentato rischio d’insufficienza cardiaca, ictus e claudicatio. È tuttora incerta l’influenza degli steroidi sessuali sul diverso livello di rischio e raggruppamento dei fattori di rischio nei due generi.

Le malattie reumatiche in generale, ed autoimmuni in particolare, hanno una predominanza femminile molto significativa. L’uomo contrae più facilmente infezioni batteriche e virali perché ha un sistema immune meno potente della donna, ma questo aspetto lo porta ad avere meno malattie autoimmuni della donna. In compenso, se l’uomo si ammala, ad esempio di malattia di Graves o lupus eritematoso sistemico, ha una prognosi peggiore. Pertanto, ogni sforzo di ricerca deve considerare le differenze di genere sia dal punto di vista preclinico (con modelli che rispecchino entrambi i sessi), sia da quello clinico (in termini di fattori di rischio, trattamento e storia naturale). Tuttavia, le prime due cause in assoluto in entrambi i sessi si confermano le malattie cerebrovascolari e le malattie ischemiche del cuore. Oltre alle cause circolatorie, nelle donne tra le prime cause emergono il diabete (5,7%) e il tumore della mammella (3,8%), mentre negli uomini ai tumori dell’apparato respiratorio (7,8%) si aggiungono il diabete (4,8%) e le malattie polmonari cronico ostruttive (4,3%).

Nella totalità dei casi, le prime cause negli uomini oltre alle neoplasie maligne dell’apparato respiratorio sono le malattie ischemiche del cuore (seconda causa di mortalità prematura), gli incidenti stradali (terza causa), i disturbi circolatori dell’encefalo (quarta causa) e il suicidio (quinta causa di mortalità prematura). Tra le donne, invece, tra le cause tumorali si segnalano le neoplasie maligne della mammella (prima causa di mortalità prematura), dell’apparato respiratorio (seconda causa) e del colon-retto (quarta causa). Infine, i disturbi circolatori dell’encefalo e le malattie ischemiche del cuore costituiscono rispettivamente la terza e la quinta causa di mortalità prematura tra il genere femminile.



In Sicilia la mortalità per tutte le cause fa registrare una media annua di 50.271 decessi (48,9% tra gli uomini e 51,1% tra le donne).

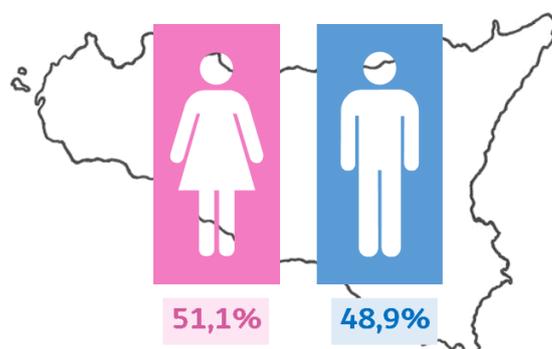


Fig.2: Mortalità in Sicilia e differenza di genere

Nel 2018, l'aspettativa di vita alla nascita era pari a 79,9 anni tra gli uomini e di 84 anni per le donne: rispetto al 2004 l'incremento maggiore si registra tra gli uomini (+2,1%) piuttosto che tra le donne (+1,5%). In accordo con i dati nazionali, la prima causa di morte in Sicilia sono le malattie del sistema circolatorio, che risulta in eccesso rispetto al resto del Paese in entrambi i sessi con una media annua di 20.116 decessi (44,6% tra gli uomini e 55,4% tra le donne). Il diabete, ad esempio, rappresenta il 90% del totale delle patologie delle ghiandole endocrine ed è responsabile, rispettivamente per gli uomini e per le donne, del 44,6% e del 55,4% del numero totale medio dei decessi che sostengono insieme alla seconda, i tumori maligni, più dei 2/3 dei decessi avvenuti nel periodo in esame. La terza causa negli uomini è rappresentata dalle malattie respiratorie (7,8%) e nelle donne dal raggruppamento delle malattie metaboliche, endocrine ed immunitarie (6,4%) per la quasi totalità sostenuta dal diabete.

La mortalità generale, come esito sfavorevole di salute, è al di sopra di quella nazionale, in particolare nelle donne; la mortalità precoce è principalmente attribuibile ai tumori e, per il genere maschile in particolare, alle malattie del sistema circolatorio e ai traumatismi ed avvelenamenti.

1.4 Patologia oncologica

In campo oncologico sono state descritte molte differenze di genere, tuttavia le donne rimangono ancora sottorappresentate nelle sperimentazioni cliniche in aree importanti come l'oncologia non genere-specifica dove, ad esempio, costituiscono appena il 38,8%. L'efficacia dei chemioterapici è diversa e la differenza delle caratteristiche cliniche delle neoplasie, con la stessa istologia e stadio, è talora osservata, ma non inserita nell'attenzione clinica quotidiana e nelle linee guida.

La mortalità per cancro del polmone dagli anni '50 ad oggi è aumentata del 500 per cento nella donna e la donna sviluppa il cancro del polmone 2,5 volte in più dell'uomo, anche se non fumatrice. Non si conoscono ancora le ragioni di queste differenze, che non sono solo legate a fattori ormonali, ma anche genetici e metabolici, e la ricerca in questo campo è assolutamente prioritaria. Il ruolo degli estrogeni inoltre sembra avere un'influenza negativa poiché alcuni tumori a grandi cellule esprimono recettori per estrogeni.

Comprendere l'impatto dei fattori ormonali sullo sviluppo e la progressione dei tumori potrebbe avere importanti risvolti terapeutici, così come già accaduto per i tumori della prostata e della mammella. Il cancro del colon è la seconda causa di morte in ambedue i sessi in Europa e negli USA, ma colpisce la donna con 5 anni di ritardo rispetto all'uomo, di solito nel colon ascendente e nell'uomo nel discendente, e anche la mortalità nella donna è ritardata di 5 anni. Per questo sarebbe più appropriato estendere lo screening nella donna oltre i 70 anni. Il melanoma è una neoplasia che può presentare una localizzazione diversa nelle donne e negli uomini (più frequentemente tronco nell'uomo e arti nella donna) e vede una maggiore sopravvivenza nella donna. Il cancro della tiroide è più frequente nelle donne, ma ha una



prognosi peggiore negli uomini. Le ragioni di queste differenze epidemiologiche non sono note, ma è stato proposto che gli ormoni possano svolgere un ruolo importante. Differenze di genere sono, ovviamente, alla base di alcuni tipi di tumore esclusivi (prostatico e ovarico) o quasi (mammario) di un solo genere.

Recentemente, anche studi epidemiologici hanno evidenziato significative differenze di genere nell'incidenza, nell'aggressività, nella progressione, nella prognosi e nella risposta alla terapia, inclusa l'immunoterapia, in molte tipologie di tumori comuni ai due sessi.

Le cinque sedi tumorali più frequentemente diagnosticate fra gli uomini sono: la prostata (in media 2.230 nuovi casi/anno, che, in termini d'incidenza proporzionale corrispondono al 17,3% di tutti i tumori maligni esclusa la cute), il polmone (2.072 casi/anno; 16,0%), il colon-retto (1.850 casi/anno; 14,3%), la vescica (908 casi/anno; 14%) e i tumori del fegato e delle vie biliari (in media 487 casi/anno; 3,8%).

Tra le donne la sede tumorale di gran lunga più frequente è la mammella (con una media di 3.464 casi/anno che rappresentano il 30,5% del totale dei tumori maligni esclusa cute), seguita dal colon-retto (1.576 casi/anno; 13,9%), la tiroide (697 casi/anno; 6,1%), infine il corpo dell'utero e il polmone (con circa 590 casi/anno ciascuno, pari al 5,2%).

I livelli più elevati dei tassi età specifici si raggiungono in entrambi i sessi nelle età avanzate, con valori doppi per gli uomini rispetto alle donne. Al contrario, i livelli d'incidenza sono più elevati tra le donne quaranta e cinquantenni per effetto del tumore della mammella.

Nel complesso si stimano che quasi 200.000 cittadini siciliani (194.834) abbiano avuto una diagnosi di tumore (88.156 uomini e 106.678 donne) e le cause principali di mortalità tumorale sono rappresentate nell'uomo dal tumore della trachea, bronchi e polmoni che rappresenta oltre 1/4 dei decessi per neoplasia nei maschi (26,4%) e nella donna dal tumore della mammella (18%). Ai primi posti in entrambi i sessi si evidenziano i tumori del colon e del retto (uomini 12%; donne 13,9%), del fegato (uomini 7,8%; donne 7,9%) e nell'uomo il tumore della prostata (terza causa di decesso con il 10,2%).

1.5 Assistenza Ospedaliera

In Sicilia, come nel resto d'Italia, le malattie del sistema circolatorio rappresentano una grossa fetta dei ricoveri in ambito ospedaliero ma con alcune significative differenze di genere: durante il triennio 2016-2018, tra gli uomini sono state la prima causa di ricovero (58,8%) mentre la seconda per le donne (41,2%). Oltre alle cause circolatorie, tra le prime cinque grandi categorie diagnostiche emergono tra le donne i ricoveri per le complicanze della gravidanza e del parto (18,8%), per malattie dell'apparato digerente (8,3%), per traumatismi e avvelenamenti (7,2%). Tra gli uomini si segnalano i ricoveri per malattie dell'apparato respiratorio (9,7%) e digerente (9,4%). Per quanto riguarda le ospedalizzazioni per cause tumorali, le principali sono rappresentate nell'uomo dai tumori della vescica (19,9%), seguiti da quelle del colon e del retto (10,9%) e dalle neoplasie dell'apparato respiratorio (10,1%); mentre tra le donne siciliane la prima causa di ospedalizzazione sono i tumori della mammella (22,8%), seguiti dalle neoplasie del colon e del retto (10,7%) e del tessuto linfatico ed ematopoietico (7,6%).

Un dato di grande importanza nell'analisi dello stato di salute e del fabbisogno della popolazione siciliana è quello riguardante lo spostamento dei cittadini per le cure sanitarie sia all'interno della Regione che in ambito extraregionale. Tra gli uomini rilevante è la quota di mobilità passiva fuori dalla provincia di residenza, con valori significativamente superiori alla media regionale (14,6%) osservati nelle province di Enna (38,5%), Caltanissetta (31,6%) e Agrigento (27,8%). La quota di mobilità passiva extraregionale è elevata nelle province di Trapani (12,7%), Messina e Agrigento (9,7%), valori al di sopra del riferimento regionale (7,9%). Tra le donne rilevante è la quota di mobilità passiva fuori dalla provincia di residenza osservata nelle province di Enna (34,4%), di Caltanissetta (32,6%) e di Agrigento (25,3%), valori significativamente superiori al riferimento regionale (13,4%). La quota di mobilità passiva extraregionale



è elevata nelle province di Trapani (10,7%), Agrigento (8,4%), Messina e Ragusa (8%) con valori al di sopra della media regionale (6,7%).

1.6 Differenze di genere nell'infezione da Covid 19

L'impatto delle differenze di genere è rilevante anche nella frequenza del contagio e dei decessi causati dalla recente pandemia da SARS-COV2. Nelle donne in età fertile, ad esempio, gli estrogeni sono in grado di aumentare la presenza del recettore ACE2 che protegge i polmoni e fa diminuire l'espressione virale.

Il virus responsabile della COVID-19 penetra nelle nostre cellule legandosi al recettore ACE2 facendo sì che questo enzima, anche dopo l'infezione, riesca a svolgere la sua funzione di protezione, in particolare nei confronti dei polmoni. Viceversa gli ormoni androgeni sembra che svolgano un ruolo opposto nell'influenzare l'espressione di enzimi cellulari coinvolti nelle fasi che seguono l'attacco del virus al recettore, favorendo le fasi successive dell'infezione delle cellule polmonari.

Le evidenze raccolte fino ad oggi rilevano l'impatto delle determinanti di genere e legate al sesso biologico di appartenenza in termini di differenze tanto nell'insorgenza della sintomatologia da COVID-19 quanto negli *outcomes* di salute.

Il tasso di letalità dei casi confermati a livello internazionale è pari al 4,7% negli uomini a fronte del 2,8% riscontrato nelle donne e i dati italiani confermano questo andamento con un rapporto di circa 3:1 a vantaggio delle donne costante in tutte le fasce d'età.

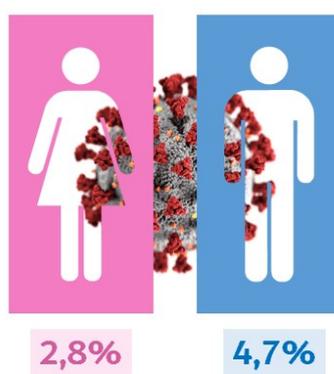


Fig.3: Percentuale di decessi per COVID-19 per genere

Tra le ipotesi attualmente al vaglio dei ricercatori: una risposta immunitaria, sia innata che adattativa, più pronta ed efficace nelle donne che negli uomini; una maggiore attenzione ed abitudine al benessere e alla tutela della salute e dell'igiene personale tra le donne; una maggiore frequenza e tendenza degli uomini al tabagismo.

1.7 Aderenza agli interventi di prevenzione

Il carico delle malattie croniche in Sicilia è da anni uno dei più rilevanti problemi di salute. Si è osservato che non sussiste una netta differenza tra i sessi per fattori di rischio modificabili come ipertensione, ipercolesterolemia, sedentarietà, sovrappeso e obesità, consumo di alcol e utilizzo dei dispositivi di sicurezza mentre riguardo l'abitudine al fumo, questa è significativamente più alta negli uomini che nelle donne (33% versus 23%) e tra le persone che non hanno mai fumato prevalgono le donne (67% versus 48%).

Ridisegnare la programmazione e l'organizzazione dell'offerta sanitaria introducendo la dimensione "genere-specifica", con lo scopo di raggiungere gli obiettivi propri della Medicina di Precisione, significa sia diversificare i percorsi diagnostici nella logica dell'*operation management* sia stratificare il rischio nella logica *health population management*.



Ad una prima fase di ricerca, necessaria a far emergere le aree di impatto della dimensione genere specifica, dovrà seguire una fase organizzativa in cui saranno esplicitate le modalità di gestione delle differenze emerse (es. disegno di differenti percorsi di diagnosi e cura per gender; stratificazione del rischio per gender nell'ambito di patologie analizzate; percezione del servizio per gender; interventi in prevenzione, es. vaccini, *gender oriented*).

1.8 Il Tavolo Tecnico Regionale di Coordinamento per la Medicina di Genere

Il Tavolo tecnico regionale, istituito con D.A. Salute 166/2020 e D.A. Salute n.30/2021 con funzioni di “indirizzo, coordinamento e monitoraggio delle attività e dell'efficacia degli interventi” è coordinato dalla referente regionale per la medicina di genere, D.ssa Daniela Segreto, dirigente dell'Ufficio speciale “Comunicazione per la Salute” dell'Assessorato della Salute (Nota Prot. N. 1539 del 16 01 2020).

La creazione di un tavolo nazionale di esperti, col compito di garantire e governare la diffusione capillare, al livello delle singole regioni, della medicina di genere (MdG), sostenendo azioni di ricerca e di comunicazione mirate, ha rappresentato infatti la prima azione strategica dal Piano.

Al fine di fornire un indirizzo coordinato e sostenibile e la partecipazione attiva per la diffusione della Medicina di Genere sul territorio, nella previsione di “Realizzare un sistema di rete per la promozione e sviluppo della Medicina di Genere”, con Nota n. 3508/2020 le strutture Sanitarie Provinciali sono state invitate ad attivare specifici Gruppi di Lavoro con funzioni di osservatorio locale e di supporto alle azioni intraprese dal Tavolo Regionale.

Tra le prime azioni di comunicazione già realizzate dal Tavolo, la sezione dedicata alla Medicina di Genere sul portale “Costruire Salute”, il Webinar di presentazione del progetto del Piano Regionale ai referenti aziendali per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere componenti dei Gruppi di Lavoro; in programmazione ad Aprile 2021 il Webinar “Ciascuno a suo modo”: la Medicina di Genere in Sicilia”.

Tra le funzioni avocate al Tavolo per il consolidamento di un sistema di rete per la promozione e sviluppo della Medicina di Genere, la comunicazione, che si ispira al modello regionale “responsabile e partecipativo, che assegna un ruolo centrale al cittadino-paziente lo considera interlocutore con il servizio sanitario e consapevole dei servizi offerti” e che si ispira ai principi di trasparenza, imparzialità, partecipazione ed esigibilità dei diritti da parte dei cittadini nonché ai principi di uguaglianza, universalità, globalità e volontarietà della legge di istituzione del Servizio Sanitario Nazionale n. 833/1978.

Il Piano Nazionale per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere relativo alla Legge cosiddetta Lorenzin del 2018 introduce l'obbligo per tutte le regioni e le istituzioni sanitarie di costruire percorsi clinico - terapeutici genere-specifici e rende necessaria una comunicazione attenta e affidabile orientata ai target specifici e allo sviluppo di una medicina appropriata e personalizzata.

Nel Piano di Comunicazione regionale 2021, infatti, si fa esplicito riferimento al concetto di *health communication* e all'importanza della comunicazione nel settore *health* sottolineando come “un deficit nel processo comunicativo può mettere in pericolo le sorti dei processi medici” e della funzione dei processi comunicativi “nella diagnosi, nella terapia (sia nella scelta della terapia che nella sua esecuzione), nella tutela della salute collettiva e nella prevenzione delle patologie. Nello specifico, la tutela della salute e la prevenzione sono un terreno particolarmente fertile delle campagne sanitarie. I progressi nella personalizzazione e nel *targeting* dei messaggi sanitari forniscono un collegamento tra comunicazione pubblica (o di massa) e quella privata”.

Per questi motivi, anche la comunicazione in medicina di genere non fa eccezione nell'ambito della comunicazione per la salute e, inserita in AREA C) delle linee guida del presente Piano, si integra sia in termini contenutistici sia i termini strumentali con quanto espresso nel piano di comunicazione regionale 2021, prevedendo l'impiego di *devices* tecnologici, di portali dedicati al SSR e delle principali piattaforme social come supporto prezioso e strategico alla comunicazione tradizionale in modalità analogica tra medico-paziente, utenti, operatori della salute e istituzioni preposte.



1.9 Target di riferimento: destinatari e stakeholder

Il PCR 2021, identifica quattro categorie di stakeholders: deboli, appetibili, essenziali, marginali (Figura n.1) che possono essere adottate per declinare target e portatori di interesse specifici nell'applicazione e diffusione della Medicina di Genere nella nostra Regione. In particolare, il Piano individua **cittadini e pazienti** e **studenti universitari** tra gli *stakeholders deboli* per via dell'elevatissimo interesse a fronte dell'ancora scarso potere d'influenza esercitato sul livello programmatico, il **personale sanitario**, i **media** e i **new media**, le **Università**, il **personale dell'Assessorato della salute**, le **Aziende Sanitarie** e le **Strutture Ospedaliere**, il **Ministero della Salute** tra gli *stakeholders essenziali*, i **portatori di interessi della comunità** (enti locali, associazioni di cittadini, ordini professionali, associazioni di categoria, sindacati) fra gli *stakeholders appetibili*.

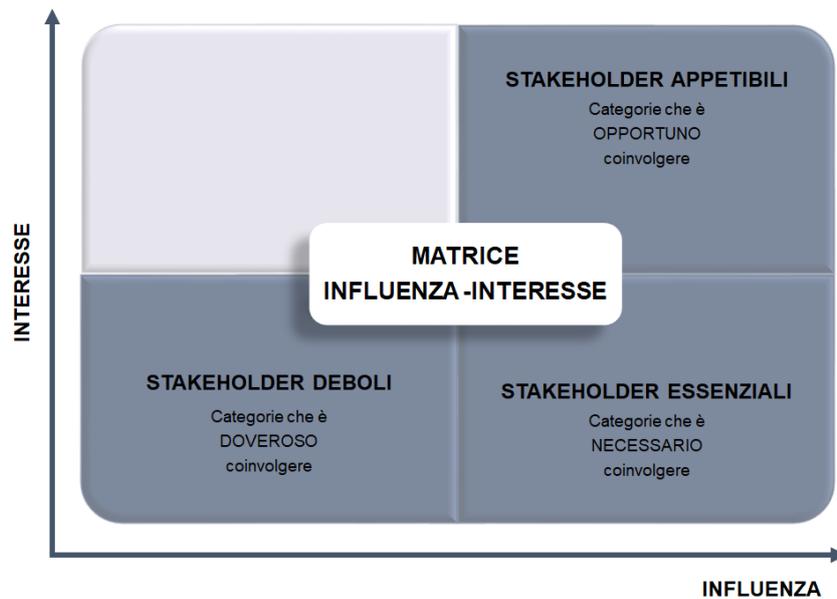


Figura 4: Matrice Interesse - Influenza (PCR 2021)



2. LINEE GUIDA PER LA DIFFUSIONE E L'APPLICAZIONE DELLA MEDICINA DI GENERE NEL SISTEMA SANITARIO REGIONALE SICILIANO

2.1 Obiettivi generali e specifici del Piano

In coerenza con i principi espressi nel Piano Nazionale, il presente piano è articolato nelle seguenti quattro aree, per ognuna delle quali sono definiti premessa, obiettivi generali e obiettivi specifici come di seguito indicato.

2.1.1 AREA A) Percorsi clinici di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione

Premessa

Il Piano regionale per la diffusione e l'applicazione della Medicina di Genere, in linea con il Piano Nazionale, si propone di fornire un indirizzo regionale coordinato e sostenibile per la diffusione della Medicina di Genere rivolta alle differenze biologiche (sesso) e socio-economiche culturali (genere) mediante pratiche sanitarie che nella prevenzione, diagnosi e cura (prima area di intervento che pone al centro la persona) tengano conto delle differenze derivanti dai due ambiti sopra citati al fine di garantire la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni erogate dal SSR in modo omogeneo sul territorio nazionale.

Per ottenere tutto ciò, si dovranno porre in essere azioni mirate ad obiettivi generali e specifici, che coinvolgeranno attori istituzionali, destinate a specifici target e misurabili attraverso indicatori che contribuiscano a fare del "genere" un elemento portante nei percorsi di promozione della salute.

I miglioramenti auspicati dall'adozione della prospettiva di genere in Medicina, dovranno avvenire nel rispetto delle diversità dei comportamenti (stili di vita, vissuto individuale, diverso ruolo sociale) e dello stato di salute (patologie croniche, infettive o lavorative, tossicità ambientale e farmacologica, salute mentale e disabilità in tutte le fasce di età ed in sottogruppi di popolazione svantaggiati).

Inoltre si dovrà valutare il ricorso ai servizi sanitari per prevenzione (screening e vaccinazioni), diagnosi nei vari *setting* assistenziali, uso di farmaci e dispositivi medici e anche il vissuto di salute (atteggiamento nei confronti della malattia, percezione del dolore, ecc.). Tutti questi parametri, in base alla geo localizzazione, potranno costituire ambiti più o meno prioritari per un approccio di genere in Medicina, che sarà guidato da evidenze cliniche supportate sia dalla ricerca sia da un approccio interdisciplinare, interprofessionale e trasversale (riguarda ogni branca e specialità) ma soprattutto pluri – dimensionale del concetto di salute prevenzione e cura.

Quanto delineato prescinde da una profonda riflessione culturale del SSR, per ripensare ragioni e modi di declinare i servizi, di innovare gli orientamenti dei professionisti e di tutti gli operatori, di modificare i comportamenti e ampliare le visioni promuovendo una nuova cultura, quella della Medicina di genere.

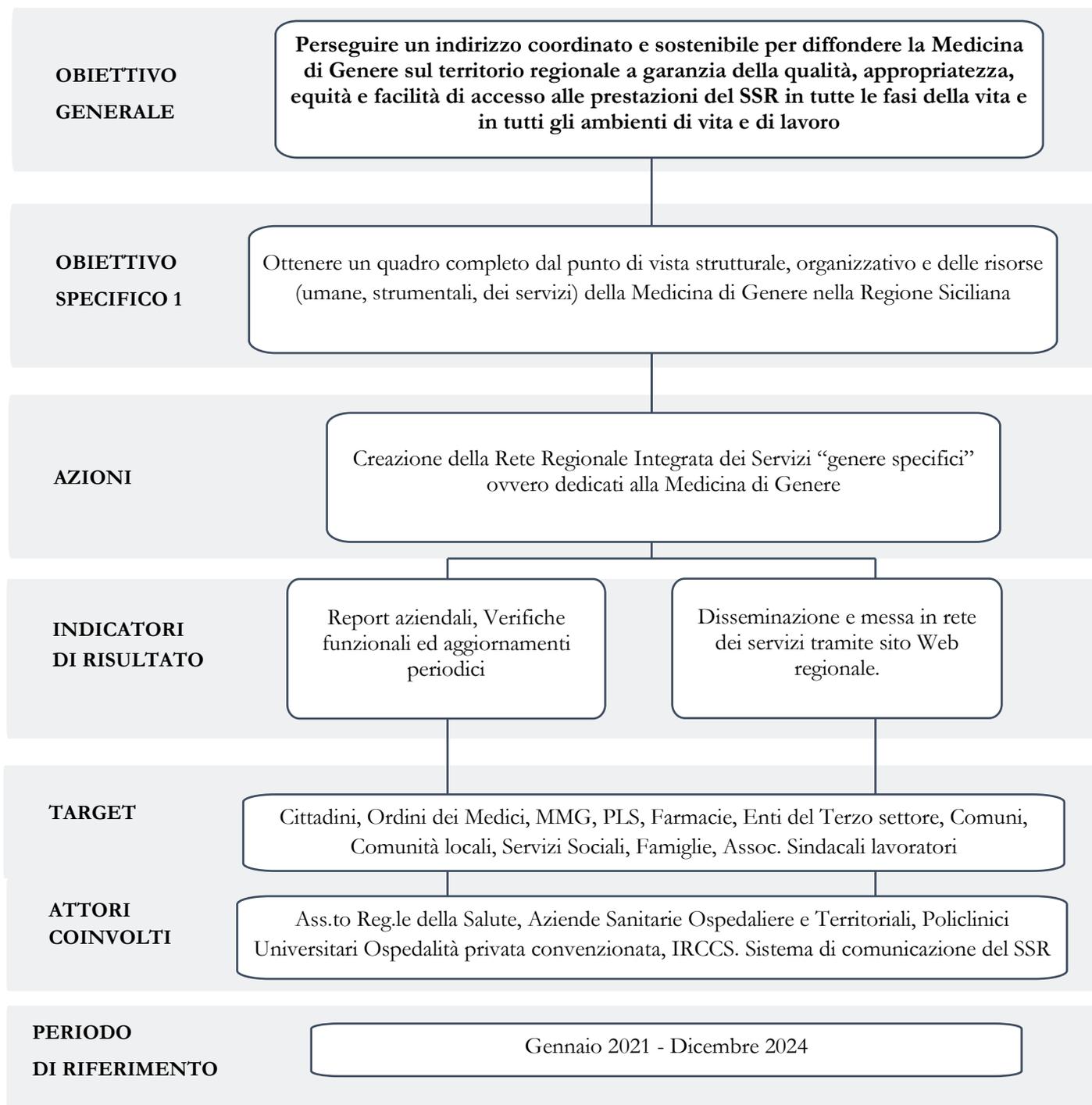
Quest'ultima, che rappresenta una vera rivoluzione copernicana, dovrà impregnare tutte le scelte di politica sanitaria, le strategie assistenziali, la tipologia dell'organizzazione, l'assetto operativo delle strutture e la conseguente offerta dei servizi attraverso l'attuazione delle azioni previste, da parte degli attori già individuati dal Piano Nazionale ministeriale, e in linea con i seguenti quattro obiettivi specifici che, a loro volta, prevedono azioni, attori e indicatori.

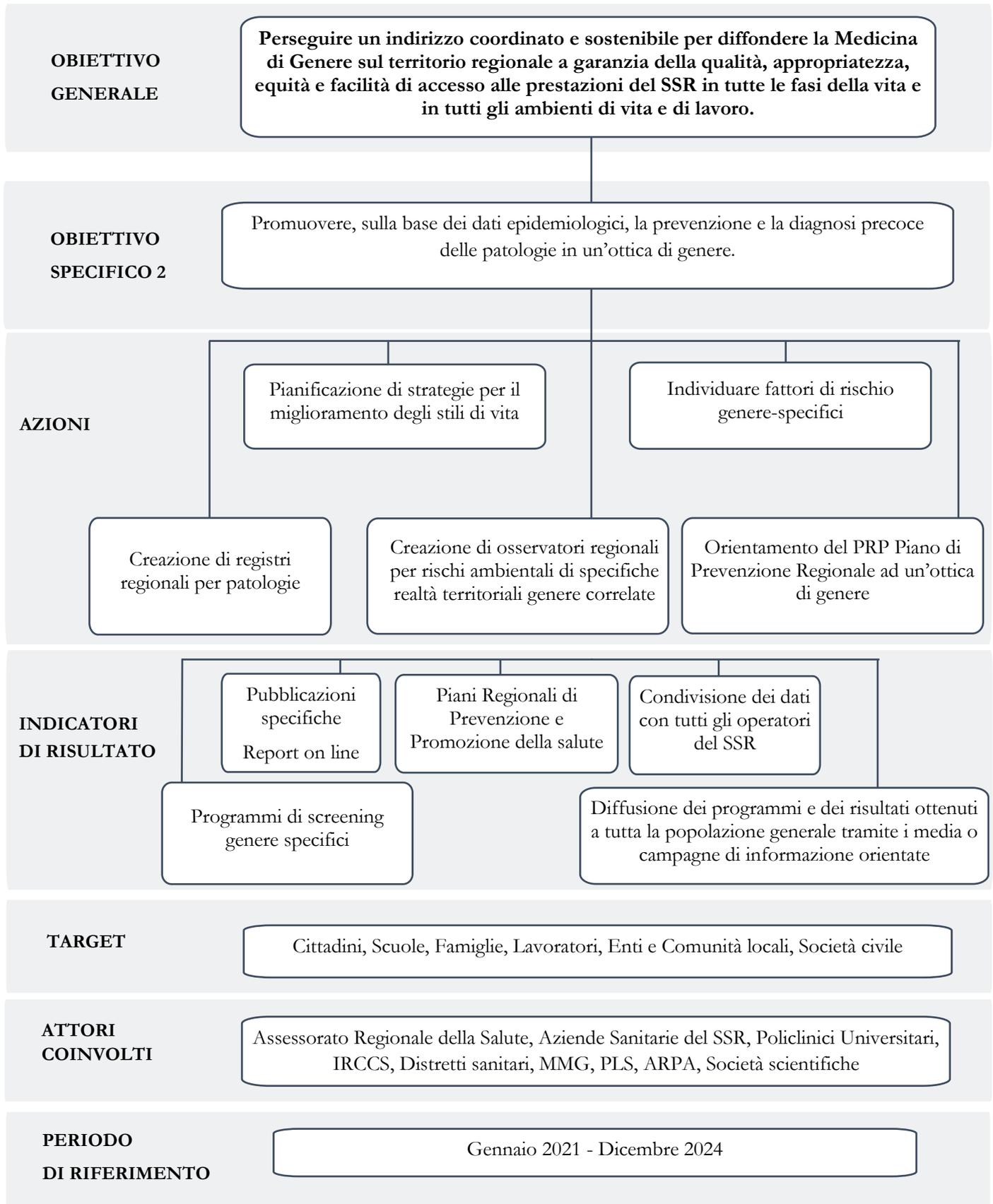


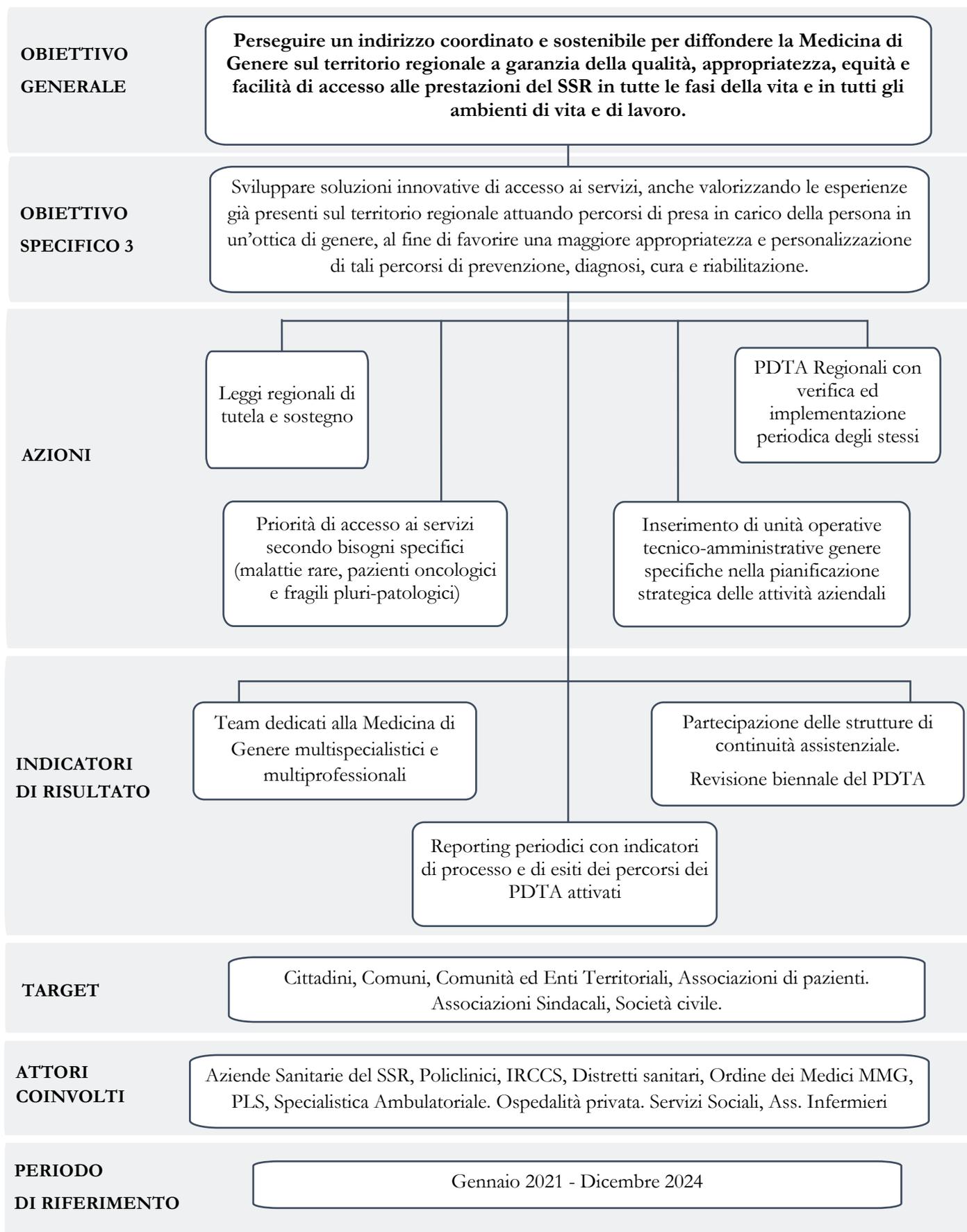


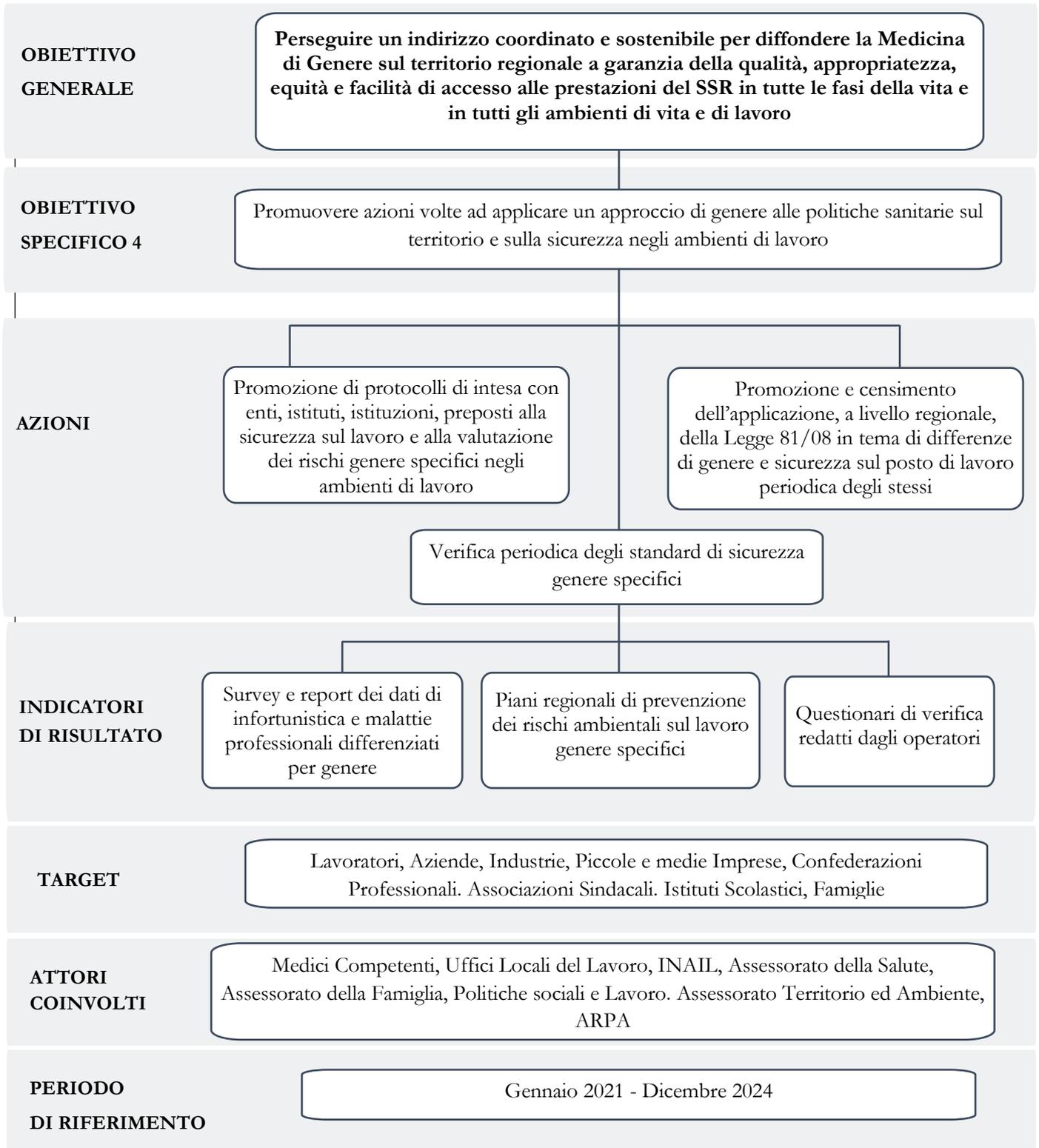
2.1.1.1 Le Azioni del Piano Regionale Medicina di Genere – Area A)

Linee Guida Percorsi clinici di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione











Considerazioni finali sui percorsi clinici:

Ottenuto un quadro completo dal punto di vista strutturale, organizzativo e delle risorse (umane, strumentali e dei servizi) della Medicina di Genere nella nostra Regione Siciliana sarà possibile promuovere, sulla base dei dati epidemiologici, la prevenzione compiutamente e la diagnosi precoce delle patologie in un'ottica di genere.

Sarà consequenziale sviluppare soluzioni innovative di accesso ai servizi, anche valorizzando le esperienze già presenti sul territorio regionale, attuando percorsi di presa in carico della persona in un'ottica di genere, al fine di favorire una maggiore appropriatezza e personalizzazione di tali percorsi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, adjuvati da politiche sanitarie di genere sul territorio, senza trascurare la sicurezza negli ambienti di lavoro.

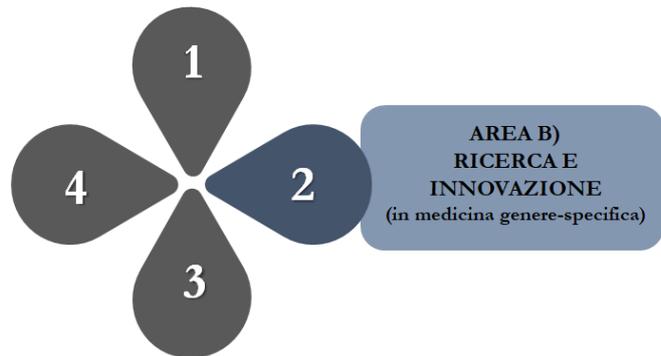
La costituzione di team specialistici apre gli scenari alle nuove frontiere della Medicina di genere sempre più vasta come la genetica, la biologia molecolare con le "omics", ecc...



2.1.2 AREA B) Ricerca e innovazione in medicina genere-specifica

Premessa

In attuazione al Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere (art 3, comma 1, Legge 3/2018) viene di seguito riportato l'adattamento degli obiettivi (generale, specifici e primario) indicati nell' Area B) Ricerca e Innovazione del Piano Nazionale, da conseguire nell'ambito della Ricerca ed



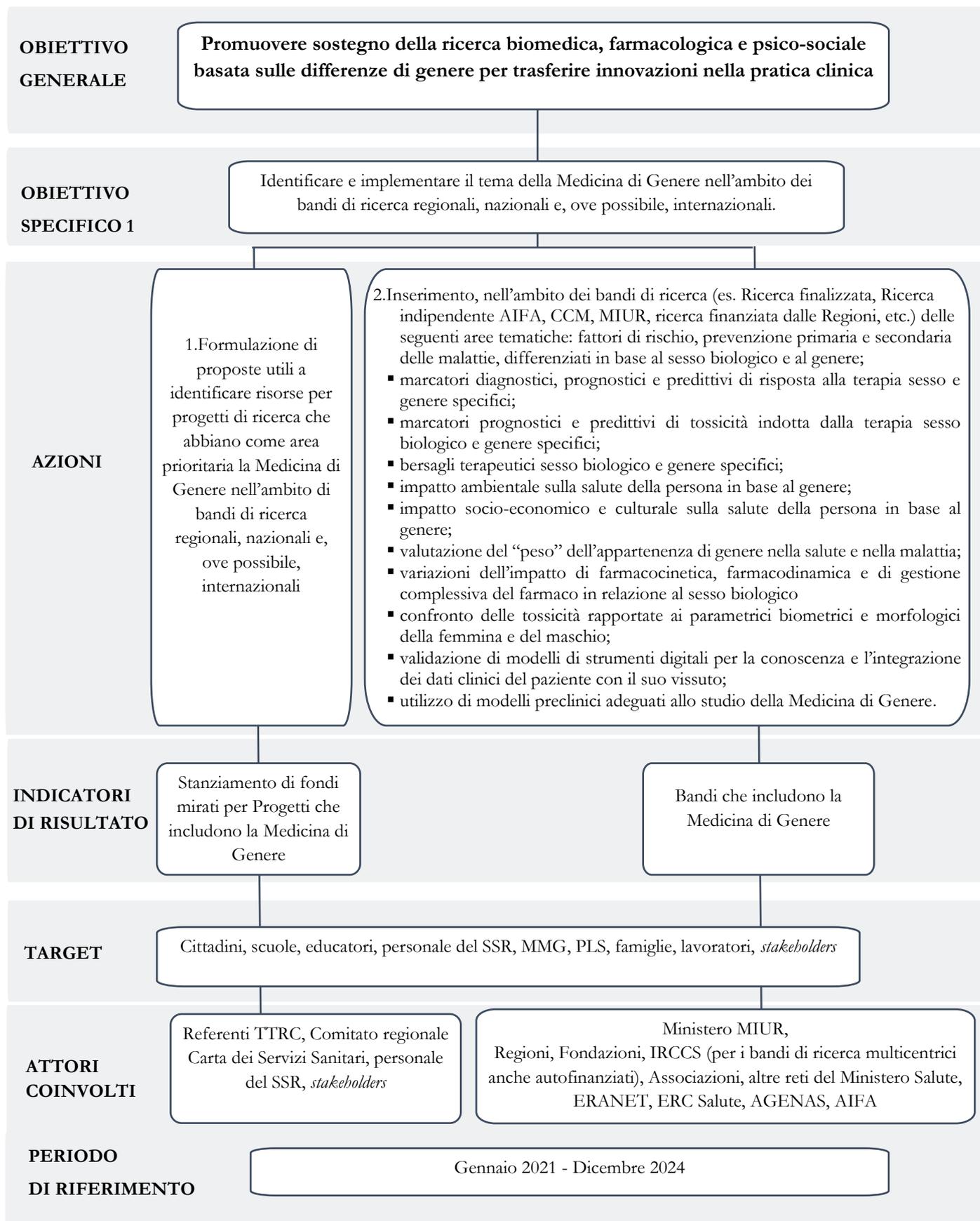
Innovazione. Le linee guida di indirizzo per la Ricerca clinica in medicina genere-specifica per un corretto approccio metodologico alla ricerca clinica, declinata nei tre ambiti indicati dal piano nazionale per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere rappresentano uno strumento operativo rivolto a chi vuole approcciarsi e sviluppare la ricerca in Medicina di Genere. Non si tratta quindi di Linee Guida vere e proprie in quanto queste si basano su solide evidenze bibliografiche e documentate raccomandazioni procedurali, dati ancora carenti nell'ambito della ricerca clinica in Medicina di Genere. Non sono neanche un PDTA, poiché l'esitazione di PDTA potrà avvenire in un secondo momento; esso infatti viene pianificato ed emanato da gruppi di lavoro afferenti ad Aziende Sanitarie o Servizi Sanitari e prevede la costituzione di accordi tra operatori (risorse umane), il censimento delle strutture e delle infrastrutture (risorse strumentali), la definizione di tariffazione per singole prestazioni o gruppi di prestazioni erogate, la sostenibilità e remunerazione dell'intero percorso (risorse economiche).

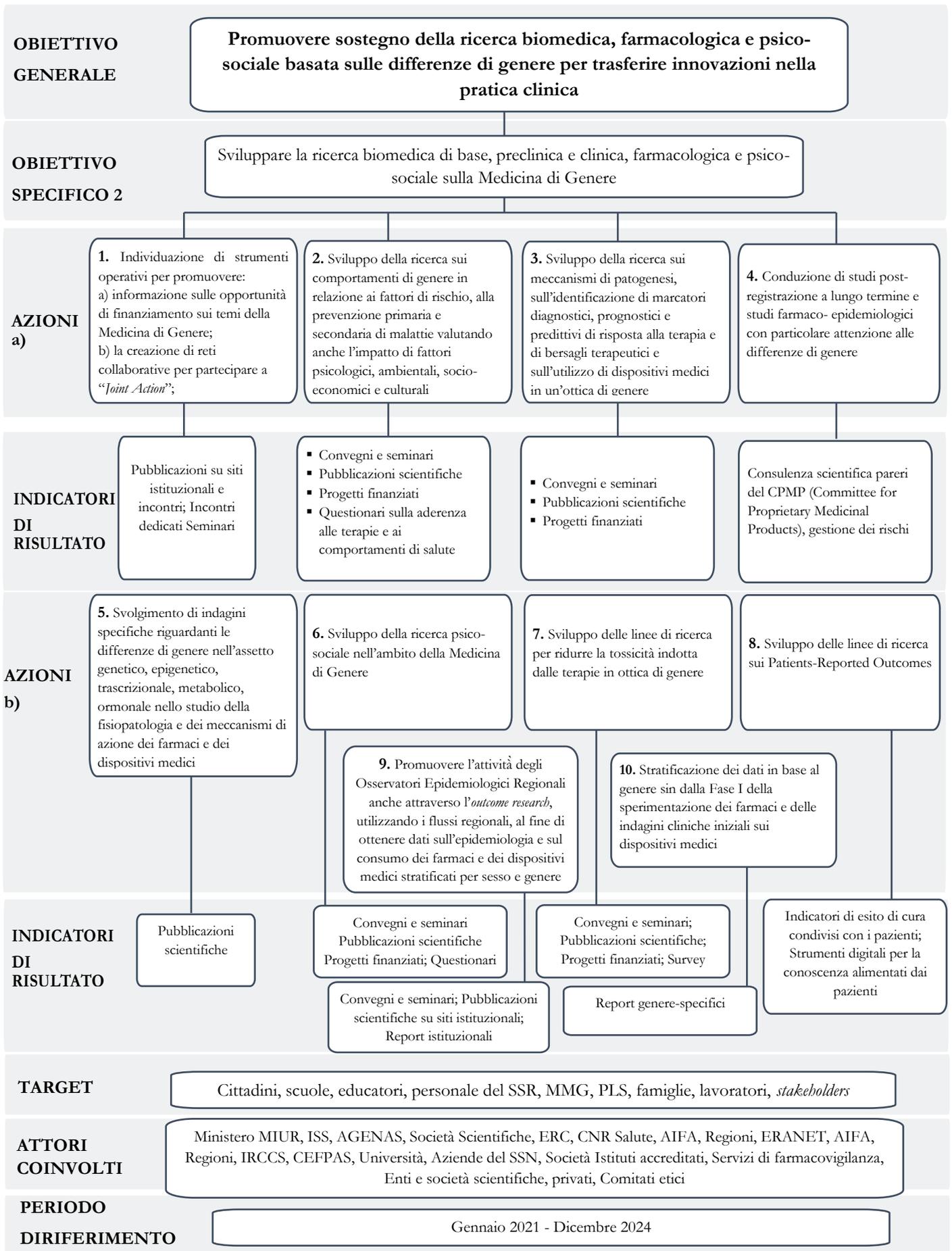
Obiettivo generale

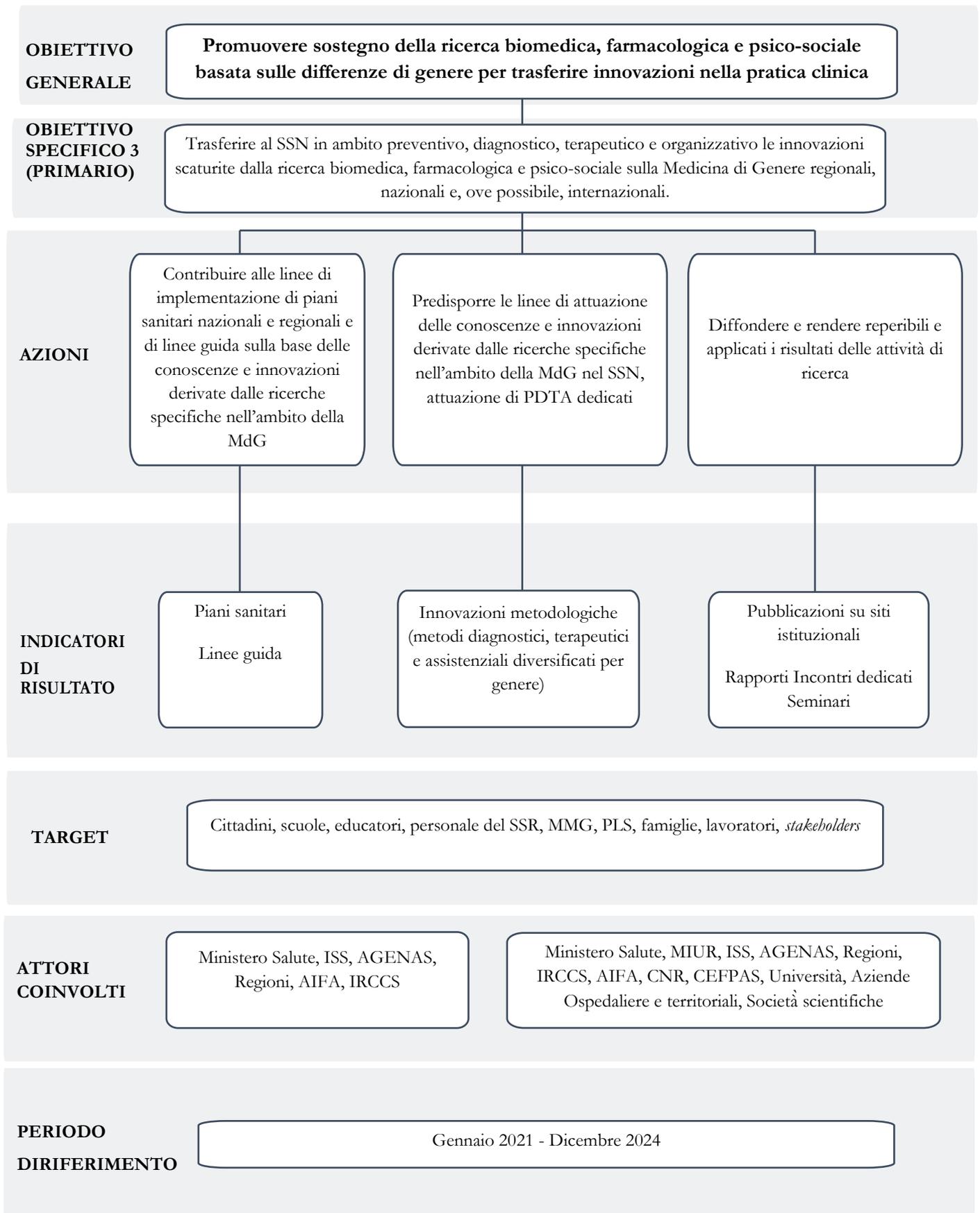
Promuovere sostegno della ricerca biomedica, farmacologica e psico-sociale basata sulle differenze di genere per trasferire innovazioni nella pratica clinica.



2.1.2.1 Le Azioni del Piano Regionale Medicina di Genere - Area B) Linee Guida Percorsi Clinici Ricerca In Medicina Genere-Specifica









2.1.2.2 Strumenti di valutazione

Sono stati identificati tre tipi di strumenti da applicare in tre diversi momenti, come rappresentato in Fig. 5.

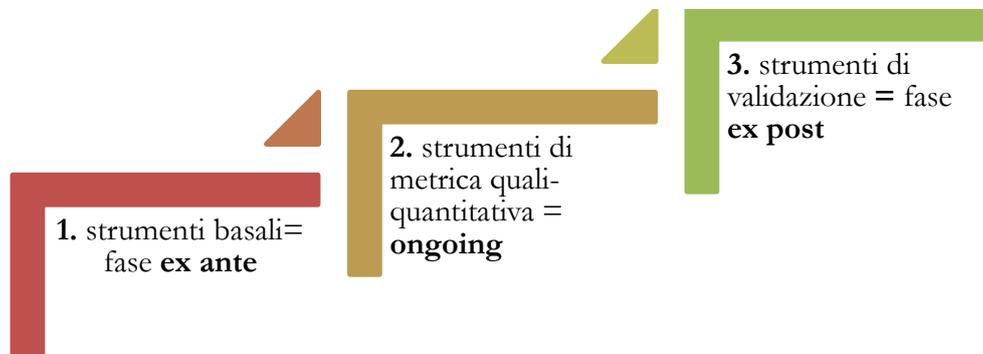


Fig. 5: Step di valutazione AREA B)

Gli strumenti basali dovranno essere mirati in primo luogo alla valutazione metodologico-analitica della letteratura scientifica esaminata in fase di basal assessment, del modello e degli obiettivi (end point) della ricerca da attivare e dei protocolli di presentazione clinica e terapeutica. Inoltre, saranno identificati strumenti mirati alla valutazione dello stile di vita e delle variabili psicologiche e socio-economiche. Infine, per rendere fruibili i dati della ricerca, saranno individuati preliminarmente indicatori di valutazione della efficienza del sistema di raccolta dei dati (digitalizzazione e condivisione), dei modelli di comunicazione dei dati, degli aspetti organizzativi e gestionali (trend analysis, impact analysis) nonché degli aspetti etici dello studio analizzato o proposto.

Gli strumenti di metrica quali-quantitativa, declinati *ad hoc* per ciascun ambito clinico, saranno: indicatori di performance, di outcome (clinici, sociologici, organizzativi), di reporting (database, aggiornamenti periodici, qualità dei dati inseriti) ed economici (interventi *value added* non sola analisi costo/beneficio) Allegato A

Infine come **strumenti utili alla validazione** verranno criticamente valutati i modelli statistici utilizzati, la qualità delle evidenze ottenute e la aderenza agli aspetti etici dello studio. Inoltre si procederà alla valutazione degli strumenti di audit impiegati per la misurazione delle risorse impiegate (umane ed economiche); infine, particolare importanza avrà la valutazione della qualità del reporting utilizzato e alla pianificazione della disseminazione/comunicazione dei risultati ottenuti.

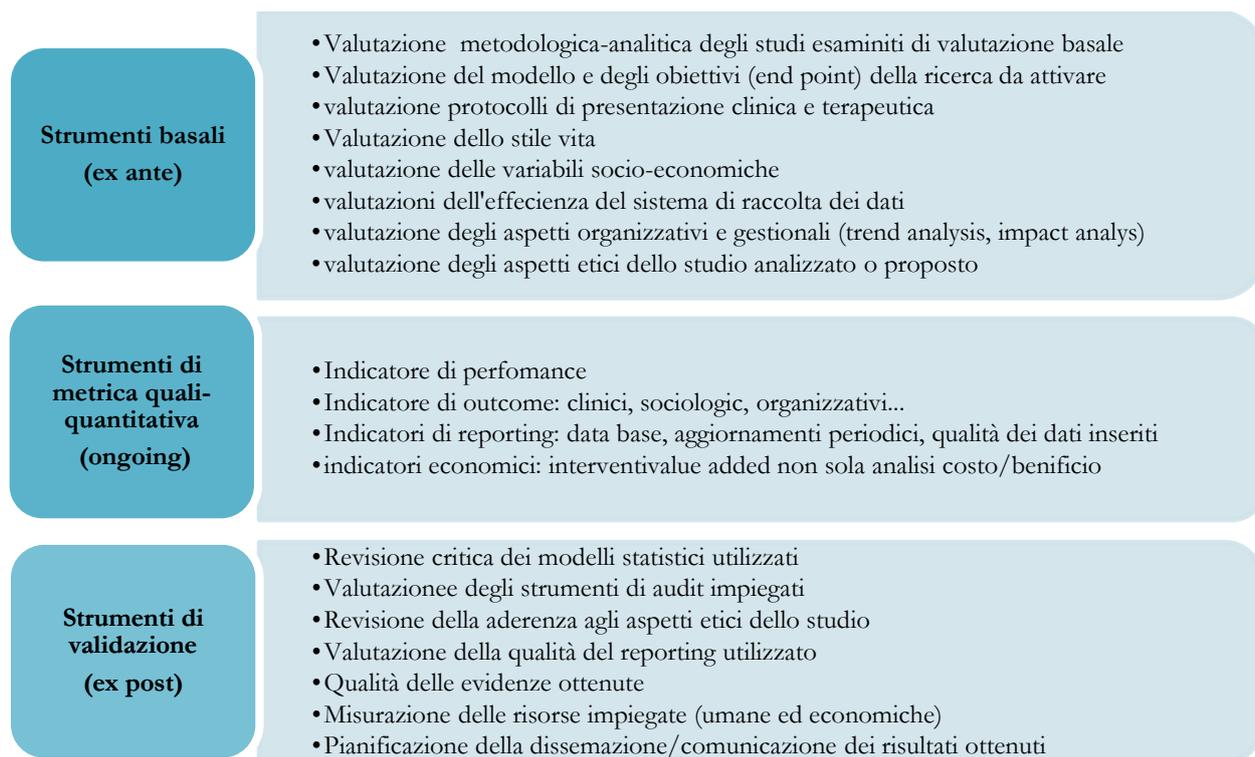


Fig. 6: Strumenti di valutazione AREA B)

2.1.2.3 Risorse da attivare

La dimensione di genere è oggi riconosciuta come fattore determinante verso la Medicina di Precisione. Pertanto, sarà importante potere attivare e/o accedere a numerose e diversificate fonti di finanziamento sia per un *endorsement* diretto degli *stakeholder* istituzionali e privati, sia per assicurare una ampia partecipazione dei ricercatori.

Di seguito sono riportate le possibili misure da attivare o a cui potere accedere:

- a) Risorse di ricerca finalizzata (Fondi Europei, PSN, PSR, CCM, CNR)
- b) Bandi Regionali specifici per MdG
- c) MIUR Bandi finalizzati per la MdG
- d) AIFA Progetti finalizzati
- e) IRCCS
- f) Aziende Sanitarie
- g) Università
- h) CEFPAS (con progetti finalizzati PSN)
- i) Enti/Istituzione/aziende private non condizionanti
- j) Ricerca indipendente

2.1.2.4 Azioni da presidiare

I dati della ricerca dovranno essere condivisi con i portatori di interesse e con la comunità scientifica attraverso la divulgazione di report tecnici o la pubblicazione su riviste scientifiche dotate di *impact factor*.



Saranno oggetto anche di approfondimento in specifiche azioni formative e seminari rivolte agli operatori delle Aziende sanitarie e ai Medici di medicina generale (Obiettivo C1 e C2 Area d'intervento C "Formazione e aggiornamento professionale" del Piano Nazionale); eventuali conflitti di interesse dovranno essere opportunamente esplicitati.

Saranno particolarmente utili le produzioni tecnico/scientifiche derivanti dagli studi osservazionali a cura di una rete di ricercatori, le rassegne scientifiche di revisione critica della letteratura nell'ambito della medicina di genere supportate dalla compilazione di CRF (scheda raccolta dati/Case Report Form). Inoltre, i dati raccolti saranno archiviati ed elaborati in specifici database per estrapolare eventuali significatività.

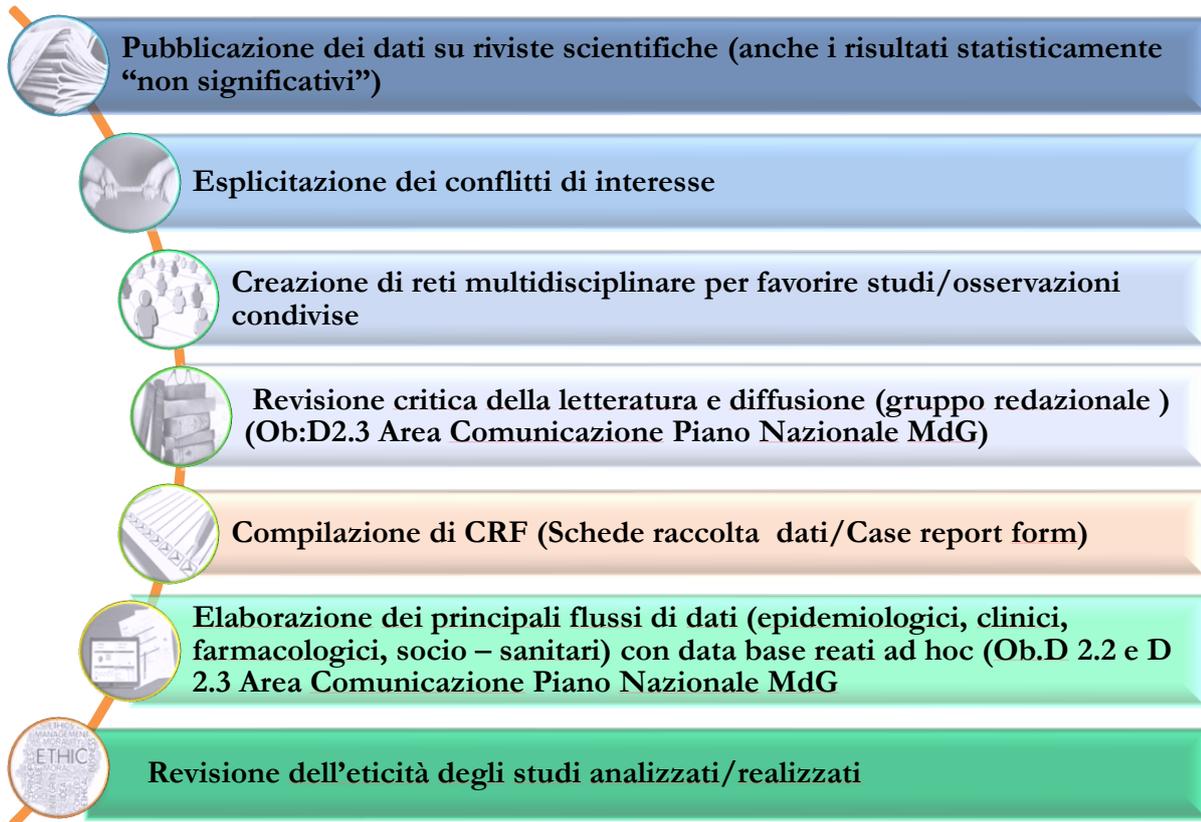


Fig. 7: Azioni da presidiare

2.1.2.5 Raccomandazioni per favorire l'implementazione della Medicina personalizzata

La rete regionale in Medicina di Genere dovrà essere consolidata innanzitutto attraverso la creazione di focus group aziendali e interaziendali e la formazione e l'identificazione di Reti cliniche. Inoltre, sarà utile attivare un portale di newsletter dedicato (Ob. D 2.2 Area "Informazione e Comunicazione" Piano Nazionale) per comunicare l'andamento e l'implementazione dei lavori. La digitalizzazione di tutti i dati (e-Health) riveste un ruolo fondamentale perché assicura la qualità dei dati inseriti e facilita lo scambio delle informazioni. Sarà anche possibile elaborare PDTA Aziendali/Interaziendali/Regionali (Ob. B3.2) da condividere con le altre realtà operative del SSR strutture. Da ultimo è necessario prevedere la verifica e l'implementare periodica delle presenti Linee di Indirizzo (Tavolo tecnico Regionale).

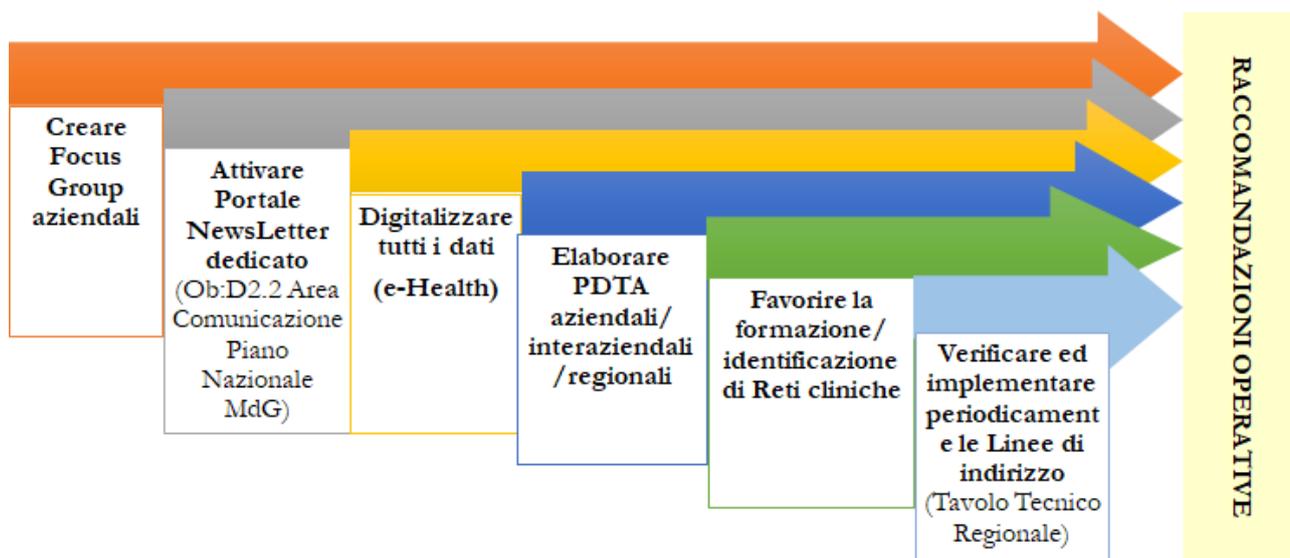


Fig.8 Raccomandazioni operative



2.1.3 AREA C) Formazione e aggiornamento professionale

Premessa

Le presenti Linee guida forniscono le indicazioni per coordinare le azioni di diffusione e formazione da sostenere e attivare nel territorio regionale, rivolte al personale medico e sanitario. Si tratta di un piano di indirizzo per rendere omogenei ed equamente diffusi al livello regionale, gli interventi di promozione, sensibilizzazione e approfondimento sulle differenze biologiche, socio – culturali ed economiche (di seguito differenze di genere) e del loro impatto sugli ambiti della prevenzione, diagnosi e cura.

La strategia di *governance* per la diffusione e applicazione della Medicina di Genere tiene conto di quanto previsto dal Piano Nazionale in attuazione dell'articolo 3 comma 1, Legge 3/2018 area C) Formazione e aggiornamento professionale e si attiene a quanto disposto dalla Commissione nazionale per la formazione continua nella Delibera del 22 luglio 2020 che prevede l'inserimento della tematica in specifici obiettivi ECM.

Inoltre le linee guida regionali si attengono ai criteri recentemente ribaditi dall'Osservatorio per la Medicina di Genere, cui spettano, come detto, “compiti di monitoraggio sui differenti impatti sui generi delle cure, delle politiche sanitarie e, più in generale, delle condizioni socio - economiche e culturali che caratterizzano uomini e donne e che influenzano lo stato di salute e di malattia delle persone”.

Obiettivi generali

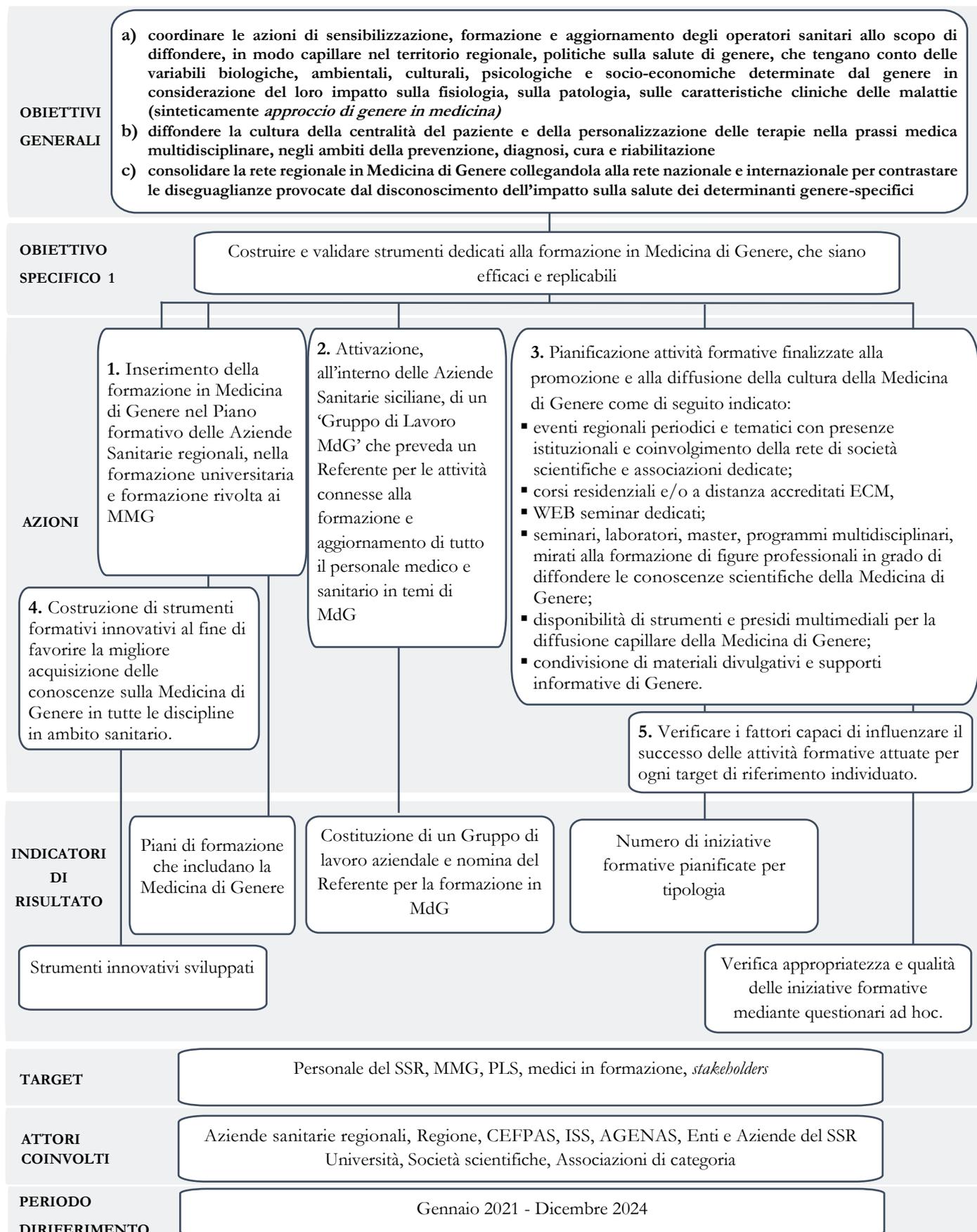
- a) coordinare le azioni di sensibilizzazione, formazione e aggiornamento degli operatori sanitari allo scopo di diffondere, in modo capillare nel territorio regionale, politiche sulla salute di genere che tengano conto delle variabili biologiche, ambientali, culturali, psicologiche e socio-economiche determinate dal genere in considerazione del loro impatto sulla fisiologia, sulla patologia, sulle caratteristiche cliniche delle malattie (sinteticamente *approccio di genere in medicina*)
- b) diffondere la cultura della centralità del paziente e della personalizzazione delle terapie nella prassi medica multidisciplinare, negli ambiti della prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione
- c) consolidare la rete regionale in Medicina di Genere collegandola alla rete nazionale e internazionale per contrastare le disuguaglianze provocate dal disconoscimento dell'impatto sulla salute dei determinanti genere-specifici.

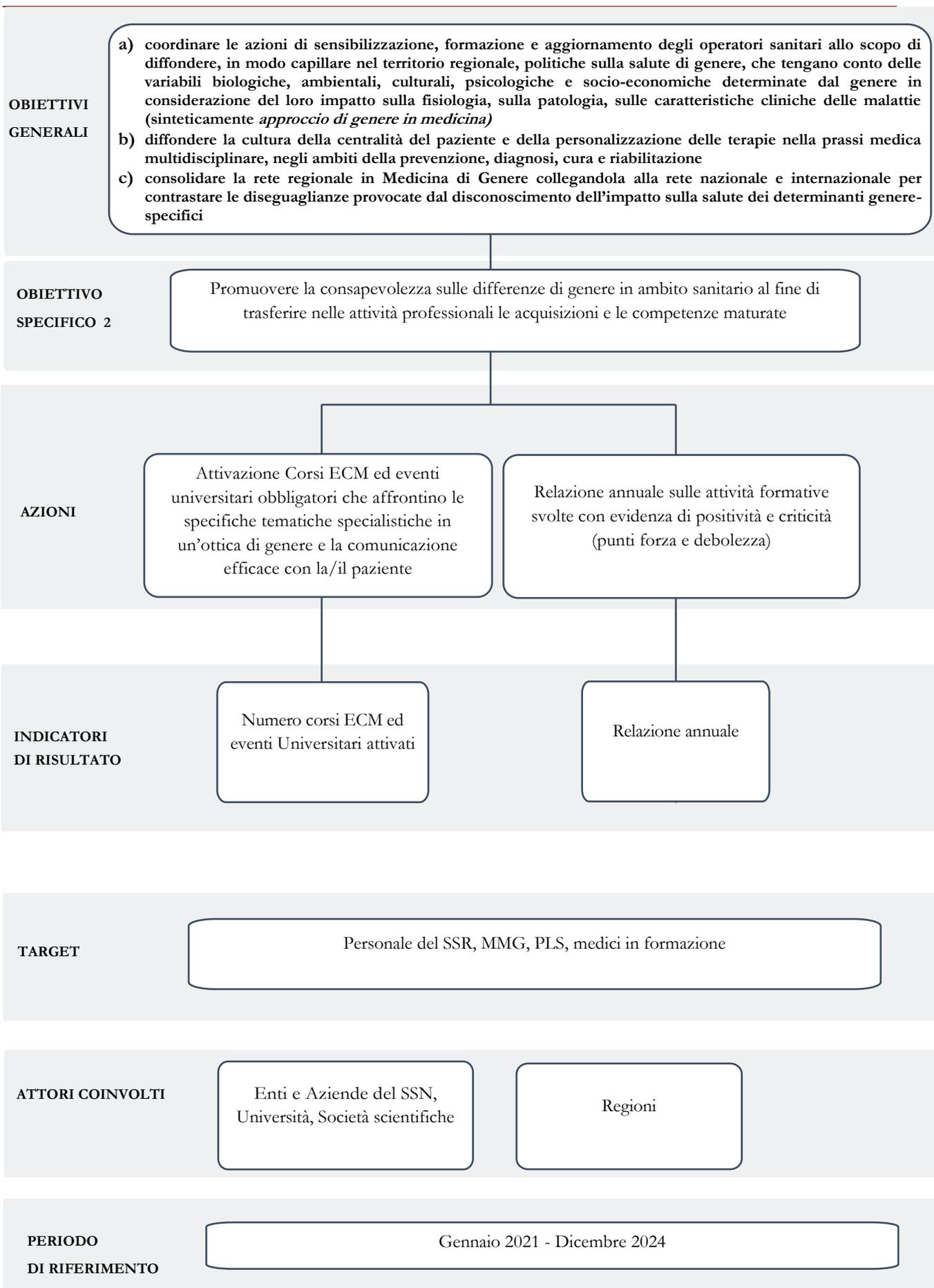




2.1.3.1 Le Azioni del Piano Regionale Medicina di Genere – Area C)

Linee guida per la diffusione e la formazione nella Medicina di Genere







2.1.3.2 Azioni da presidiare

Nel dettaglio delle linee di azione previste per il raggiungimento degli obiettivi B1 e B2, le attività che si prevede porre in essere riguardano: (1) la diffusione e divulgazione, (2) la formazione e l'aggiornamento in tema di Medicina di Genere (3) il consolidamento della rete regionale. Tali azioni saranno condotte nei limiti delle risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili con lo sforzo di un loro più razionale e completo utilizzo e con eventuale ricerca di impegno finanziario anche extra nazionale europea, consci comunque che tali azioni non richiederanno necessariamente nuove tecnologie strumentali costose ma un miglior utilizzo di quelle già esistenti.

2.1.3.3 Diffusione e divulgazione

La diffusione della Medicina di Genere deve essere garantita attraverso tutti i mezzi e gli strumenti a disposizione in modo da consentirne la più capillare condivisione. La Commissione nazionale per la formazione continua ha opportunamente indicato la tematica della Medicina di Genere di interesse nazionale nella Delibera approvata nel corso della riunione del 22 luglio 2020.

Le differenze di genere sono tematiche trasversali che riguardano tutte le branche specialistiche sanitarie e tutto l'impianto sanitario di supporto anche in ambito tecnico amministrativo.

L'azione di diffusione e divulgazione prevede:

- a) l'organizzazione di **eventi annuali regionali** organizzati dal Tavolo regionale di coordinamento con il supporto del CEFPAS e delle società scientifiche. Gli eventi, destinati ai manager delle aziende sanitarie, sono finalizzati ad offrire uno spazio di confronto e condivisione e rappresentano l'occasione per presentare le linee di indirizzo e gli ambiti tematici prioritari per l'anno di riferimento, stabiliti dal Tavolo regionale di coordinamento sulla base delle tematiche sviluppate con le azioni di ricerca e in linea con le linee strategiche del PRP con gli abiti prioritari di cui all'allegato A. Queste tematiche saranno poi oggetto di approfondimento negli eventi regionali semestrali e nei Piani formativi aziendali (v. azione formazione e aggiornamento). Gli eventi coinvolgeranno anche i MMG e i PLS, saranno aperti in maniera dedicata, differenziata e modulata anche ai cittadini interessati ed alle associazioni di categoria sanitaria e non;
- b) la **condivisione di materiali divulgativi e supporti informativi** che verranno distribuiti e condivisi in rete. Saranno messi a disposizione con l'apporto del Centro di riferimento per la MdG dell'Istituto Superiore di Sanità e del suo osservatorio dedicato, dell'Agenas e delle Società scientifiche.

2.1.3.4 Formazione e aggiornamento

L'approccio della Medicina di Genere garantisce a ogni individuo l'appropriatezza degli interventi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, con particolare attenzione alle malattie che presentano rilevanti differenze di genere nell'incidenza, nella sintomatologia, nella diagnosi, nella prognosi e nell'accesso alle cure. A questo fine si rende necessario coinvolgere e responsabilizzare tutte le componenti del Sistema salute e garantire adeguati livelli di formazione e di aggiornamento del personale medico e sanitario attraverso un approccio interdisciplinare tra le diverse aree sanitarie.

Inserire la Medicina di Genere a pieno titolo nel programma formativo regionale e nei piani formativi sanitari aziendali consente una valida azione di contrasto al pregiudizio di genere per una medicina più equa.

La finalità dell'azione "Formazione e aggiornamento" è quindi quella di supportare prestazioni sanitarie sempre più appropriate ed efficaci, allineando le conoscenze del personale medico e sanitario siciliano in tema di Medicina di Genere con i riferimenti istituzionali nazionali. All'uopo sono state infatti attivate collaborazioni con i centri di riferimento e le associazioni nazionali di settore. In questo modo si vogliono uniformare le competenze e mettere a sistema, in modo capillare all'interno delle aziende sanitarie, la cultura della centralità della MdG nei processi di prevenzione, diagnosi e cura che tenderanno, in un futuro prossimo, sempre più verso una "Medicina di Genere Specifica, Personalizzata e di Precisione".



Il modello della formazione a cascata, con azioni specifiche di formazione mediante formatori con attitudine e motivati, consente di favorire e consolidare il processo di crescita individuale al fine di rendere ciascun operatore consapevole dell'importanza di una medicina personalizzata, attenta anche ai determinanti biologici, sociali e culturali (genere, etnia, classe sociale, disabilità, orientamento sessuale, religione, età, nazionalità, minoranze e altri assi di identità). Questi ultimi interagiscono a molteplici livelli, spesso simultanei e talvolta discriminanti che evidenziati, secondo un più ampio e specifico principio di "intersezionalità", ci indurranno a pensare ed analizzare ogni elemento o tratto di una persona come intimamente unito a tutti gli altri, per potere comprendere completamente la sua identità "di genere".

Il sistema così strutturato di formazione aggiornamento del personale medico e sanitario siciliano, permette di costruire e validare strumenti dedicati alla formazione in Medicina di Genere, efficaci e replicabili, da declinare nei piani formativi delle aziende sanitarie in linea anche con quanto previsto dalla Commissione Nazionale ECM.

L'azione prevede:

- a) l'organizzazione di **eventi semestrali regionali**, sia residenziali che in modalità di formazione a distanza e sincrona, anche con accreditamento ECM, di approfondimento sulle specifiche tematiche della Medicina di Genere. Questi eventi, che prevedono la presenza dei componenti del Tavolo regionale di coordinamento e di esperti nazionali e oltre, saranno organizzati, prevalentemente e non esclusivamente, in collaborazione con il Centro di riferimento per la medicina di genere dell'ISS, del CEFPAS, delle Società scientifiche di settore e di sponsor scientificamente interessati. Gli eventi avranno carattere multidisciplinare e saranno finalizzati alla formazione e aggiornamento dei formatori, selezionati e motivati, nelle singole aziende sanitarie della regione, coinvolti nell'attività di formazione a cascata (v. punto c).

La proposta di strumenti formativi innovativi intende favorire la migliore acquisizione delle conoscenze sulla Medicina di Genere in tutte le discipline in ambito sanitario. Le tematiche oggetto di approfondimento saranno in linea con gli ambiti individuati dal Tavolo regionale di coordinamento e sviluppati nelle azioni di ricerca previste dal D.A. 166/2020. Gli ambiti individuati per le annualità 2020/2021 sono: 'biomarcatori' genere specifici; correlazione tra disturbi bipolari e stati infiammatori legati alle caratteristiche di genere, la neurologia di genere: demenza e Alzheimer; le malattie croniche; le malattie tumorali; la farmacologia di genere; le patologie cardiovascolari; nutrizione e disturbi alimentari; rischi lavoro correlato sulla salute delle donne, ecc...). Altri ambiti prioritari sono specificati nell'Allegato A;

- b) **inserimento nei Piani formativi aziendali di percorsi di approfondimento finalizzati alla promozione e alla diffusione della cultura della Medicina di Genere**, che comprendano corsi ECM obbligatori, centrati sulle specifiche tematiche specialistiche di cui al precedente punto a), e che tengano conto della recente delibera della Commissione nazionale ECM che ha disposto l'inserimento della tematica negli obiettivi formativi ECM n° 20, 32 e 33 (nota 1);
- c) **attivazione e supporto della formazione a cascata** nelle Aziende sanitarie regionali in considerazione dei bisogni formativi degli operatori, per il raggiungimento capillare del personale medico e sanitario presso la propria sede di lavoro. Ciò al fine di trasferire nelle attività professionali le acquisizioni e le competenze maturate. Il supporto alla formazione "a cascata" prevede, una prima

¹¹ Obiettivo n. 20: Tematiche speciali del S.S.N. e S.S.R. a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla commissione nazionale per la formazione continua e dalle regioni/province autonome per far fronte a specifiche emergenze sanitarie con acquisizione di nozioni di tecnico-professionali.

Obiettivo n. 32: Tematiche speciali del S.S.N. e S.S.R. a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla commissione nazionale per la formazione continua e dalle regioni/province autonome per far fronte a specifiche emergenze sanitarie con acquisizione di nozioni di processo.

Obiettivo n. 33: Tematiche speciali del S.S.N. e S.S.R. a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla commissione nazionale per la formazione continua e dalle regioni/province autonome per far fronte a specifiche emergenze sanitarie con acquisizione di nozioni di sistema.



fase di formazione dei potenziali formatori delle aziende, individuati dalle direzioni aziendali che saranno coinvolti in seguito nella formazione del personale medico e sanitario delle aziende. I docenti da coinvolgere in questa fase di formazione dei formatori, sono da individuare preferibilmente tra i componenti del tavolo regionale e tra gli esperti nazionali. Relativamente al livello di competenza dei formatori in Medicina di Genere, il documento dell'OMS "Integrating gender into the curricula for health professionals" Meeting Report, 2006, indica le competenze minime per i professionisti della salute esperti di Medicina di Genere. I criteri auspicati riportati nel Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere, riguardano "una approfondita conoscenza della materia, che soddisfi almeno uno dei seguenti criteri:

- *Partecipazione a gruppi di lavoro nell'ambito della Medicina di Genere all'interno di società scientifiche specifiche nazionali ed internazionali*
 - *Comprovata attività di docenza nell'ambito della Medicina di Genere (Master Universitari, Congressi scientifici, Corsi di formazione e di aggiornamento accreditati ECM)*
 - *Comprovata attività di ricerca nell'ambito della Medicina di Genere (pubblicazioni scientifiche, libri o capitoli di libro)*
 - *Partecipazione ai board di riviste scientifiche orientate alla Medicina di Genere"*
- d) erogazione di **percorsi di formazione a distanza** come presidio fisso a disposizione della formazione a cascata (vedi punto c), organizzati eventualmente con il contributo dell'ISS, Agenas e alle istituzioni nazionali e con il possibile apporto del "Italian Journal of Gender Specific Medicine" (rivista già indicizzata su Scopus) strumento istituito dalla Rete Nazionale di Medicina di Genere, di fondamentale importanza nella diffusione della ricerca e della cultura di genere sul territorio regionale
- e) attivazione di un **sistema di monitoraggio e valutazione delle azioni formative** portate avanti dalle aziende sanitarie al fine di verificarne l'appropriatezza, che prevede la predisposizione da parte delle aziende sanitarie regionali di una relazione annuale sulle attività formative svolte con evidenza del numero di percorsi attuati, operatori coinvolti e tematiche presidiate
- f) inserimento delle tematiche della Medicina di Genere nell'ambito del **piano di studi dei corsi di per Medico di Medicina Generale (MMG)**
- g) **sensibilizzazione dei MMG** con l'organizzazione di corsi di formazione da parte del distretto sanitario di appartenenza od Ordine dei medici.
- h) **collaborazione con gli Atenei Siciliani** per l'organizzazione di opportuni approfondimenti nei piani di studio e seminari, su tematiche riguardanti la Medicina di Genere.
- i) attivazione di **eventi di approfondimento universitari** destinati a studenti dei corsi di laurea, al personale universitario e alla formazione post lauream nell'ambito dei dottorati di ricerca, delle scuole di specializzazione, dei corsi di perfezionamento e corsi Master.

2.1.3.5 Consolidamento della rete regionale con partenariato nord/centro/sud

L'azione prevede il consolidamento della rete regionale, già attivata dal tavolo regionale di coordinamento, con il coinvolgimento di esperti di varie discipline mediche e sanitarie tra cui farmacologi, ginecologi, endocrinologi, psichiatri, oncologi, neurologi, cardiologi, psicologi ed esperti di formazione, oltre alle società scientifiche di settore come la S.I.ME.GE.N. (Società Italiana di Medicina di Genere nelle Neuroscienze), la S.I.Gi.T.E. (Società Italiana di Ginecologia della Terza Età), la SIMG (Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie), AME (Associazione Medici Endocrinologi), Società di Neuroscienze Ospedaliera (SNO). Da non dimenticare le associazioni di pazienti con patologie genere correlate (Associazione Italiana Sindrome Fibromialgica - Organizzazione di Volontariato - AISF –



O.d.V.), Ordini dei Medici. Il potenziamento della rete siciliana e la creazione di alleanze scientifiche consentono di trasferire i risultati della ricerca sul territorio.

La rete regionale si propone di essere elemento propulsivo e propositivo nell'ambito della Rete Italiana per la Medicina di Genere già istituita, di cui fanno parte l'Istituto Superiore di Sanità con il suo Centro di Riferimento per la Medicina di Genere, il Centro Studi Nazionale su Salute e Medicina di Genere e l'associazione Gruppo Italiano Salute e Genere (GISeG). Inoltre, gli apporti potenziali di:

- 1) Istituto Nazionale di Statistica - ISTAT (essenziale per la c.d. "sesso stratificazione" come strumento metodologico per l'analisi dei dati epidemiologici disaggregati al fine di individuare caratteristiche differenti secondo indicatori specifici di genere);
- 2) IRCSS;
- 3) Società scientifiche sia nazionali sia internazionali;
- 4) Osservatorio Nazionale sulla Salute della Donna e di Genere (Fondazione ONDA);

potrebbero potenziare la sensibilizzazione / cooptazione sempre più ampia di ulteriori partners. In questo modo la rete nazionale potrà contare su punti di snodo nel contesto siciliano, con declinazioni specifiche, per mettere a sistema attività formative dedicate e promuovere la formazione di medici e operatori sanitari e l'informazione della popolazione. La rete regionale potrebbe avvalersi anche della collaborazione e dello scambio di esperienze e dati provenienti dalla "Società Internazionale di Medicina di Genere" (IGM) e dall'Organizzazione americana per lo studio delle differenze sessuali (OSSD) nonché dall' Institute of Gender and Health (IGH) che ha sede in Canada, paese che da sempre ha focalizzato e differenziato i ruoli di sesso e di genere creando un istituto specifico di ricerca sulla Salute con produzione di linee guida specifiche e differenziate mediante una "Sex and Gender Based Analysis (SGBA)".



2.1.4 AREA D) Comunicazione ed informazione nella Medicina di Genere

Premessa

Le presenti linee guida, in attuazione al Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere (articolo 3, comma 1, Legge 3/2018) intendono delineare obiettivi azioni e indicatori per la realizzazione dell'obiettivo generale dell'Area d'intervento D, "Comunicazione e informazione", *Promuovere la conoscenza della Medicina di Genere presso i professionisti della sanità e la popolazione generale, coinvolgendo il mondo del giornalismo e dei media.*



La comunicazione pubblica, comprendente la comunicazione istituzionale, di servizio e di cittadinanza della Regione Siciliana, apporta un contributo fondamentale per la conoscenza e la diffusione dell'approccio di genere in medicina, in particolare contribuendo a creare una vera e propria cultura della Medicina di Genere. Nel Piano nazionale, inserita fra le 4 aree in cui il documento è articolato, la comunicazione "rappresenta la leva strategica affinché la Medicina di Genere trovi piena attuazione e compimento". Adottare una prospettiva di genere nelle scelte linguistiche e delle immagini nella comunicazione mira a mettere al centro il target e a considerare come destinatari le persone: donne e uomini, anziani e giovani, persone con diverso livello culturale. In questo modo la comunicazione risulta più mirata ed efficace.

L'attività di comunicazione e informazione istituzionale, pertanto, assume un ruolo strategico in quanto diffonde una migliore conoscenza dei fattori che incidono sulla salute, favorendo una maggiore consapevolezza presso la popolazione e stimolando la responsabilità del singolo, ovvero l'*empowerment*. In tal senso l'individuo diventa protagonista e alleato nella strategia di prevenzione e nella costruzione della salute. Risulta, a tal proposito indispensabile che gli individui e le comunità abbiano accesso informazioni affidabile, autorevoli e indipendenti in grado di orientarli verso comportamenti salutari. La comunicazione virtuale (online), in tal senso, deve supportare e rinforzare quella analogica (offline).

D'altra parte, il modello di comunicazione adottato dalla Regione Siciliana ed implementato in esecuzione sia al Piano della Comunicazione per la Salute 2019-2020 sia nel recente 2021 a supporto del PRP 2020-2025 in applicazione della vision, dei principi e delle priorità del PNP 2020-2025, fa riferimento ai concetti di responsabilità e di partecipazione e assegna un ruolo centrale al cittadino-paziente considerandolo interlocutore privilegiato del Servizio Sanitario in grado di restituire dati utili in termini di percezione della qualità offerta e di equità di accesso. Già le strategie e gli strumenti individuati dal PRC 2019/2020 avevano consolidato la possibilità di fare prevenzione attraverso l'impiego della comunicazione quale strumento di cambiamento dei paradigmi culturali relativi alla salute nella popolazione, valorizzando il ruolo della prevenzione primaria e dei corretti stili di vita.

A supporto di questo modello, il D.A. n. 2800/12 ha istituito la Rete dei Referenti per la Comunicazione in seno alle Aziende del Sistema Sanitario Regionale e più recentemente (D.A. Salute n. 1209/2020), con l'istituzione del Tavolo Tecnico Regionale Permanente per la "Comunicazione integrata per la Salute" l'Assessore della salute ha ritenuto necessario fornire un supporto operativo alle attività dell'Ufficio Speciale "Comunicazione per la Salute" dell'Assessorato regionale istituito con D.A. Salute 807/2020. iniziative e progetti utili a consolidare:

- il coordinamento degli uffici di comunicazione delle aziende del SSR, in un'ottica di utilizzo razionale delle risorse di cui alla pertinente linea di intervento PSN;
- il coordinamento, la pianificazione e lo sviluppo delle attività di comunicazione istituzionale e di informazione, in conformità alle previsioni contenute nella legge 150/2000, finalizzate alla promozione della salute ed al rafforzamento della rete di competenze con gli altri attori per lo sviluppo



di strategie comunicative ed informative centrali e territoriali su tutti i segmenti della comunicazione sanitaria;

- il raggiungimento degli obiettivi del piano di comunicazione annuale e pluriennale;
- la gestione editoriale del portale costruire salute;
- la pianificazione e la realizzazione di produzioni editoriali, pubblicazioni, eventi, convegni e congressi in materia sanitaria, in stretto rapporto con le strutture dipartimentali competenti;
- l'impiego delle risorse finanziarie, anche extraregionali, sulla comunicazione, ottenute attraverso la partecipazione a bandi e call for action europei;
- ogni altra attività per la quale si ritiene utile acquisire il parere del tavolo tecnico in relazione a materie riguardanti la comunicazione istituzionale in ambito salute.

Obiettivi Generali

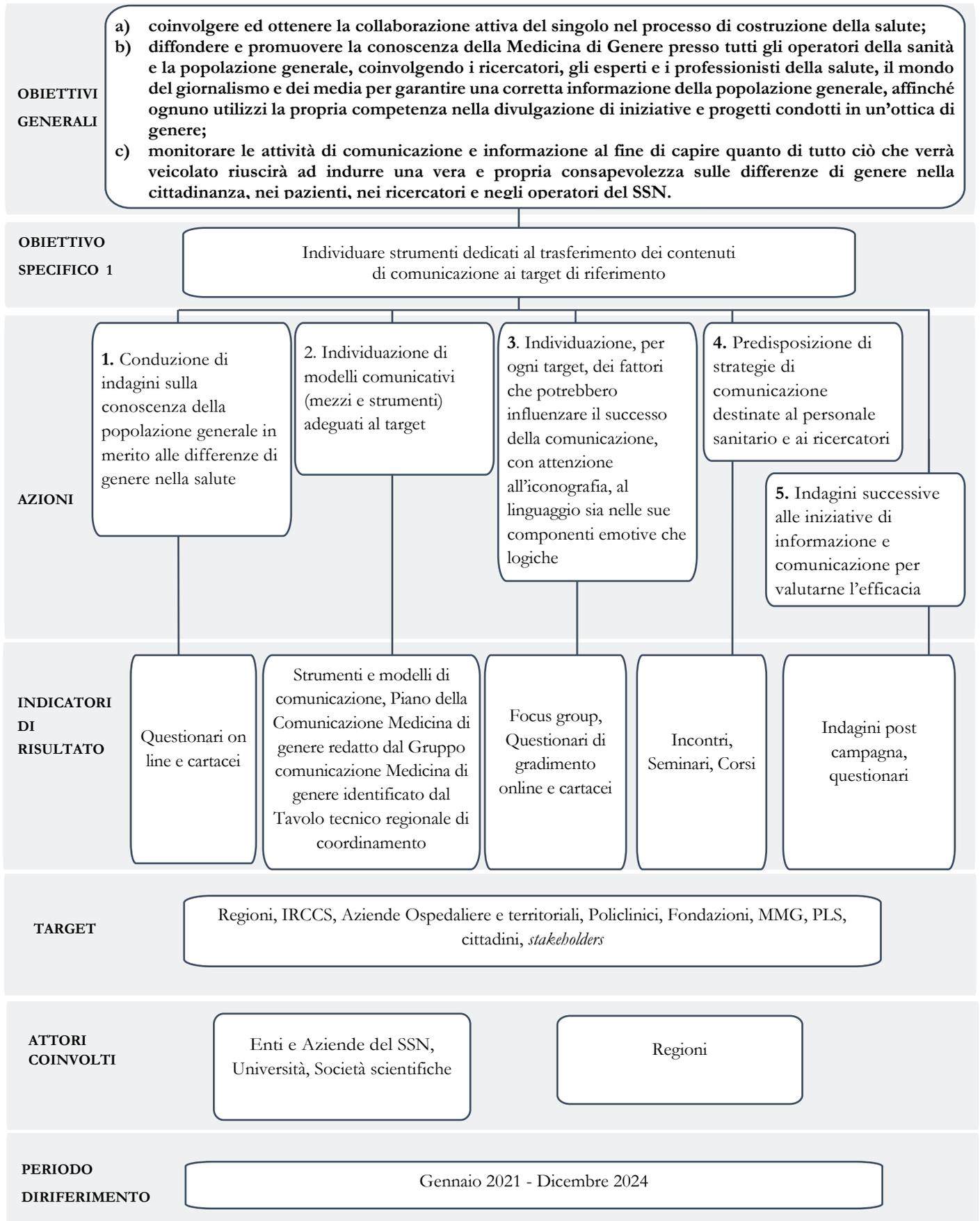
Attraverso l'adozione delle Linee guida si intende:

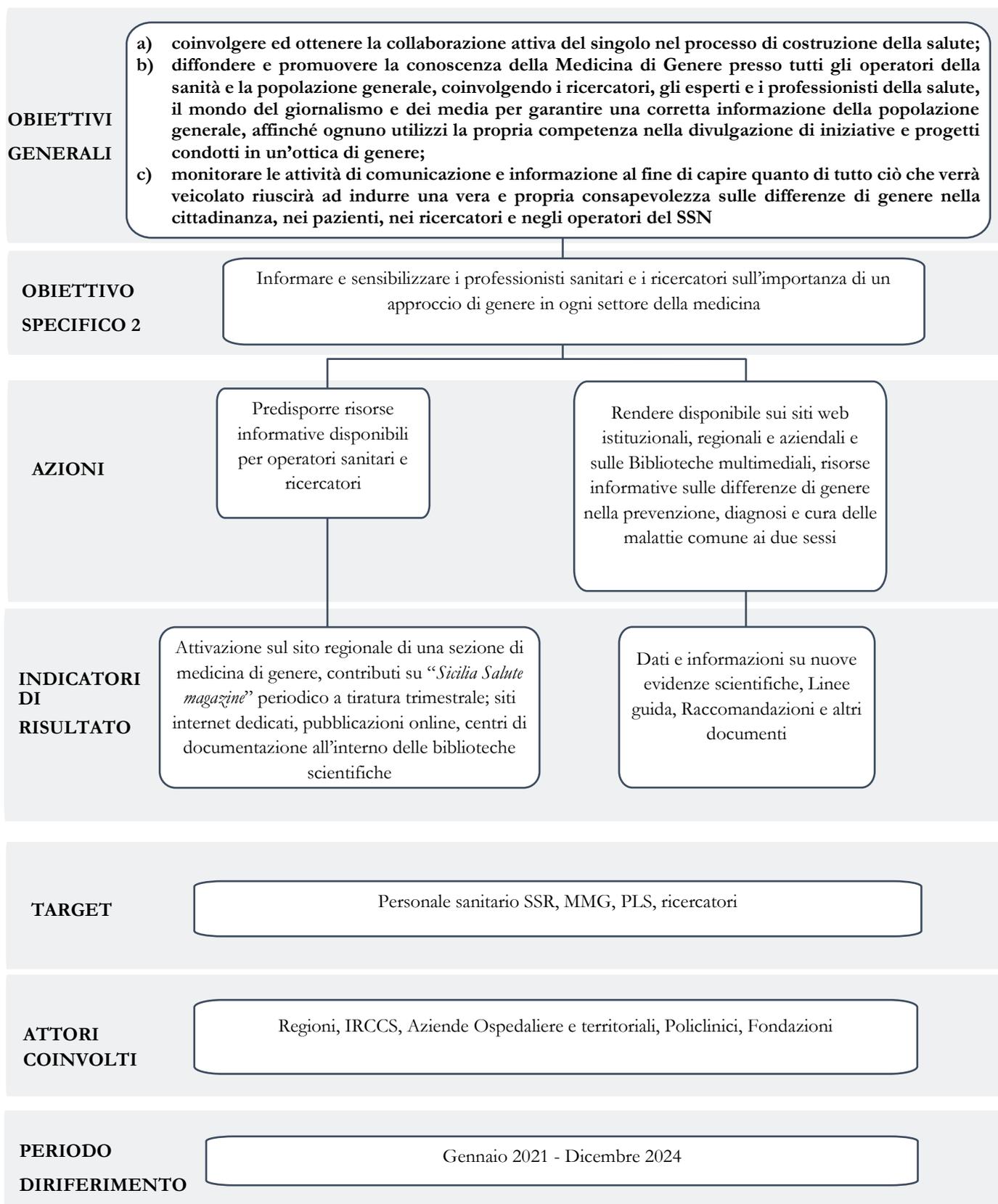
- a) coinvolgere ed ottenere la collaborazione attiva del singolo nel processo di costruzione della salute;
- b) diffondere e promuovere la conoscenza della Medicina di Genere presso tutti gli operatori della sanità e la popolazione generale, coinvolgendo i ricercatori, gli esperti e i professionisti della salute, il mondo del giornalismo e dei media per garantire una corretta informazione della popolazione generale, affinché ognuno utilizzi la propria competenza nella divulgazione di iniziative e progetti condotti in un'ottica di genere;
- c) monitorare le attività di comunicazione e informazione al fine di capire quanto di tutto ciò che verrà veicolato riuscirà ad indurre una vera e propria consapevolezza sulle differenze di genere nella cittadinanza, nei pazienti, nei ricercatori e negli operatori del SSN.

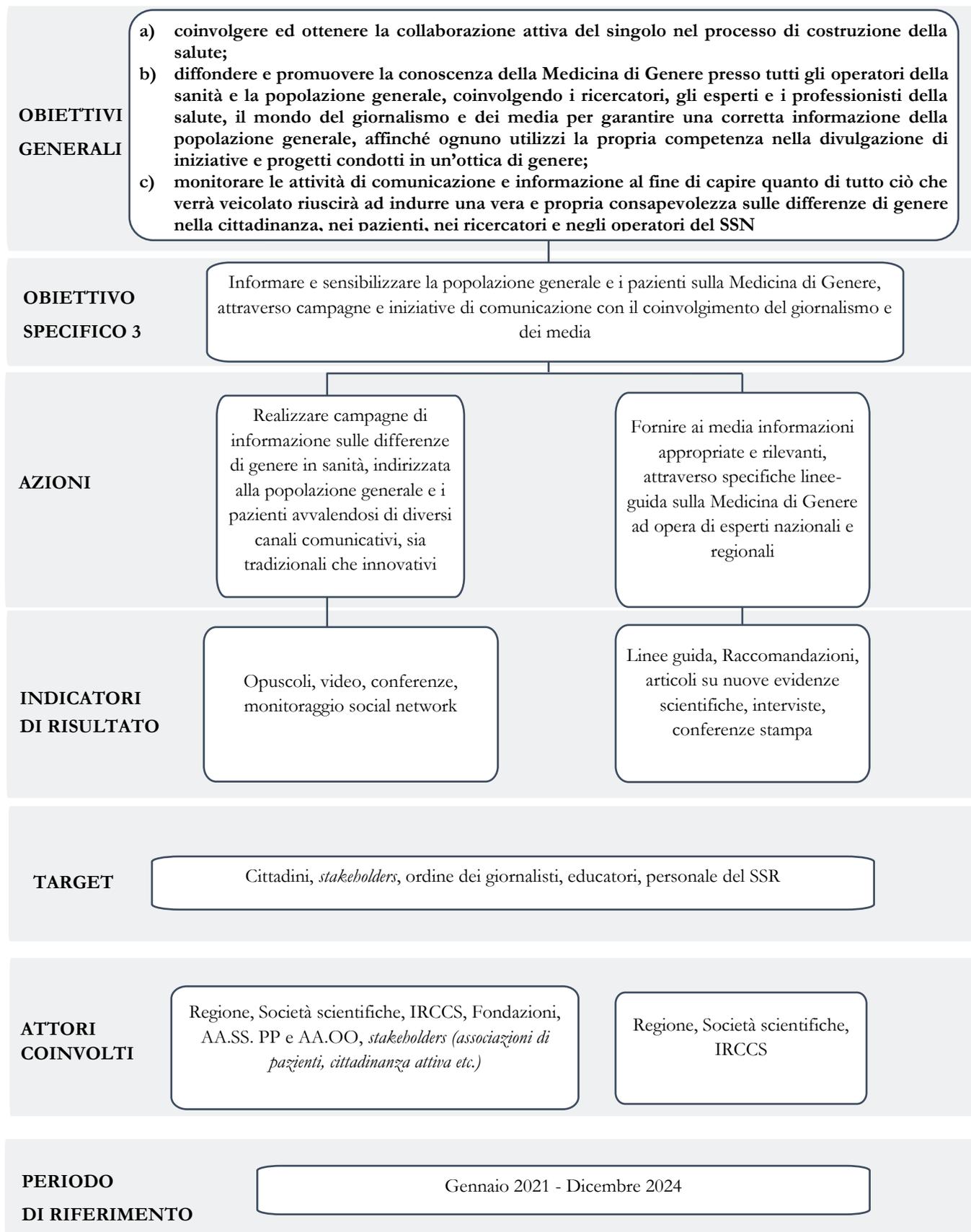


2.1.4.1 Le Azioni del Piano Regionale di Medicina di Genere – Area D)

Linee guida per la comunicazione e l'informazione nella Medicina di Genere









2.1.4.2 Azioni da presidiare

Nel piano nazionale per la diffusione e l'applicazione della Medicina di Genere è specificato come la sfida della comunicazione consista nel coinvolgimento e nella collaborazione attiva del cittadino “*nel processo di costruzione della salute intervenendo sulle variabili individuali comprese quelle influenzate da sesso e genere*”. Per questi motivi, la leva della comunicazione per la salute di genere deve sollecitare tanto il target di riferimento – cittadini, associazioni di pazienti, etc. – quanto gli *stakeholders* e gli attori istituzionali per consolidare il passaggio da un concetto più legato al *welfare state* assistenzialistico ad una prospettiva “persona-centrica” che valorizzi da un lato la relazione medico paziente come indicatore per la costruzione di percorsi di salute personalizzati, precisi e appropriati e la partecipazione consapevole nell'adozione dei sani stili di vita e nella prevenzione delle malattie cronico degenerative.

A livello nazionale, già dal 2016, il Ministero ha pubblicato nei “Quaderni del Ministero della Salute” la monografia dal titolo “Il genere come determinante di salute. Lo sviluppo della Medicina di Genere per garantire equità e appropriatezza della cura” e nello stesso anno nasce la Newsletter sulla Medicina di Genere” a diffusione Nazionale distribuita con cadenza trimestrale a cura del Centro di Riferimento sulla Medicina di Genere dell'Istituto Superiore di Sanità, il Centro Studi Nazionale “Salute e Medicina di Genere” e il Gruppo Italiano “Salute e Genere” (GISeG). Negli anni precedenti alla legge 11 gennaio 2018, il Centro di Riferimento per la Medicina di Genere-ISS ha infine preparato una serie di opuscoli divulgativi su varie patologie e sugli stili di vita per sottolineare le differenze tra uomini e donne in questi ambiti, diffuse nel corso di iniziative legate prevalentemente alle giornate sulla Salute della Donna. Tra le ulteriori iniziative, video divulgativi sulla medicina genere-specifica, anche in collaborazione con Società scientifiche, pubblicati sul sito ISSalute.it, su YouTube e sulla pagina Facebook (<https://it-it.facebook.com/medicinadigenereISS/>) creata dal Centro dell'ISS e intitolata Sesso, Genere e Salute.

Nel dettaglio delle linee di azione previste per il raggiungimento degli obiettivi C1, C2 e C3 le attività che si prevede porre in essere riguardano: (1) la conduzione di indagini sulla conoscenza delle determinanti di genere nella salute (2) la diffusione tramite media e *stakeholders* di evidenze scientifiche e contrasto alle *fakenews* (3) la creazione di strumenti per la diffusione della cultura della Medicina di Genere (4) il consolidamento del modello di comunicazione *between* medico paziente.

Tali azioni saranno condotte nei limiti delle risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili con lo sforzo di un loro più razionale e completo utilizzo e con eventuale ricerca di impegno finanziario anche extra nazionale europea, consci comunque che tali azioni non richiederanno necessariamente nuove tecnologie strumentali costose ma un miglior utilizzo di quelle già esistenti.

1) Conduzione di indagini

In linea con quanto espresso nel Piano di comunicazione per la Salute 2021 con riferimento alla “comunicazione integrata per la salute”, l'assessorato regionale della salute si è dotato, giusto D.A. 1209/2020, di un tavolo tecnico regionale permanente per la “comunicazione integrata per la salute” allo scopo di supportare le azioni dell'ufficio speciale, attraverso proposte operative,

La narrazione, la simbologia, l'iconografia rivestono, nella medicina di genere, un ruolo fondamentale: le “parole disegnano il mondo” interno del paziente, modificano la percezione della sintomatologia che viene trasferita al medico e la semantica che compone il linguaggio impiegato per costruire i percorsi di salute risente dell'influenza esercitata dalla terminologia di genere e dal sesso biologico di appartenenza. Pare quindi imprescindibile sviluppare adeguate indagini finalizzate alla rilevazione della conoscenza diffusa nella popolazione in merito alle differenze di genere nella salute.

L'azione di conduzione di indagini sulla conoscenza delle determinanti di salute nella popolazione prevede:



La predisposizione di questionari di rilevazione somministrati on line o in via cartacea agli *stakeholders* - il cui quadro riassuntivo è rappresentato nella matrice interesse/influenza del Piano Regionale di Comunicazione per la Salute 2021- redatti con il supporto del Tavolo regionale di coordinamento sulla base delle tematiche sviluppate per le azioni di ricerca e in linea con le linee strategiche del PRP, del Tavolo Tecnico Regionale di Coordinamento per la Medicina di Genere istituito con D.A. Salute n. 166/2020 , del CEFPAS e delle società scientifiche. I questionari sono finalizzati alla rilevazione della percezione dei fattori di condizionamento esercitati dalle determinanti di genere nel linguaggio e nella salute, all'in Individuare modelli comunicativi (mezzi e strumenti) adeguati al target e i fattori di successo della comunicazione.

I dati saranno impiegati per la redazione di strumenti di informazione e formazione rivolti sia alla popolazione quanto al target sanitario nella forma di Linee guida aggiornate e Raccomandazioni di settore.

2) Diffusione di evidenze scientifiche tramite media e *stakeholders*

La comunicazione per la salute deve utilizzare un linguaggio semplice e lineare, fonti attendibili, contenuti accreditati e deve essere in grado di orientare il cittadino ad un accesso equo, responsabile e consapevole ai Servizi Sanitari. Nel PRP 2020-2025 sono state individuate iniziative di comunicazione per tutti i Programmi (predefiniti, liberi e mirati) per promuovere azioni di sensibilizzazione rivolte alla popolazione su temi specifici per sviluppare *l'empowerment* e mantenere viva l'attenzione sugli sviluppi della ricerca, l'importanza e la promozione di stili di vita salutari e sicuri, da realizzare anche in occasione delle giornate tematiche OMS. Sono inoltre previsti eventi/incontri/tavoli tematici intersettoriali a sostegno delle politiche per la salute. L'impiego dei social network, dei *new media* e dei canali telematici ha moltiplicato le porte di accesso alla conoscenza medico scientifica riducendo il divario narrativo tra medico e paziente e ha tuttavia facilitato anche la diffusione di dati non desumibili da enti e istituzioni preposte alla ricerca e alla divulgazione scientifica. A questo proposito uno degli obiettivi generali del PRC 2021 è realizzare in maniera sistematica attività di informazione, promozione ed educazione alla Salute ispirate ai principi di trasparenza, imparzialità, partecipazione ed esigibilità dei diritti da parte dei cittadini nonché di sostenere i principi di uguaglianza, universalità, globalità e volontarietà della legge di istituzione del Servizio Sanitario Nazionale n. 833/1978.

In continuità con il Piano di Comunicazione Regionale 2021, la diffusione dei dati provenienti dal settore della ricerca e dell'innovazione per la diffusione e l'applicazione di una clinica di genere, i principali strumenti di comunicazione per salute utilizzati dalla Regione Siciliana:

L'attivazione sul portale Costruire Salute di una sezione dedicata al tema della medicina di genere completa di fonti documentali, video interviste, linkografia e bibliografia utile.

condivisione di materiali divulgativi e supporti informativi con l'apporto del Centro di riferimento per la MdG dell'Istituto Superiore di Sanità e dal suo osservatorio dedicato, dall'Agenas e dalle Società scientifiche Linee-Guida sulla Medicina di Genere ad opera di esperti nazionali e regionali.

3) Strumenti per la diffusione della cultura della Medicina di Genere

Adeguare la comunicazione all'interlocutore è uno dei presupposti della comunicazione efficace unitamente all'impiego di strumenti di marketing sociale in grado di orientare la community virtuale e il cittadino paziente reale ad un utilizzo consapevole dei canali e degli strumenti messi a disposizione dal SSR in grado di fare la differenza fra le azioni di prevenzione e cura delle malattie in un'ottica inclusiva delle determinanti di genere. Tra gli strumenti principali per la diffusione della cultura della medicina di genere:

- i portali delle Asp e delle Aziende Sanitario Ospedaliere del SSR che prevedano una sezione dedicata alla Medicina di Genere:



- i principali social network (Instagram, Facebook, YouTube) su cui siano presenti contributi sul tema della medicina di genere
- campagne di informazione sulle differenze di genere in sanità, indirizzata alla popolazione generale e i pazienti avvalendosi di diversi canali comunicativi, sia tradizionali che innovativi
- media tradizionali in uscita con numeri o rubriche dedicate alla diffusione della medicina di genere, contributi di settore sul magazine regionale “Sicilia Salute magazine”, a tiratura trimestrale.
- espressa adesione ai principi della Medicina di Genere nella pubblicazione della prima edizione della “Carta dei Servizi Sanitari della Regione Siciliana”, prevista nell’abito degli obiettivi di PRC 2021, che ha l’obiettivo di comunicare agli utenti le condizioni organizzative sul fronte della salute nella nostra regione con informazioni semplici, ma nello stesso tempo esaustive, sui punti e le modalità di accesso alle prestazioni sanitarie erogate nel territorio regionale

Il monitoraggio dell’attività di comunicazione e informazione sarà utile a comprendere quanto ciò che verrà veicolato riuscirà a modificare i patterns di accesso della cultura medica all’influenza legata alle determinanti di genere, a sviluppare consapevolezza sulle differenze di genere nella cittadinanza, nei pazienti e negli operatori del SSR e tra i ricercatori.

4) Consolidamento della Comunicazione *between*

Una comunicazione efficace può fortemente incidere sulla prognosi sintomatologica assolvendo a “tre principali funzioni”: trasmissione delle informazioni, riconoscimento delle emozioni e delle differenze, raggiungimento degli obiettivi”. Nel *setting* della cura si fa riferimento a quattro possibili diadi: paziente donna-medico uomo, paziente uomo-medico donna, paziente donna-medico donna, paziente uomo-medico uomo ma la medicina di genere in quanto medicina di precisione, deve tener conto di tutti gli altri possibili “generi”, ovvero di tutte le afferenze e le differenze che rappresentano il *back-ground* individuale tacito ed espresso del paziente, dal momento che questo ha un riflesso sugli stili e sulle modalità di comunicazione e di accoglienza, sull’aderenza alle linee guida, sulla somministrazione di farmaci, sulla prescrizione di indagini clinico-strumentali, sul vissuto della malattia.

In particolare, recenti ricerche hanno focalizzato l’attenzione sulle differenze nella comunicazione medico-paziente, sulle procedure diagnostiche e sulla prescrizione terapeutica e i dati hanno evidenziato come, ad esempio, medici donne e medici uomini differiscano nella gestione dei processi di cura, sia per quanto attiene al “*communication style*” sia per quanto attiene ai “*technical skills*”.

Da un punto di vista anamnestico inoltre, uno stile comunicativo orientato alla presa in carico favorisce l’elicitazione, da parte del paziente, di informazioni a volte fondamentali per la compliance dello stesso ai protocolli di cura. Pertanto, solo l’adozione di una “prospettiva di genere” in senso ampio e inclusivo, sembra in grado di collocare al centro l’agenda del paziente, ovvero “ciò che il paziente porta con sé e la sua malattia nella relazione con il medico” (Moja e Vegni, 2000) e di costruire un nuovo paradigma della comunicazione come quello della “*comunicazione between*”, caratterizzato dal costruito multidimensionale relazionale orientato all’inclusione di genere e dall’attenzione alle dimensioni legate alle idee di malattia, ai sentimenti, alle aspettative, al contesto di riferimento, alle conseguenze della malattia e ai cambiamenti che intervengono nel corso della comunicazione con il medico.

L’agenda del paziente infatti è poi inevitabilmente condizionata dall’appartenenza di genere, dai molteplici modelli interpretativi di malattia legati all’accesso alle fonti e dal grado di “*health literacy*” all’eterogeneità dell’approccio, ai sistemi di attribuzione causale legati all’etiopatogenesi. Il cosiddetto “*frame* della malattia” rientra quindi a pieno titolo nell’alveo dei focus prioritari della comunicazione *between* medico paziente, a totale garanzia della co-costruzione del percorso di cura e a consolidamento del processo di



empowerment del paziente, per cui “*nothing about me without me*” come disciplinato, per altro, dalle linee guida del consenso informato in medicina.

La centralità della relazione caratteristica dell’approccio impiegato in Medicina di Genere, supera il concetto di neutralità e restituisce autonomia al paziente fino a comprendere anche gli aspetti legati alla sua identità virtuale, il cosiddetto “*Ipatient*”. Il modello attuale, basato sull’alleanza terapeutica, definisce una matrice negoziale in cui medico e paziente costruiscono il “senso” della malattia, dando valore alle scelte di cura che si intendono intraprendere, laddove il ruolo del medico è anche quello di fornire informazioni “tecniche” sui rischi e benefici dei singoli interventi e di comunicare la malattia, ovvero facilitare l’integrazione dei nuovi scenari nella mappa cognitiva del paziente. Le determinanti di genere inferiscono inoltre tanto nell’aderenza ai percorsi terapeutici quanto nei processi di internalizzazione ed esternalizzazione del funzionamento mentale connesso all’etiopatogenesi e, pur potendo coesistere in uno stesso soggetto, rappresentano uno degli elementi dirimenti di cui è importante tenere conto nel processo anamnestico. Le donne infatti presentano in misura maggiore i disturbi dell’internalizzazione (ansia e depressione), nel corso dell’intero ciclo vitale a differenza degli uomini che manifestano più frequentemente condotte di tipo disfunzionale collegate ai processi di esternalizzazione, come ad esempio, assunzione di sostanze stupefacenti, *addictions* o *gambling* patologico (Goldberg, Goodyer, 2007). Inoltre, la ricerca ha rilevato come sia il genere di appartenenza del paziente sia quello del medico possono influenzare modalità relazionali e percezioni reciproche (Bertakis KD, Franks P, Epstein RM., 2009). In generale, tuttavia lo stile cognitivo adottato in funzione dell’agenda del paziente rappresenta un presidio utile quanto necessario al mantenimento di una relazione autentica con il paziente stesso che deve ottemperare, se vuol raggiungere obiettivi di salute, alle regole principali della comunicazione efficace: adozione di un linguaggio adeguato all’interlocutore e comunque semplice e diretto; adozione delle tecniche dell’ascolto attivo; attenzione ai turni di conversazione e alla gestione del contatto visivo col paziente, atteggiamento empatico, osservazione e accoglimento dei messaggi verbali e non verbali e del silenzio, impiego delle domande dirette, contenimento della loquacità, attenzione ai turni di conversazione privilegiando l’espressione del paziente, adeguatezza della durata temporale del colloquio.

La relazione terapeutica in medicina ed in particolare nell’ambito della medicina di genere deve ispirarsi pertanto agli assiomi fondamentali del processo comunicativo:

- a) non si può non comunicare;
- b) ogni comunicazione ha un aspetto di contenuto ed uno di relazione;
- c) ogni comunicazione è composta da moduli verbali, para verbali e non verbali;
- d) per comunicare efficacemente la componente verbale e quella non verbale devono essere congruenti;
- e) gli scambi comunicativi si basano su interazioni simmetriche, basate sull’uguaglianza, o complementari, basate sulla differenza.

A questi principi, si ispirano ad esempio, il progetto “Fare di più non significa fare meglio – *Choosing Wisely Italy*” e il movimento che fa capo a Rita Charon e che promuove la *medicina narrativa* e l’ascolto del paziente quale nucleo centrale del processo diagnostico e anamnestico, a dimostrazione dell’ineludibile importanza che le competenze relazionali o sapere essere, in aggiunta al sapere e al sapere fare in medicina, rivestano nel processo di costruzione delle professioni medico sanitarie. L’autenticità del rapporto medico paziente in un’ottica di genere si parametrizza anche nella comunicazione della “verità sulla malattia”, ovvero, nella comunicazione delle *bad news*:

Le linee guida del Ministero della Salute del 2011 sulla Comunicazione degli eventi avversi in ambito sanitario e la trasversalità del Protocollo SPIKES (Fig. 9) di Walter F. Baile, Robert Buckman e coll. hanno dimostrato come le comunicazioni complesse proprie dell’ambito clinico, per essere efficaci, debbano essere strutturate a tappe o fasi (Fig. 10), allineate ai “livelli logici” illustrati da Robert Dilts o a gradini come nel modello di Bateson, per evitare che si dica troppo e tutto insieme.

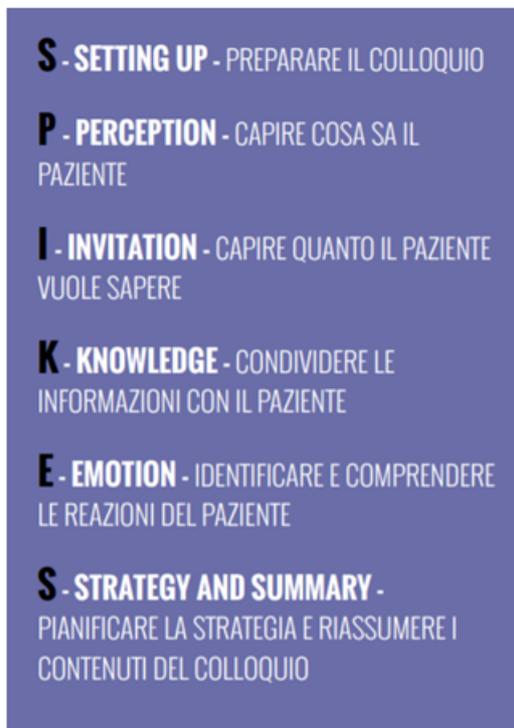


Fig. 9: Il protocollo SPIKES (Baile, Buckman and Coll)

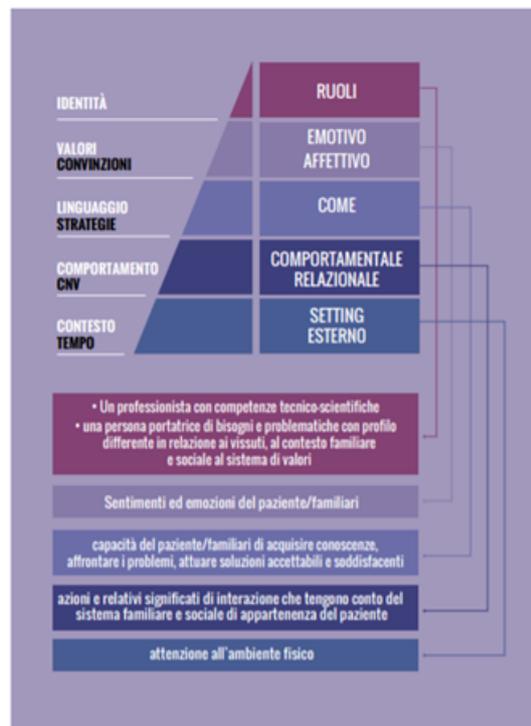


Fig. 10: Livelli logici di Robert Dilts

da "Piccolo manuale di comunicazione" 2018 - Medica Editoria e Diffusione Scientifica

Questo dimostra che esattamente come il nostro cervello funziona grazie alla collaborazione e all'allineamento funzionale di moduli "specializzati" al di là della loro collocazione emisferica, la capacità di integrare e includere propria dell'approccio di Genere in Medicina possa promuovere l'adozione del modello *between* nella comunicazione medico paziente poiché in grado di integrare l'attenzione alle differenze di genere esistenti nell'ambito della relazione terapeutica autentica orientata all'*empowerment* del paziente, alla sua sicurezza e alla sua tutela, e la prevenzione del rischio clinico, all'orientamento della clinical governance, ai principi di equità di accesso, di efficacia e di appropriatezza delle cure.



3. IL VALORE DELLA MEDICINA DI GENERE

Le Aziende sanitarie, come per altro ribadito nella Direttiva del Dirigente Generale DASOE di ripartizione delle somme del Fondo progetti Obiettivi PSN 2019, dovranno prevedere l'implementazione di un piano di comunicazione per promozione e l'applicazione della Medicina di Genere in coordinamento con il referente aziendale per la medicina di Genere, il Tavolo Tecnico Regionale e nel rispetto a quanto enunciato nelle Linee Guida declinate nel presente Piano regionale per la diffusione e l'applicazione della Medicina di Genere.

Le linee guida, in particolare, possono trovare rispondenza nella programmazione di azioni a supporto della *governance* aziendale ed essere integrate sia nel piano formativo aziendale sia nel piano della comunicazione aziendale a valenza annuale o essere implementate in un documento specifico. Tali azioni saranno soggette ad emendamenti a seconda delle sopravvenute esigenze o cambiamenti di tipo culturale.

4. MONITORAGGIO PER L'ATTUAZIONE DEL PIANO

La Legge 3/2018 al Comma 5 prevede anche l'istituzione presso l'ISS di un **Osservatorio** dedicato alla medicina di genere al fine di coinvolgere gli altri enti vigilati dal ministero della Salute (IRCCS, AIFA e AGENAS) e numerosi altri rappresentanti istituzionali. Obiettivo principale dell'Osservatorio è quello di assicurare l'avvio, il mantenimento nel tempo e il monitoraggio delle azioni previste dal Piano, aggiornando nel tempo gli obiettivi in base ai risultati raggiunti per fornire al Ministro della Salute i dati, da presentare annualmente alle Camere, relativi alle azioni attuate sul territorio nazionale.

Inoltre, al fine di fornire un indirizzo coordinato e sostenibile e la partecipazione attiva per la diffusione della Medicina di Genere sul territorio, nella previsione di *“Realizzare un sistema di rete per la promozione e sviluppo della Medicina di Genere”*, con **Nota n. 3508/2020** le strutture Sanitarie Provinciali sono state invitate ad attivare specifici Gruppi di Lavoro con funzioni di **Osservatorio** locale e di supporto alle azioni intraprese dal Tavolo Regionale.

Il presente Piano sarà aggiornato ogni tre anni sulla base degli esiti del monitoraggio annuale, prodotto dall'Osservatorio.



BIBLIOGRAFIA

- Agenzia Regionale di Sanità Toscana, *Comunicazione medico-paziente: da JAMA 5 buone pratiche evidence based per rendere significativa la relazione degli operatori sanitari con i loro pazienti*, www.jamanetwork.com;
- Asioli F., *Quali differenze fanno le differenze di genere nella relazione con il paziente?* in *Psicogeriatría* 2011; I – supplemento;
- AA.VV., *Il rapporto Medico – Paziente e l'importanza della Comunicazione*, <https://www.medifan.it/comunicazione-medico-paziente>;
- Baggio G., Malorni W., *La legge italiana sulla medicina di genere: una realtà e una speranza*, *Ital J Gender-Specific Med* 2019;5(3):105-107;
- AA.VV. *Il Protocollo Spikes*, Piccolo manuale di comunicazione, Editore Medica Editoriale Diffusione Scientifica, 2008; 6-10;
- Commissione Europea, *Comunicazione della commissione al Parlamento Europeo, al Consiglio, al Comitato Economico e Sociale Europeo e al Comitato delle Regioni, Un'Unione dell'uguaglianza: la strategia per la parità di genere 2020-2025*, Marzo 2020;
- De Silvio M.G., Marconi M., Malorni W., *Comunicazione e informazione*; in *The Italian Journal of Gender Specific Medicine*, Supplemento al Volume 5, Issue 3, 2019;
- Dente F. , Cagnolati A., *Comunicazione di Genere tra Immagini e Parole*, Fahren House, Colección Agora n. 9, 2019;
- Di Nuovo F. , Onorati M. Nicola M., Cassoni M., *Gender Specific Medic Watch*, *News dalla letteratura internazionale, attualità, strumenti*, Il Pensiero Scientifico Editore, febbraio 2020;
- Fiorencis C., *Un decalogo per la comunicazione medico-paziente: come la medicina narrativa produce evidenze statisticamente significative nelle visite in cardiologia in Medicina Narrativa 2015*, <https://www.medicinanarrativa.eu/categoria/medicina-narrativa>;
- Ministero della Salute Dipartimento della qualità Direzione Generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema ufficio III, *Linee guida per gestire e comunicare gli Eventi Avversi in sanità*, Giugno 2011;
- Moja E. A., Poletti P., *La comunicazione medico-paziente e tra operatori sanitari, comunicazione e performance professionale*, Ministero della Salute direzione generale delle programmazione sanitaria ufficio III, Aprile 2016;
- Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere (in attuazione dell'articolo 3, comma 1, Legge 3/2018);
- Quaderni del Ministero della Salute, n. 26 , *Il genere come determinante di salute Lo sviluppo della medicina di genere per garantire equità e appropriatezza della cura*, Aprile 2016;
- University Center for the Study of Gender Medicine of the University of Ferrara GMC-UNIFE, *Covid-19 and gender. Biological, psychological and social aspects*, -Webinar May 20, 2020, Il Pensiero Scientifico Editore, 2021.



ALLEGATO A: AMBITI PRIORITARI PER UN APPROCCIO DI GENERE IN MEDICINA²

L'approccio di genere dovrà essere applicato in ogni branca e specialità della medicina. È prioritaria la divulgazione e la diffusione di alcune tematiche per la valenza applicativa già comprovata da evidenze cliniche, supportate dalla ricerca. Queste tematiche, opportunamente integrate, fanno riferimento all'appendice 1) al Piano nazionale di diffusione.

I. Farmaci e dispositivi medici. Le differenze di genere in farmacologia sono molto importanti e in parte attribuibili alla diversa biologia tra i due sessi: variazioni ormonali, peso, composizione corporea, acidità gastrica, filtrazione glomerulare. Tutti questi fattori influenzano l'assorbimento, la distribuzione, il metabolismo e l'eliminazione dei farmaci. Rispetto agli uomini, le donne consumano più farmaci, spesso in politerapia, e registrano un maggior numero di eventi avversi. L'efficacia di alcuni farmaci è diversa nei due sessi. A tutt'oggi, la numerosità delle donne negli studi clinici d'intervento è molto bassa ed anche nella sperimentazione preclinica la maggior parte degli studi viene condotta su animali maschi. La medesima situazione si riscontra nell'ambito degli studi sui dispositivi medici, ad esempio le protesi o i cateteri venosi. Infatti un utilizzo dei dispositivi medici che tenga conto delle differenze anatomico-funzionali legate al genere non è ancora sufficientemente considerato, in questo settore, pur essendo stato riconosciuto rilevante in ambito sanitario. Alcuni studi hanno evidenziato, nell'uso di dispositivi, correlazioni tra rischi e caratteristiche fisiologiche associabili al sesso (ad es. maggiori rischi di ictus legati all'area della superficie corporea nell'uso di VAD - Ventricular Assist Devices - oppure usure e reazioni tissutali più frequenti negli impianti di protesi "metallo su metallo" sulle donne).

II. Malattie cardiovascolari. Fino agli anni '90, l'importanza delle patologie cardiovascolari nelle donne è stata poco considerata e le donne scarsamente incluse negli studi clinici relativi alle patologie cardiache. Inoltre, non è ancora chiara la comprensione dei meccanismi fisiopatologici delle patologie cardiovascolari nella donna che può ad esempio presentare sintomi dell'infarto differenti. L'incidenza di patologie cardiovascolari è inferiore rispetto all'uomo durante l'età fertile, va ad eguagliare l'uomo dopo la menopausa, fino a superarlo dopo i 75 anni, questo in virtù delle variazioni endocrino-metaboliche dovute al venire meno della protezione estrogenica. Quindi, le giovani donne presentano minori probabilità di ammalarsi, ma maggiore mortalità e complicanze in caso di insorgenza della patologia ischemica. In Italia, la mortalità per malattie cardiovascolari (cardiache e cerebrali) è maggiore per le donne rispetto agli uomini e la prima causa di morte della donna, come in tutti i Paesi industrializzati, l'infarto del miocardio. Anche lo scompenso cardiaco ha caratteristiche diverse nella donna rispetto all'uomo e colpisce dopo i 65 anni più donne che uomini.

III. Malattie neurologiche. Il cervello differisce sia strutturalmente che funzionalmente nei maschi e nelle femmine. Le neuroimmagini hanno dimostrato la presenza di regioni cerebrali dimorfiche nei due sessi, con un volume maggiore della corteccia frontomediale, dell'amigdala e dell'ipotalamo nei maschi, e delle regioni frontali paralimbiche, della corteccia orbitaria, del giro precentrale e del giro linguale nelle femmine. Studi sul connettoma hanno dimostrato che il cervello

² Addendum all'allegato A su: "Ambiti prioritari per un approccio di genere in medicina". Fonte: "Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere", Ministero della Salute, in attuazione dell'art.3, comma 1, Legge 3 / 2018 - Versione 06 maggio 2019.



dei maschi presenta maggiori connessioni a livello intra-emisferico, mentre quello delle femmine ha una connettività aumentata a livello inter-emisferico. Tali differenze strutturali spiegano la migliore integrazione tra percezione e azione coordinata nei maschi, i quali hanno un vantaggio nei compiti visuospatiali, e tra elaborazione logica e pensiero intuitivo nelle donne, che sono più performanti nei compiti verbali. Studi epidemiologici di incidenza e prevalenza delle malattie neurologiche nei due sessi includono il dimorfismo cerebrale sessuale - insieme ai fattori genetici, ormonali, immunologici, e alla risposta a stress psicosociali - tra i fattori di rischio per specifiche condizioni morbose. Ad esempio, malattia di Alzheimer, sclerosi multipla e depressione maggiore colpiscono più frequentemente le donne, mentre la malattia di Parkinson ha una incidenza più elevata nei maschi. Il genere influenza anche le modificazioni cerebrali che si associano all'invecchiamento, modulate dalle variazioni ormonali che si verificano dopo la menopausa.

Ormoni che spiegano la maggiore presenza di cefalea nelle donne, anche legate alla fluttuazione degli estrogeni. Questi ultimi intervengono sulla minore espressione dei protoni di sodio sulle cellule endoteliali. Alterando anche la barriera ematoencefalica

IV. Malattie dell'osso. Tra le malattie dell'osso, l'osteoporosi è ancora oggi una patologia percepita come caratteristica del sesso femminile legata alla carenza di estrogeni che si verifica in età postmenopausale. In realtà gli studi epidemiologici dimostrano che in Europa il 6% degli uomini tra i 50 e i 90 anni presenta osteoporosi. L'osteoporosi, e il conseguente aumento del rischio di frattura, vengono studiate prevalentemente nella donna, sebbene, con ritardo di 10 anni, anche l'uomo nella terza età sviluppi osteoporosi e rischio di frattura. Inoltre la mortalità dopo frattura dell'anca è superiore nell'uomo rispetto alla donna. Eppure la determinazione della densità minerale ossea è testata 4 volte di meno nell'uomo. La maggior parte dei farmaci per l'osteoporosi sono stati studiati solo nella donna e non sono attualmente prescrivibili agli uomini. L'osteoartrite in Italia colpisce oltre 4 milioni di persone, con costi associati di oltre 6,5 miliardi di euro. Uomini e donne prima dei 50 anni ne soffrono in percentuale simile ma, superati i 60 anni, le donne sono progressivamente più a rischio, fino a soffrirne il doppio degli uomini, con un crescente numero di articolazioni coinvolte ed una crescente gravità del danno con l'età. Il genere femminile è un fattore di rischio per protesizzazione e le donne presentano maggior dolore e disabilità funzionale a parità di grado radiologico. Risulta quindi importante focalizzare gli sforzi della ricerca sullo studio di soluzioni di genere che permettano di prevenire/ostacolare la degenerazione articolare.

V. Malattie psichiatriche. I grandi studi di popolazione hanno in generale confermato la prevalenza significativamente maggiore (mediamente doppia) di depressione maggiore, distimia, disturbo d'ansia generalizzata, disturbo di panico, fobia sociale e fobie specifiche nel genere femminile, a fronte di tassi significativamente maggiori di disturbi di personalità antisociale e disturbi da uso di sostanze e di alcol nel genere maschile. L'esposizione maggiore delle donne a certi eventi e situazioni di vita fortemente stressanti contribuirebbe in maniera molto significativa al maggior rischio femminile di ammalarsi di determinati disturbi. L'esempio più calzante quello dato dall'esposizione alla violenza, subita nel corso della vita da una percentuale stimata di donne che va dal 16 al 50%; questa, sia fisica che sessuale o psicologica, è fortemente correlata come fattore di rischio a patologie tipicamente più frequenti nelle donne, quali depressione, disturbo posttraumatico da stress, disturbi dissociativi, tentativi di suicidio, disturbi somatoformi (disturbi mentali caratterizzati dalla presenza di sintomi fisici riferiti dal paziente, ma privi di una base medica). Sul piano fenomenico, è ben noto come le donne affette da depressione riportino più sintomi somatici rispetto agli uomini, quali ad esempio astenia, disturbi dell'appetito e del sonno, mentre nella schizofrenia, nelle donne sono più frequenti i sintomi depressivi e le forme schizoaffettive (definite dalla contemporanea presenza di sintomi tipici della schizofrenia e del disturbo dell'umore) mentre negli uomini sembrano più frequenti l'apatia, la povertà del linguaggio, l'isolamento sociale e i deficit cognitivi. Le donne hanno



inoltre un approccio diverso all'utilizzo dei servizi rispetto agli uomini, essendo più propense a far richiesta di aiuto e a riferire i propri problemi emotivi al proprio medico di famiglia o ai servizi di salute mentale. Bisogna inoltre considerare che le donne hanno un assetto ormonale diverso rispetto agli uomini, ciò porta allo sviluppo di patologie, quali la sindrome premestruale, la depressione post partum e menopausale. Tali patologie sono determinate chiaramente dagli estrogeni e dal progesterone, che sono anche detti "neurosteroidi" poiché influenzano i processi di memoria e apprendimento e agiscono sulla modulazione dell'umore, del comportamento e delle capacità cognitive. Inoltre va valutata la maggiore potenza del sistema immunitario del genere femminile nel determinismo di malattie psichiatriche legate alla Low Inflammation.

VI. Malattie respiratorie. Le malattie respiratorie costituiscono oggi uno degli ambiti di indagine più interessanti rispetto alle differenze di genere. Differenze di genere in ambito respiratorio sono infatti presenti già nel periodo embrionale. Nei due sessi il polmone e le vie aeree presentano significative differenze in termini di sviluppo embrionale, caratteristiche anatomiche e funzionali. Inoltre, alcuni studi hanno evidenziato sia in Europa che negli USA, una "femminilizzazione" di molte patologie che prima costituivano un "primato maschile". Sia la broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) che l'asma sono state ad esempio riconosciute come patologie con differenze di genere per quanto riguarda le manifestazioni cliniche, la presenza di comorbidità, gli aspetti funzionali e radiologici, la risposta alla terapia. Un ruolo fondamentale sembra essere rappresentato dai fattori di rischio, ad esempio gli stili di vita e l'esposizione ad agenti inquinanti.

VII. Malattie autoimmuni. Le malattie reumatiche in generale, ed autoimmuni in particolare, hanno una predominanza femminile molto significativa. Questo è dovuto alla maggiore potenza del sistema immunitario della donna, che se da un lato porta ad una aumentata prospettiva di vita, dall'altro si associa ad oltre il doppio di prevalenza di patologie autoimmuni. Come nel caso della tiroidite di Hashimoto la cui presenza è del 500% nel sesso femminile rispetto ai maschi.

Inoltre dobbiamo anche considerare il ruolo immunomodulatorio degli ormoni femminili. Ad esempio gli estrogeni hanno effetti proinfiammatori in alcune malattie autoimmuni croniche

L'uomo contrae più facilmente infezioni batteriche e virali perché ha un sistema immune meno potente della donna, ma questo aspetto lo porta ad avere meno malattie autoimmuni della donna. In compenso, se l'uomo si ammala, ad esempio di malattia di Graves o lupus eritematoso sistemico, ha una prognosi peggiore. Particolare rilevanza del sistema immunitario viene dato nella patogenesi di tre malattie che hanno uno spiccato tropismo nelle donne quali: La sensibilità chimica multipla, la fibromialgia e la stanchezza cronica. Queste tre patologie incominciano ad avere una incidenza e prevalenza importante.

Pertanto, ogni sforzo di ricerca deve considerare le differenze di genere sia dal punto di vista preclinico (con modelli che rispecchino entrambi i sessi), sia da quello clinico (in termini di fattori di rischio, trattamento e storia naturale).

VIII. Malattie dermatologiche. Le malattie dermatologiche riconoscono un'importante influenza del genere sotto molti aspetti, quali la qualità di vita ed il vissuto della propria pelle e, di conseguenza, anche l'approccio clinico-terapeutico ne può essere influenzato. Alcune peculiarità di genere interessano le malattie dermatologiche di tipo allergico, in particolare le dermatiti da contatto. L'allergia al colore nero della tintura per capelli dovuta all'allergene p-fenilendiammina interessa maggiormente la popolazione femminile così come la più nota allergia al nichel. Il melasma è un comune disturbo della pigmentazione che porta ad una iperpigmentazione del volto in soggetti di sesso femminile. La patogenesi di tipo multifattoriale è



dovuta ad una stimolazione da parte degli ormoni sessuali femminili in soggetti predisposti ad un fotodanneggiamento. L'acne ha etiopatogenesi da correlare alla stimolazione da parte degli ormoni femminili così come l'alopecia androgenetica. Il sesso femminile deve essere considerato anche nell'ambito degli screening dei tumori cutanei melanocitari come il Melanoma e dei tumori cutanei NON Melanoma (NMSC) che sono più frequenti nel sesso maschile in età avanzata, mentre sono più frequenti nel sesso femminile in età più giovane per la maggiore esposizione alle Radiazioni U.V. aumentando con il gradiente Nord-Sud.

IX. Vaccini. È noto che le donne sviluppano risposte immunitarie innate e acquisite, sia umorali che cellulo-mediate, più intense rispetto agli uomini. Questo si riflette in una diversa risposta ai vaccini nei due sessi: nelle donne si raggiungono titoli di anticorpi protettivi in risposta ai vaccini significativamente più elevati che negli uomini. Tuttavia, le donne manifestano più spesso reazioni avverse ai vaccini. Infatti le segnalazioni pervenute all'AIFA di reazioni avverse per soggetti femminili sono circa il doppio di quelle registrate per il sesso maschile; tuttavia bisogna tenere conto che questo dato risente, oltre che del fatto che la popolazione femminile è più numerosa di quella maschile, anche da una possibile influenza di fattori biologici, ormonali e genetici non ancora completamente definiti, e da una maggiore attenzione che le donne hanno al proprio stato di salute che comporta, quindi, una maggiore attitudine all'osservazione di reazioni avverse ai farmaci. Gli ormoni sessuali, fattori genetici ed epigenetici e la diversa composizione del microbiota hanno un ruolo chiave e possono influenzare le risposte immunitarie e l'outcome della vaccinazione negli uomini e nelle donne. La scoperta dei meccanismi coinvolti contribuirà ad identificare le modalità per ridurre le reazioni avverse ai vaccini nelle donne e ad aumentare la risposta immunitaria negli uomini.

X. Infezioni virali. Le infezioni virali presentano importanti differenze nel sesso maschile e nel sesso femminile per quanto riguarda la loro prevalenza, intensità, outcome e i meccanismi patogenetici. Queste differenze sono in parte giustificate dalla diversa risposta immunitaria nei due sessi (maggiore nella femmina), ma altri fattori, ad esempio legati agli stili di vita o alle caratteristiche stesse dell'agente patogeno, possono giocare un ruolo importante. Un esempio paradigmatico è rappresentato dal virus HIV. Nell'infezione da HIV, infatti, le differenze di genere possono influenzare il rischio di infezione, la progressione della malattia e la risposta alla terapia antiretrovirale. Infatti, le donne sono maggiormente suscettibili all'infezione da HIV rispetto agli uomini e tale suscettibilità è sicuramente favorita da una serie di fattori anatomici, biologici e sociali. Non bisogna dimenticare, inoltre, il ruolo favorente di altre infezioni sessualmente trasmesse e dei contraccettivi ormonali, spesso utilizzati al posto di contraccettivi di "barriera", come il condom. La possibilità di trasmettere l'infezione per via orizzontale (eterosessuale) e verticale inserisce la donna sieropositiva al centro di complesse problematiche che richiedono una gestione specifica e un supporto maggiore rispetto a quello fornito ai pazienti di sesso maschile. Il genere può giocare un ruolo importante anche nel processo dell'immunoattivazione, influenzando differenti outcome clinici. Esiste, per esempio, una più alta prevalenza di infarto del miocardio tra le donne HIV-positivo rispetto alle donne sieronegative, ma anche rispetto agli uomini HIV-positivi. Aumentare il numero delle donne negli studi clinici randomizzati e controllati in modo da comprendere il diverso metabolismo ed i meccanismi specifici di tossicità, potrebbe aiutare ad identificare una terapia "personalizzata" sulla base delle caratteristiche del sesso del paziente.

XI. Infezioni batteriche. È stato dimostrato che molte malattie infettive di origine batterica presentano un dimorfismo sessuale. Studi epidemiologici hanno dimostrato che i soggetti maschi sono più inclini a sviluppare la maggior parte delle malattie infettive rispetto alle femmine. Tra queste la batteriemia da *Pseudomonas aeruginosa*, alcune zoonosi, la legionellosi e la tubercolosi. Tra i pazienti con febbre Q, una zoonosi da *Coxiella burnetii*, gli uomini sono sintomatici più spesso



rispetto alle donne, con un rapporto maschi: femmine di 2,5. In oltre il 70% dei casi, l'infezione da *Legionella pneumophila* si verifica in soggetti di sesso maschile. La tubercolosi è una malattia mondiale con crescente incidenza nei paesi a basso e medio reddito e le meta-analisi hanno mostrato che la prevalenza ponderata degli effetti casuali complessivi per 100.000 individui è circa 2 volte più elevata negli uomini che nelle donne. Inoltre, il sito di infezione, che influenza l'esito, differisce tra uomini e donne. Le infezioni del tratto urinario sono più comuni nelle donne, mentre l'endocardite e la mediastinite si verificano più frequentemente negli uomini. Va ricordato che gli ormoni sessuali svolgono un ruolo nell'espressione clinica dimorfica delle malattie infettive acute, cosa che in parte può spiegare la differenza nelle incidenze segnalate di malattie infettive.

XII. Malattie metaboliche. La composizione corporea di uomini e donne è molto diversa. Le donne hanno una maggior percentuale di massa grassa e gli uomini più massa muscolare. Le donne sono più propense a depositare grasso sottocutaneo e sugli arti inferiori, mentre gli uomini sono più propensi ad accumulare grasso viscerale. Dopo la menopausa, la distribuzione del tessuto adiposo delle donne si modifica aumentando nella regione troncular. Sebbene gli uomini e le donne siano entrambi suscettibili all'obesità, le conseguenze sulla salute differiscono tra i sessi. Il legame tra mortalità ed indice di massa corporea è più forte nella donna che nell'uomo. Inoltre, a parità di età e grado di sovrappeso, l'aumento del tessuto adiposo viscerale è più fortemente associato ai marcatori di rischio cardio-metabolico (insulino - resistenza, dislipidemia, sindrome metabolica) nelle donne che negli uomini, in cui invece più dannoso l'aumento del grasso intramuscolare. Gli studi di immunometabolismo danno una particolare importanza al grasso viscerale che viene considerato un organo che produce grandi quantità di citochine infiammatorie

Il tessuto adiposo sottocutaneo degli arti inferiori è protettivo verso l'aterosclerosi nelle donne e non negli uomini perché probabilmente rappresenta una conseguenza evolutiva della necessità di accumulare in maniera più efficiente energia nel tessuto adiposo delle donne coinvolte nel processo riproduttivo. A causa della loro maggior propensione ad essere sovrappeso e della caduta degli estrogeni che influenzano positivamente l'omeostasi glucidica, la prevalenza di diabete mellito di tipo 2 è maggiore tra le donne che tra gli uomini solo dopo i 70 anni. Le donne diabetiche, rispetto agli uomini, hanno un rischio doppio di cardiopatia, una più precoce incidenza di infarto miocardico con maggior mortalità, un aumentato rischio d'insufficienza cardiaca, ictus e claudicatio. E' tuttora incerta l'influenza degli steroidi sessuali sul diverso livello di rischio e raggruppamento dei fattori di rischio nei due generi.

XIII. Oncologia. In campo oncologico sono state descritte molte differenze di genere, tuttavia le donne rimangono ancora sottorappresentate nelle sperimentazioni cliniche in aree importanti come l'oncologia non genere-specifica dove, ad esempio, costituiscono appena il 38,8%. L'efficacia dei chemioterapici è diversa e la differenza delle caratteristiche cliniche delle neoplasie, con la stessa istologia e stadio, è talora osservata, ma non inserita nell'attenzione clinica quotidiana e nelle linee guida. La mortalità per cancro del polmone dagli anni '50 ad oggi è aumentata del 500 per cento nella donna e la donna sviluppa il cancro del polmone 2,5 volte in più dell'uomo, anche se non fumatrice. Non si conoscono ancora le ragioni di queste differenze, che non sono solo legate a fattori ormonali, ma anche genetici e metabolici, e la ricerca in questo campo è assolutamente prioritaria. Il ruolo degli estrogeni inoltre sembra avere un'influenza negativa poiché alcuni tumori a grandi cellule esprimono recettori per estrogeni. Comprendere l'impatto dei fattori ormonali sullo sviluppo e la progressione dei tumori potrebbe avere importanti risvolti terapeutici, così come già accaduto per i tumori della prostata e della mammella. Il cancro del colon è la seconda causa di morte in ambedue i sessi in Europa e negli USA, ma colpisce la donna con 5 anni di ritardo rispetto all'uomo, di solito nel colon ascendente e nell'uomo nel discendente, e anche la mortalità nella donna è ritardata di 5 anni. Per questo sarebbe più appropriato estendere lo screening nella donna oltre i 70 anni. Il melanoma è



una neoplasia che può presentare una localizzazione diversa nelle donne e negli uomini (più frequentemente tronco nell'uomo e arti nella donna) e vede una maggiore sopravvivenza nella donna. Il cancro della tiroide è più frequente nelle donne, ma ha una prognosi peggiore negli uomini. Le ragioni di queste differenze epidemiologiche non sono note, ma è stato proposto che gli ormoni possano svolgere un ruolo importante. Differenze di genere sono, ovviamente, alla base di alcuni tipi di tumore esclusivi (prostatico e ovarico) o quasi (mammario) di un solo genere. Recentemente, anche studi epidemiologici hanno evidenziato significative differenze di genere nell'incidenza, nell'aggressività, nella progressione, nella prognosi e nella risposta alla terapia, inclusa l'immunoterapia, in molte tipologie di tumori comuni ai due sessi.

XIV. Pediatria. L'appartenenza ad un genere può condizionare lo sviluppo psico-fisico della persona fin dai primi anni di vita. Già dalla vita fetale le differenze di genere influenzano la possibilità di sviluppare anomalie diverse. Il rischio di parto cesareo o di prematurità è più frequente nel maschio. In età pediatrica alcuni dati mostrano differenze legate al genere, ad esempio per alcune malattie infettive in cui l'incidenza è maggiore nei maschi (bronchiolite, osteomielite, meningite meningococcica), mentre nelle femmine si sviluppa una risposta immunitaria, sia umorale che cellulare, superiore e prolungata che risulta protettiva verso le infezioni, ma che espone ad un maggiore rischio di sviluppo di patologie autoimmuni e infiammatorie. Un'altra evidenza clinica in età pediatrica riguarda la prevalenza dei disordini dello spettro autistico (DAS) che è maggiore nei maschi, tuttavia la diagnosi di DAS nelle femmine si associa ad una maggiore gravità della patologia e ad un più basso quoziente intellettivo. Anche il disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADHD) ha un'incidenza molto più alta nei maschi. Altri esempi di differenze in pediatria riguardano alcuni tipi di tumore (linfomi e tumori cerebrali più frequenti nei maschi) e patologie metaboliche (diabete di tipo I più frequente nelle femmine), respiratorie (asma più frequente nei maschi) o autoimmuni (il lupus eritematoso pediatrico, molto più frequente nelle bambine).

XV. Disordini dello sviluppo sessuale Particolare attenzione, nell'ambito della Medicina di Genere, meritano i disordini dello sviluppo sessuale (Disorders of Sex Development, DSD), definiti come condizioni congenite in cui lo sviluppo del sesso cromosomico, gonadico o anatomico è atipico. L'ampia variabilità fenotipica di queste condizioni va da minime alterazioni a un quadro di severa ambiguità genitale. Sviluppare una corretta diagnosi è un obiettivo complesso, ma necessario per la corretta gestione dei pazienti, sia per le problematiche mediche, poiché alcune condizioni mettono a rischio la vita dell'affetto (ad esempio l'iperplasia surrenalica congenita), sia per l'impatto psicologico che questa condizione presenta sull'affetto e sulla famiglia a breve e lungo termine. I DSD costituiscono una sfida per la corretta applicazione della Medicina di Genere, ma rappresentano anche un'importante opportunità al fine della comprensione dei processi che determinano l'identità sessuale e di genere. Nell'ambito dei DSD meritano approfondimenti specifici anche i GID (Gender Identity Disorders).

XVI. Medicina della Riproduzione e preservazione della fertilità. Nell'ambito della MdG rivestono un ruolo di primo piano la preservazione della fertilità ed il management delle condizioni cliniche causa di infertilità maschile e femminile. Sono infatti attualmente oggetto di crescente interesse, considerando il significativo decremento della natalità e i cambiamenti delle abitudini di vita spesso associati alla ricerca di gravidanza in età anagrafica più avanzata rispetto alle decadi precedenti. In questo scenario, appare di fondamentale importanza la definizione di percorsi diagnostico-terapeutici precoci, efficaci e sostenibili per il management dell'infertilità femminile e delle condizioni cliniche ad essa potenzialmente associate (tra queste: endometriosi, fibromi uterini, malformazioni uterine, sindrome dell'ovaio policistico), così come dell'infertilità maschile. E' possibile in tal modo rispondere al desiderio di genitorialità in maniera consapevole, mediante una rete territoriale integrata



con competenze multidisciplinari che coinvolga i ginecologi esperti in medicina della riproduzione e tecniche endoscopiche mini-invasive per il ripristino della fertilità, i biologi con esperienza nel campo dell'embriologia e delle tecniche di procreazione medicalmente assistita, gli andrologi, gli endocrinologi, i genetisti e gli psicologi, considerando i possibili effetti negativi dell'infertilità sulla vita di relazione all'interno della coppia. Riveste altresì particolare importanza la preservazione della fertilità nei casi di particolare rischio, come per i pazienti affetti da patologie oncologiche che necessitano di interventi chirurgici o chemio/radioterapici potenzialmente lesivi della funzione riproduttiva, e provvedimenti specifici mirati ad ottenere una consapevolezza pubblica dell'importanza della diagnosi precoce delle patologie maschili e femminili potenzialmente causa di infertilità, anche mediante divulgazione diretta a livello delle Istituzioni e mass media.

Altre tematiche di interesse per la MdG sono: la psiconeuroendocrinoimmunologia, la medicina del lavoro, la trapiantologia, la medicina del dolore, la medicina della salute sessuale genere specifica e medicina orale.



Il presente Piano Regionale per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere è il frutto di un lavoro di squadra che ha visto la collaborazione tra l'Ufficio Speciale Comunicazione per la Salute e il Dipartimento per le Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico dell'Assessorato Regionale della Salute, nonché di tutti i componenti del Tavolo Tecnico Regionale di coordinamento per la Medicina di Genere istituito con D.A. 166/2020 e ss.mm.ii.

Coordinamento Scientifico:

Daniela Segreto – Ufficio Speciale Comunicazione per la Salute, Referente Regionale Medicina di Genere

Comitato di redazione:

Daniela Segreto, Massimiliano Cavaleri, Piernicola Garofalo, Domenico Gullo, Antonio Simone Laganà, Mirella Milioto, Marina Rizzo, Maria Luisa Zoda - Referenti Redazionali del Tavolo Tecnico Regionale di Coordinamento Medicina di Genere

Valentina Botta - CEFPAS

Elisabetta Gerbino - ASP Catania

Progettazione grafica *Elisabetta Gerbino* – ASP Catania

Copertina *Claudio Zarba*

In aggiunta al lavoro redazionale del Tavolo Tecnico di coordinamento per la medicina di Genere, si ringrazia altresì, per il contributo alla realizzazione del progetto:

Rossella Tomainolo, Giocchino Calapai, Alessandra Casuccio, Carolina Vicari, Gullo Giuseppe, Alessandra Patti, Giovanni Riggio, Mariapaola Ferro, Davide Alba, Livia Cimino, Sara Palmeri, Antonella Nicosia.



**REGIONE SICILIANA
ASSESSORATO DELLA SALUTE**

UFFICIO SPECIALE COMUNICAZIONE PER LA SALUTE