



EX-Health

Documento di Posizione

Italia del Nord: Piemonte, Lombardia, Veneto

SOMMARIO

I

Ex-Health: Documento di Posizione

Italia del Nord:
Italia del Nord: Piemonte, Lombardia, Veneto

II

Autori

1

Perché la X: Medicina Di Genere

3

Perché la E: Medicina Digitale

5

EX-Health: cos'è e qual è l'obiettivo

5

Metodo

6

Esperienze di Medicina di genere e di Medicina digitale in alcune regioni del Nord Italia

Piemonte _____ **6**

Lombardia _____ **6**

Veneto _____ **6**

7

Punti aperti e raccomandazioni

8

Conclusioni

9

Bibliografia e Sitografia

Autori

- **Giovannella Baggio**, Professore Ordinario f.r., Studioso Senior Università di Padova, Presidente del Centro Studi Nazionale su Salute e Medicina di Genere, Scientific Editor dello Italian Journal of Gender-Specific Journal
- **Ovidio Brignoli**, Medico di Medicina Generale di Brescia, Membro del Direttivo SIMG Paola Crosasso, Direttore della Farmacia Ospedaliera, ASL Città di Torino
- **Paola Crosasso**, Direttore della Farmacia Ospedaliera, ASL Città di Torino
- **Eliana Ferroni**, Dirigente Medico in Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica, Referente per la Medicina di Genere, Azienda Zero, Regione Veneto
- **Laura Poggi**, Responsabile Assistenza Farmaceutica, Integrativa e Protesica, Regione Piemonte
- **Roberta Ramonda**, Professore Associato UOC di Reumatologia Dipartimento di Medicina DIMED-Università di Padova, Associazione ReDo (Reumatologhe Donne)
- **Annalisa Voltolini**, Specialista in Ortopedia e Traumatologia e in Medicina dello Sport, Responsabile per la Medicina di Genere degli Spedali Civili di Brescia

Perché la X: Medicina di genere

La Medicina di genere, secondo la definizione dell'OMS, è 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 persona¹. Ciò vuol significare una medicina in cui sono prese in considerazione le differenze tra uomo e donna, tra maschio e femmina, di fronte alla salute e alla malattia: differenze nei sintomi, differenze nei percorsi diagnostici da seguire, nelle necessità terapeutiche e nell'efficacia dei farmaci, differenze nell'andamento, nelle prevalenze, nella mortalità per le medesime malattie e quindi necessità di una prevenzione differenziata. Non si tratta di pensare alle malattie che colpiscono solo le donne o solo gli uomini, ma di sapere come ogni malattia si presenta, evolve, risponde alla terapia nell'uomo e nella donna, tenendo presenti le differenze che riguardano i meccanismi molecolari, genetici, cellulari e subcellulari.

Quando si parla di medicina di genere in senso lato si intendono le differenze sia di sesso che di genere: le differenze legate all'XX/XY e le differenze che ogni persona umana, sia uomo o donna, plasmata dalla vita, dall'ambiente, dai ruoli, dalle difficoltà e positività, dagli stereotipi, assume in questo percorso. I determinanti di genere non sono una sovrastruttura, sono un completamento importante, un interessante integrazione del bagaglio biologico che contribuisce ulteriormente a fare di ogni persona umana un essere unico ed irripetibile su cui entra in gioco l'epigenetica.

Nonostante si possa affermare che negli ultimi 50 anni tutta la Medicina sia stata riscritta (pensiamo alle scoperte, alle nuove acquisizioni biologiche e cliniche, alla conoscenza delle malattie e delle basi molecolari di esse, all'evoluzione tecnologica, alle scoperte farmacologiche, alla scomparsa di alcune malattie e nascita di altre), in questo affascinante percorso ci si è dimenticati di considerare le differenze di sesso e di genere.

La Medicina di genere comincia a far parlare di sé all'inizio degli anni '90 in campo cardiologico quando Bernardine Patricia Healy, diventata Direttrice dell'Istituto di Cardiologia dell'Istituto Nazionale della Salute (NIH) degli Stati Uniti, aveva notato come la ricerca scientifica nel suo Istituto venisse condotta principalmente sugli uomini - ed a livello sperimentale sugli animali maschi - e come a livello clinico le donne venissero sottoposte molto meno degli uomini ad importanti procedure diagnostico-terapeutiche come coronarografia, trombolisi, stent coronarici. La Healy scrisse allora un famoso editoriale sul *New England Journal of Medicine*, intitolato "The Yentl Syndrome": Yentl, l'eroina di una storia di Isaac B. Singer, dovette rasarsi il capo e vestirsi da uomo per poter entrare nella scuola ebraica e studiare il Talmud. Di fronte a questa "discriminazione" in campo medico si chiedeva se le donne dovessero vestirsi da uomo per essere curate². Questo editoriale fece molto scalpore. Da allora molto è cambiato sia riguardo alla conoscenza del problema che all'impulso alla ricerca e alla pratica clinica: numerose sono le pubblicazioni scientifiche in campo cardiologico, e non solo, che mirano a evidenziare le differenze di genere.

La Medicina di genere, tuttavia, non è una nuova specialità della Medicina, ma una dimensione trasversale della medicina. Le differenze di genere sono presenti in ogni specialità della medicina. Per tale motivo si dovrebbe parlare solo di Medicina Genere-specifica³.

Da un punto di vista epidemiologico, sono noti da tempo alcuni dati che sottolineano l'importanza di evidenziare le differenze di genere in ambito sanitario. L'aumento della speranza di vita alla nascita vede oggi un "vantaggio" di anni di vita della donna di poco più di 4 anni. In questi 15 anni in Italia l'uomo ha aumentato la speranza di vita alla nascita di più di 2,6 anni, la donna invece di 1,3 anni. Gli anni di speranza di vita superiori delle donne sono tuttavia anni di disabilità e malattia in quanto gli anni di vita sana sono uguali per uomini e donne.

Se andiamo ad analizzare le principali cause di morte nella popolazione, notiamo come le malattie cardiovascolari rappresentino la prima causa di morte nelle donne: 48% vs 38% per gli uomini, che invece mostrano una mortalità più elevata per tumore. Questi dati sono non solo lontani dall'immaginario collettivo, ma anche dalla cultura degli operatori sanitari. Inoltre, la differenza non sta solo nelle percentuali, ma anche nei sintomi, nei fattori di rischio, nello sviluppo delle malattie a livello cellulare e subcellulare, nelle basi genetiche, nel fabbisogno farmacologico, nella prevenzione che deve essere differenziata per genere. Gli esempi sono trasversali a tutte le discipline mediche e sottolineano la necessità, a partire dalla formazione (ogni medico in ogni specialità deve conoscere le differenze di genere delle diverse malattie) e dalla prevenzione differenziata per genere⁴.

In questa dimensione, il 13 giugno 2019, il Ministro della Salute ha approvato formalmente il "Piano per l'applicazione e la diffusione della medicina di genere" sul territorio nazionale, firmando il decreto attuativo

relativo alla Legge 3/2018. Sebbene l'interesse per la medicina di genere si stia diffondendo in tutto il mondo, con l'approvazione di questa legge l'Italia diventa il primo Paese in Europa a formalizzare l'inserimento del concetto di "genere" in medicina, indispensabile a garantire ad ogni persona la cura migliore, rispettando le differenze e arrivando a una effettiva "personalizzazione delle terapie".

Il Piano riporta gli obiettivi strategici, gli attori coinvolti e le azioni previste per una reale applicazione di un approccio di genere in sanità nelle aree d'intervento previste dalla legge, e segue anche alcuni principi generali, tra cui:

- un approccio intersettoriale tra le diverse aree mediche e le scienze umane che tenga conto delle differenze derivanti dal genere, al fine di garantire l'appropriatezza della ricerca, della prevenzione, della diagnosi e della cura;
- la promozione e il sostegno della ricerca (biomedica, farmacologica e psico-sociale) basata sulle differenze di genere
- la promozione e sostegno dell'insegnamento delle differenze di genere in Medicina, garantendo livelli di formazione e di aggiornamento adeguati al personale medico e sanitario
- la promozione e il sostegno dell'informazione pubblica sulla salute e sulla gestione delle malattie, in un'ottica di differenze di genere.

La Legge 3/2018 al Comma 5 prevedeva anche l'istituzione presso l'ISS di un Osservatorio dedicato alla medicina di genere, avvenuta nel gennaio 2021. Obiettivo generale dell'Osservatorio è 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, in modo da fornire al Ministro della Salute gli elementi per riferire annualmente alle Camere. Altri obiettivi dell'Osservatorio sono:

- assicurare il contributo delle diverse istituzioni centrali (Ministero della Salute, ISS, AGENAS, UVI, AIFA) e regionali (Conferenza Stato Regioni, tavoli tecnici regionali) anche attraverso la costituzione di gruppi di lavoro con rappresentanti dei soggetti istituzionali coinvolti;
- assicurare il monitoraggio del Piano e il suo aggiornamento periodico;
- garantire che tutte le Regioni italiane, in tutti i contesti appropriati, abbiano avviato programmi di diffusione della Medicina di Genere secondo le indicazioni del Piano;
- promuovere l'interattività delle azioni di diffusione della Medicina di Genere tra gli assessorati regionali.

L'Osservatorio è presieduto dal Presidente dell'ISS ed è composto da 36 componenti, di cui 31 esterni all'ISS e da rappresentanti di tutti gli Ordini delle professioni sanitarie. Sono stati attivati diversi gruppi di lavoro che si occupano di formazione, percorsi clinici, diseguaglianze, comunicazione, farmacologia di genere. È in cantiere anche il secondo Decreto attuativo "Piano Nazionale della Formazione in Medicina di Genere" che consentirà di allineare gli aspetti formativi sia di futuri professionisti sanitari, sia di professionisti già attivi che non hanno potuto formarsi precedentemente sull'approccio¹.

Perché la E: Medicina digitale

La digital health/salute digitale è definita come l'insieme di tecnologie, piattaforme e sistemi che coinvolgono i consumatori negli stili di vita, nel benessere ed in finalità correlate alla salute; che servono per acquisire, archiviare o trasmettere dati sanitari e/o supportare le scienze della vita e le attività cliniche. La Medicina digitale comprende software e prodotti hardware basati su prove cliniche di efficacia, intesi a realizzare misure e interventi a favore della salute umana⁵.

Gli strumenti digitali per la salute stanno trasformando l'approccio alla diagnosi e al trattamento di numerose patologie non solo croniche. Per esempio, grazie alla possibilità di integrare sensori e misurazioni oggettive nel monitoraggio domiciliare i medici dispongono di una grande mole di dati che consente loro di valutare meglio l'andamento della terapia o l'effetto che queste hanno su uno specifico paziente. L'impiego di CDSS – Clinical Decision Support system sta diventando una prassi consolidata in talune realtà, portando alla possibilità di intervenire in modo sempre più preciso e precoce anche grazie ai modelli predittivi in grado di apprendere dall'esperienza clinica che l'intelligenza artificiale rende sempre più disponibile. Sebbene le potenzialità espresse dalla tecnologia siano notevoli, si osserva come tali benefici non siano a disposizione di tutti e che ci siano degli ostacoli concreti alla piena diffusione di tali strumenti imputabili principalmente alle competenze digitali di chi opera in sanità, alla presenza territoriale di infrastrutture adeguate a sostenere tali processi all'alfabetizzazione dei pazienti e alla loro disponibilità ad evolvere le terapie abbracciando l'innovazione digitale.

Applicare una prospettiva di genere sia nello sviluppo, sia nella valutazione dei progetti è imprescindibile. Ad oggi, infatti, la maggior parte delle tecnologie di intelligenza artificiale biomedica e degli algoritmi utilizzati non è concepita per rilevare le differenze di sesso e di genere e per considerarle come variabili ad elevato impatto in termini di salute e di risposte del sistema. Se tali bias non saranno corretti, il rischio non sarà solo quello di generare risultati non attendibili ma di mantenere o, addirittura, potenziare la discriminazione⁶.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha stilato tre obiettivi chiave per promuovere l'adozione e la diffusione della salute e dell'innovazione digitale:

1. Tradurre i dati più recenti, la ricerca e le prove in azione: questo significa promuovere gli standard per l'interoperabilità e la condivisione dei dati e sostenere l'attuazione di soluzioni digitali che contribuiscono al processo decisionale informato.
2. Migliorare la conoscenza attraverso comunità scientifiche concrete: grazie alle nuove tecnologie e non più limitata dalla necessità di incontri fisici o riviste cartacee di peer review, l'OMS riunisce le voci dei maggiori esperti su argomenti di rilevanza clinica e di salute pubblica.
3. Valutare sistematicamente e collegare i bisogni dei Paesi con la fornitura di innovazioni: troppo spesso nella salute globale, i prodotti sono sviluppati con l'atteggiamento del "se lo costruisci, lo useranno". Questo approccio ha fallito più volte e per questo motivo l'Organizzazione adotta un approccio proattivo e sistematico per identificare, promuovere, co-sviluppare e scalare le innovazioni che sono basate sui bisogni dei Paesi⁷.

Anche il Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) sottolinea come la pandemia abbia inquadrato la sanità come area che richiede un significativo aggiornamento digitale e quanto sia necessario il miglioramento, l'armonizzazione e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) quale pietra angolare per l'erogazione dei servizi sanitari digitali e la valorizzazione dei dati clinici nazionali. Inoltre, il PNRR sviluppa ecosistemi avanzati di telemedicina, asse portante del rafforzamento della sanità territoriale e del miglioramento degli standard di cura di cittadini e residenti.

Lo stesso PNRR elenca gli aspetti critici di natura strutturale, che in prospettiva potrebbero essere aggravati dall'accresciuta domanda di cure derivante dalle tendenze demografiche, epidemiologiche e sociali in atto:

- I significative disparità territoriali nell'erogazione dei servizi, in particolare in termini di prevenzione e assistenza sul territorio;
- II un'inadeguata integrazione tra servizi ospedalieri, servizi territoriali e servizi sociali;
- III tempi di attesa elevati per l'erogazione di alcune prestazioni;
- IV una scarsa capacità di conseguire sinergie nella definizione delle strategie di risposta ai rischi ambientali,

climatici e sanitari.

È previsto che una larga parte delle risorse sia destinata a migliorare le dotazioni infrastrutturali e tecnologiche, a promuovere la ricerca e l'innovazione e allo sviluppo di competenze tecnico-professionale, digitale e manageriali del personale.

La missione del PNRR relativamente alla sanità (Missione 6) si articola in due componenti:

- Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale: gli interventi di questa componente intendono rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari.
- Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale: le misure incluse in questa componente consentiranno il rinnovamento e l'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, il completamento e la diffusione del FSE, una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) attraverso più efficaci sistemi informativi. Rilevanti risorse sono destinate anche alla ricerca scientifica e a favorire il trasferimento tecnologico, oltre che a rafforzare le competenze e il capitale umano del SSN anche mediante il potenziamento della formazione del personale.

Il potenziamento dei servizi domiciliari è tra gli obiettivi fondamentali del PNRR, con investimenti mirati ad aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare, particolare per i pazienti di età superiore ai 65 anni con una o più patologie croniche e/o non autosufficienti.

Tra gli obiettivi dell'investimento sono citati l'identificazione di un modello condiviso per l'erogazione delle cure domiciliari che sfrutti al meglio telemedicina (con riferimento specifico ai pazienti cronici), domotica, digitalizzazione) e realizzazione di un sistema informativo in grado di rilevare dati clinici in tempo reale⁸.

Il PNRR attribuisce ai servizi di telemedicina la capacità di essere un formidabile mezzo per: **(I)** contribuire a ridurre gli attuali divari geografici e territoriali in termini sanitari grazie all'armonizzazione degli standard di cura garantiti dalla tecnologia; **(II)** garantire una migliore "esperienza di cura" per gli assistiti; **(III)** migliorare i livelli di efficienza dei sistemi sanitari regionali tramite la promozione dell'assistenza domiciliare e di protocolli di monitoraggio da remoto.

L'intervento del Piano prevede il finanziamento di progetti di telemedicina proposti dalle Regioni sulla base delle priorità e delle linee guida definite dal Ministero della Salute. I progetti potranno riguardare ogni ambito clinico e promuovere un'ampia gamma di funzionalità lungo l'intero percorso di prevenzione e cura: tele-assistenza, tele-consulto, tele-monitoraggio e tele-refertazione. Per ottenere i finanziamenti, tuttavia, i progetti dovranno innanzitutto potersi integrare con il FSE, raggiungere target quantitativi di performance legati ai principali obiettivi della telemedicina e del Sistema Sanitario Nazionale, nonché garantire che il loro sviluppo si traduca in una effettiva armonizzazione dei servizi sanitari. Saranno infatti privilegiati progetti che insistono su più Regioni, fanno leva su esperienze di successo esistenti, e ambiscono a costruire vere e proprie "piattaforme di telemedicina" facilmente scalabili⁸.

A partire dall'emissione del Decreto Legge del gennaio 2022 in tema di "Misure urgenti in materia di sostegno alle imprese e agli operatori economici, di lavoro, salute e servizi territoriali, connesse all'emergenza da COVID-19"⁹, Age.Na.S ha acquisito il ruolo di Agenzia nazionale per la sanità digitale (ASD), al fine di garantire l'omogeneità a livello nazionale e l'efficienza nell'attuazione delle politiche di prevenzione e nell'erogazione dei servizi sanitari. Il primo Piano Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale è stato pubblicato nel febbraio 2022 "PDTA per La Sclerosi Multipla, Indicazioni per la creazione delle reti di assistenza" e definisce gli standard di riferimento per la telemedicina e la telecooperazione¹⁰.

È interessante notare anche che la tecnologia può essere percepita come di genere in molti modi¹¹. Le società con una maggiore uguaglianza tra donne e uomini (Finlandia, Svezia, Paesi Bassi e Danimarca), ottengono risultati migliori anche nel campo dell'economia digitale. L'analisi di genere dell'uso della tecnologia rivela un rapporto ineguale tra donne e uomini, che escludono le donne dagli sviluppi tecnologici. A livello di Unione Europea, gli uomini rappresentano l'80% nelle professioni STEM (scienze, tecnologia, ingegneria e matematica). Una revisione della letteratura sulle differenze di genere nell'uso della tecnologia conferma dati in base ai quali

le donne risultano più ansiose degli uomini nell'uso dell'IT, riducendo, in questo modo, la loro autoefficacia e aumentando, così, la percezione che l'IT richieda uno sforzo maggiore¹². Donne e uomini differiscono come livello di fiducia nella propria capacità di acquisire e utilizzare competenze digitali. Le donne tendono anche ad essere meno curiose ed informate degli uomini sulle nuove tecnologie, il che può contribuire alla loro maggiore diffidenza nei loro confronti¹³.

È stato anche dimostrato che l'attitudine delle donne verso le tecnologie digitali in grado di influenzare la salute loro e della loro famiglia sono la disponibilità delle tecnologie stesse, le connessioni relazionali e le forze affettive. Le modalità con cui le donne utilizzano e contribuiscono alle fonti di informazioni online sono complesse e sfumate e sviluppano forme di competenza nel trovare, valutare e creare conoscenze in tema di salute. In genere le donne svolgono un ruolo chiave nel fornire consulenza e assistenza sanitaria ai membri della famiglia¹⁴.

È stato evidenziato che il burnout causato dall'inserimento di nuove tecnologie nella pratica clinica del Medico di Medicina generale sia gender-dependent¹⁵ e come tale andrebbe affrontato, infatti esistono differenze nei tassi di burnout tra medici di famiglia uomini e donne, così come nelle loro risposte. La struttura del team clinico, il cambiamento organizzativo, ma anche la cartella clinica elettronica contribuiscono al burnout.

EX-Health: cos'è e qual è l'obiettivo

EX-Health è un contenitore di idee e progetti. Nasce con l'intento di contribuire al dibattito sulla governance sanitaria, elaborando ricerche, analisi e spunti di riflessione e suggerimenti rivolti ai decisori regionali e nazionali. Relativamente alle tematiche Medicina di genere e Medicina digitale, l'obiettivo che EX-Health si pone, per questo primo lavoro, è di capire se e come il portato dirompente dell'avvento della medicina digitale possa fungere da strumento volto a mitigare, se non eliminare, le annose lacune evidenziate dalle tante analisi intercorse negli anni, in un approccio attento alle differenze di sesso e genere basate sull'evidenza, confrontando i dati di salute e malattia di uomini e donne per attivare diagnosi e prescrizioni personalizzate: la Medicina genere-specifica¹⁶⁻²⁰.

Metodo

Qualsiasi attività di proposizione non può prescindere da una più ampia e profonda attività di ricostruzione del contesto di riferimento. Metodologicamente il quesito di cui sopra sarà affrontato compiendo alcuni passi sintetizzabili in:

1. Ricostruzione della normativa di riferimento concernente i due temi medicina digitale e medicina di genere. Tale ricostruzione è stata effettuata mediante una desk analysis grey literature (siti istituzionali nazionali, regionali, report di categoria, stampa specializzata in health policy).
2. Validazione della analisi di contesto. Essendo tutte le attività di ricostruzione effettuate con approccio desk based passibile di imperfezioni, si è ritenuto opportuno abbinare alla prima una attività di validazione. Tale attività è stata eseguita mediante il diretto coinvolgimento di 9 stakeholders informati dei fatti. Il punto di vista di tali interlocutori è stato raccolto mediante intervista e le successive risposte sono elaborate e portate a sintesi mediante l'utilizzo dello strumento della S.W.O.T. analysis.
3. Definizione delle azioni potenziali. La sintesi del contesto così ricostruito è stata la base di discussione svoltasi con un panel di esperti rappresentativi dei 4 contesti regionali oggetto di indagine. Il panel ha carattere multidisciplinare e le discipline coinvolte sono: Reumatologia, Dermatologia, Telemedicina/Innovazione, Farmacia Ospedaliera, Cronicità/Patient advocacy, tutte in un'ottica di differenze di genere. Metodologicamente, si è deciso di utilizzare il modello del Focus group nel quale gli esperti coinvolti sono stati stimolati ad esporre le proprie idee circa un definito elenco di punti di debolezza come emersi dalla S.W.O.T. di cui sopra.
4. Condivisione dei risultati. Il lavoro effettuato al punto precedente è stato sintetizzato in un documento di posizione che intende esprimere un elenco robusto di raccomandazioni rivolti ai decisori delle regioni oggetto di indagine.

Esperienze di Medicina di genere e di Medicina digitale in alcune regioni del Nord Italia

Piemonte

Relativamente alla Medicina digitale, la Regione Piemonte ha emanato nel luglio 2020 la Delibera che prevedeva la prima attivazione dei servizi sanitari di specialistica ambulatoriale erogabili a distanza (Televisita), in conformità alle “Linee di indirizzo nazionali di telemedicina”²¹ e nel dicembre dello stesso anno la Delibera di realizzazione del Centro Servizi di Telemedicina che rappresentasse il supporto informativo unico per l’effettuazione delle prestazioni di telesorveglianza, telemonitoraggio, televisita o teleconsulto²². Varie strutture ospedaliere hanno attivato i servizi di telemedicina a partire dalla prima ondata COVID-19. Tra questi, sono partiti anche progetti pilota di telecounseling da parte del Farmacista ospedaliero per persone con patologie croniche e difficoltà familiari o altre fragilità. I dati dell’Osservatorio del Sistema Salute del Piemonte mostrano che le iniziative di telemedicina sono più che triplicate nel 2021 rispetto a quattro anni prima, mentre le prestazioni sono aumentate di 8 volte rispetto al 2020. È tuttavia interessante notare che risulta circa doppio il rapporto tra uomini e donne beneficiari di prestazioni in telemedicina nel 2021²³.

La Regione Piemonte ha recepito il “Piano per l’applicazione e la diffusione della Medicina di Genere” nel novembre 2021 con la Delibera che ha definito i criteri per la costituzione del Gruppo Tecnico Regionale per la Medicina di Genere allo scopo di migliorare la qualità e l’appropriatezza delle prestazioni erogate dal Servizio Sanitario Regionale²⁴. Nel gennaio 2022 sono stati individuati i referenti per ciascuna ASL²⁵.

Lombardia

Nel mese di agosto 2020 la Regione Lombardia ha emanato le “Indicazioni per l’attivazione di servizi sanitari erogabili a distanza (televisita)”, con la finalità di fornire una disciplina uniforme, e delle indicazioni operative specifiche, per l’erogazione della televisita²⁶. A gennaio 2022 ulteriori fondi sono stati stanziati con l’obiettivo di gestire digitalmente i processi sociosanitari territoriali, digitalizzare i dati e documenti prodotti, semplificare lo sviluppo dei processi di telemedicina e adottare un modello informativo basato sulla disponibilità di dati in tempo reale. Nel marzo 2022 la Lombardia è stata scelta, insieme alla Puglia, per occuparsi dell’implementazione delle piattaforme verticali nazionali di Telemedicina.

La Medicina di genere è stata riconosciuta come obiettivo strategico per la sanità pubblica a partire dagli atti di programmazione regionale del 2013²⁷. Tale Delibera prevedeva che le Aziende ospedaliere e le Aziende sanitarie locali dovessero “individuare almeno due aree di azioni innovative, sia dal punto di vista organizzativo che terapeutico e, all’interno di queste, considerare le manifestazioni cliniche differenti e valutare l’efficacia degli interventi diagnostici e terapeutici peculiari del genere di appartenenza”. Varie sono le Commissioni locali per la Medicina di genere, quali quella di Brescia e di Rho.

Anche con il Piano sociosanitario integrato lombardo 2019-2023 Regione Lombardia ha inteso proseguire nel percorso di riconoscimento delle differenze biologiche e socioculturali di genere, con la finalità di promuovere eguaglianza ed equità nella salute.

Veneto

Nel maggio 2020, la Regione Veneto ha emanato la Delibera in tema di “Attivazione di servizi di assistenza sanitaria erogabili a distanza: Telemedicina” con cui riconosce agli Enti del SSR la possibilità di erogare servizi sanitari con modalità di Telemedicina con contestuale comunicazione alla Direzione Programmazione Sanitaria - LEA e a Azienda Zero delle misure attuate e degli strumenti tecnologici implementati e incarica Azienda Zero della redazione del documento di definizione degli standard di servizio propri delle prestazioni di Telemedicina, nonché dello sviluppo, della realizzazione e del monitoraggio del progetto di Telemedicina, da sottoporre all’approvazione della Giunta Regionale²⁸. Varie sono le iniziative che prevedono l’utilizzo della Medicina digitale, tra cui quella dell’Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona che ha elaborato il Progetto Università e Territorio – Hyppocrates, volto a migliorare l’integrazione tra i servizi ospedalieri e quelli territoriali mediante l’uso della telemedicina²⁹.

La Medicina di genere in Veneto è stata istituzionalizzata già nel 2009, con la nascita del Centro Studi Nazionale su Salute e Medicina di Genere in seno all’Azienda Ospedaliera Università di Padova. Obiettivo del Centro era quello di lanciare, diffondere, approfondire e, soprattutto, stimolare la ricerca e la conoscenza nel campo delle differenze di genere in medicina. La tematica della salute e medicina di genere è presente anche trasversalmente nei Piani Socio-Sanitari Regionali a partire dal 2012, quando è stato istituito un Centro Regionale per la Medicina di Genere che faceva capo alla UOC di Medicina Generale, Azienda Ospedale Università di Padova. L’approccio di genere è considerato un aspetto rilevante sia nel Piano Socio-Sanitario Regionale 2019-2023³⁰ che nel Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025³¹.

Punti aperti e raccomandazioni

La necessità di opportuna e puntuale formazione degli operatori sanitari è il presupposto cardine sia della Medicina genere-specifica (cultura, ricerca scientifica e clinica, linguaggio, sensibilità di approccio), sia della Medicina digitale (definizione dei termini, utilizzo pratico e approccio al paziente attraverso gli strumenti proposti).

La diffusione della sensibilità di genere, l'aggiornamento del linguaggio e della cultura tra i comunicatori, i giornalisti, le associazioni pazienti e i caregiver e tra la popolazione generale dovrebbe essere il successivo, naturale, passaggio verso la consapevolezza della Medicina genere-specifica.

È raccomandabile ed urgente la revisione dei PDTA in ottica di genere, integrandone l'approccio in ogni fase (preventivo, diagnostico, terapeutico, prognostico, assistenziale...), così come la contestuale digitalizzazione del processo, a supporto del medico nell'identificazione dei diversi step genere-specifici.

La strutturazione dei supporti di telemedicina deve essere opportuna sia per il medico che per il paziente e costituire un guadagno di tempo e un'agevolazione per entrambi. La prenotazione di visite ed esami attraverso strumenti digitali online andrebbe rapidamente implementata in tutto il territorio nazionale, con facilitazioni per le persone più fragili.

Gli strumenti di digital health dovrebbero essere sempre sviluppati, coinvolgendo i pazienti quali utilizzatori, opportunamente rappresentati per genere.

Relativamente alla digital health e all'intelligenza artificiale, gli algoritmi devono essere costruiti da team con rappresentatività di genere e conoscenze mediche, a partire dalla semeiotica medica, come integrazione della medicina tradizionale con il paziente al centro. Infatti, la semeiotica medica e la visita medica completa sono il presupposto del rapporto con il paziente, su cui gli strumenti della digitalizzazione possono operare.

Conclusioni

L'importanza e l'attualità di entrambe le aree, Medicina di genere e Medicina digitale, sono indiscusse ed evidenti.

In ottica di equità di accesso alla salute, la digitalizzazione in corso in questa fase storica, che presto (auspicabilmente) coinvolgerà la revisione dei PDTA, dovrà essere declinata in ottica di genere in ogni fase.

Perché questo sia possibile, la formazione trasversale di tutti gli operatori sanitari sulla Medicina genere-specifica, a partire dal linguaggio e dalla cultura di genere, e sull'utilizzo degli strumenti di Medicina digitale è essenziale e primaria.

La prospettiva dovrà, inoltre, comprendere la semplificazione delle procedure che la digitalizzazione può offrire, quale, in primis, il consolidamento degli strumenti di prenotazione di visite ed esami online accessibili a tutta la popolazione e strutturati in ottica di facilitarne l'utilizzo in considerazione delle caratteristiche dell'utilizzatore.

Bibliografia e Sitografia

1. EpiCentro. Medicina di genere. Accessed February 1, 2022. <https://www.epicentro.iss.it/medicina-di-genere/cosa-e>
2. Healy B. The Yentl syndrome. *N Engl J Med.* 1991;325(4):274-276. doi:10.1056/NEJM199107253250408
3. Baggio G. From gender medicine to gender-specific medicine | Italian Journal of Gender-Specific Medicine. Accessed September 7, 2022. <https://www.gendermedjournal.it/archivio/1990/articoli/21548/>
4. Baggio G, Corsini A, Floreani A, Giannini S, Zagonel V. Gender medicine: a task for the third millennium. *Clin Chem Lab Med.* 2013;51(4):713-727. doi:10.1515/cclm-2012-0849
5. Definizioni e caratteristiche dei prodotti di Salute Digitale, Medicina Digitale e Terapia Digitale. Accessed June 29, 2022. <https://web.uniroma1.it/stitch/sites/default/files/allegati/Tabella%201.pdf>
6. Cirillo D, Catuara-Solarz S, Morey C, et al. Sex and gender differences and biases in artificial intelligence for biomedicine and healthcare. *NPJ Digit Med.* 2020;3:81. doi:10.1038/s41746-020-0288-5
7. Digital health. Accessed February 3, 2022. https://www.who.int/health-topics/digital-health#tab=tab_2
8. Piano Nazionale Ripresa Resilienza. Accessed February 4, 2022. <https://www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR.pdf>
9. Gazzetta Ufficiale DECRETO-LEGGE 27 gennaio 2022, n. 4 Misure urgenti in materia di sostegno alle imprese e agli operatori economici, di lavoro, salute e servizi territoriali, connesse all'emergenza da COVID-19, nonche' per il contenimento degli effetti degli aumenti dei prezzi nel settore elettrico. Accessed March 25, 2022. <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/01/27/22G00008/sg>
10. PDTA_per_La_Sclerosi_Multipla_-_Indicazioni_per_la_creazione_delle_reti_di_assistenza_31.1.22.pdf. Accessed March 25, 2022. https://www.agenas.gov.it/images/agenas/ln%20primo%20piano/PDTA/PDTA_per_La_Sclerosi_Multipla_-_Indicazioni_per_la_creazione_delle_reti_di_assistenza_31.1.22.pdf
11. Gendered patterns in use of new technologies. European Institute for Gender Equality. Accessed April 19, 2022. <https://eige.europa.eu/publications/gender-equality-index-2020-report/gendered-patterns-use-new-technologies>
12. Goswami A, Dutta S. Gender Differences in Technology Usage—A Literature Review. *Open J Bus Manag.* 2015;4(1):51-59. doi:10.4236/ojbm.2016.41006
13. DESI | Shaping Europe's digital future. Accessed April 19, 2022. <https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/policies/desi>
14. Lupton D, Maslen S. How Women Use Digital Technologies for Health: Qualitative Interview and Focus Group Study. *J Med Internet Res.* 2019;21(1):e11481. doi:10.2196/11481
15. Seehusen DA, Bowman MA, Neale AV. Well-Being, New Technologies, and Clinical Evidence for Family Physicians. *J Am Board Fam Med JABFM.* 2020;33(3):347-349. doi:10.3122/jabfm.2020.03.200105
16. Ministero Della Salute. Piano per l'applicazione e La Diffusione Della Medicina Di Genere (in Attuazione Dell'articolo 3,Comma 1, Legge 3/2018).; 2019.
17. Putignano D, Bruzzese D, Orlando V, Fiorentino D, Tettamanti A, Menditto E. Differences in drug use between men and women: an Italian cross sectional study. *BMC Womens Health.* 2017;17(1):73. doi:10.1186/s12905-017-0424-9
18. Wallis CJD, Jerath A, Coburn N, et al. Association of Surgeon-Patient Sex Concordance With Postoperative Outcomes. *JAMA Surg.* Published online December 8, 2021. doi:10.1001/jamasurg.2021.6339
19. Ferroni E, Mangia C. [State of the art and prospects of gender medicine during the COVID-19 pandemic]. *Epidemiol Prev.* 2021;45(1-2):16-18. doi:10.19191/EP21.1-2.P016.031
20. Bucciarelli V, Nasi M, Bianco F, et al. Depression pandemic and cardiovascular risk in the COVID-19 era and long COVID syndrome: Gender makes a difference. *Trends Cardiovasc Med.* 2022;32(1):12-17. doi:10.1016/j.tcm.2021.09.009
21. Regione Piemonte. Deliberazione della Giunta Regionale 3 luglio 2020, n. 6-1613. Prima attivazione dei servizi sanitari di specialistica ambulatoriale erogabili a distanza (Televisita). Accessed February 14, 2022. http://www.regione.piemonte.it/governo/bollettino/abbonati/2020/29/attach/dgr_01613_1050_03072020.pdf
22. REGIONE PIEMONTE BU49 03/12/2020 Telemedicina. Accessed May 31, 2022. http://www.regione.piemonte.it/governo/bollettino/abbonati/2020/49/attach/dgr_02318_1050_20112020.pdf
23. Telemedicina Osservatorio Sistema Salute Piemonte. Accessed May 31, 2022. <https://www.sistemasalutepiemonte.it/index.php/tecnologie/telemedicina>
24. Regione Piemonte. Deliberazione della Giunta Regionale 12 novembre 2021, n. 17-4075 Recepimento del "Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere." Accessed February 14, 2022. https://www.farindustria.it/app/uploads/2021/12/DGR-17-4075_2021-recep.to-piano-medicina-di-genere-e-gruppo-tecnico.pdf
25. Medicina di genere, individuati i referenti per ogni Asl. Accessed May 31, 2022. <http://www.cr.piemonte.it/web/comunicati-stampa/comunicati-stampa-2022/528-gennaio-2022/10551-medicina-di-genere-individuati-i-referenti-per-ogni-asl>
26. Seduta n. 120 del 05/08/2020. Accessed May 31, 2022. <https://www.regione.lombardia.it/wps/portal/istituzionale/HP/istituzione/Giunta/sedute-delibere-giunta-regionale/DettaglioSedute/seduta-120-legislatura-11>
27. Garavaglia M, Melazzini M, Parolini M, et al. VIVIANA BECCALOSSI SIMONA BORDONALI MARIA CRISTINA CANTU' CRISTINA CAPPELLINI GIOVANNI FAVA. :248.
28. Dettaglio Deliberazione della Giunta Regionale - Bollettino Ufficiale della Regione del Veneto. Accessed May 31, 2022. <https://bur.regione.veneto.it/BurvServices/pubblica/DettaglioDgr.aspx?id=419799>
29. Dettaglio Deliberazione della Giunta Regionale - Bollettino Ufficiale della Regione del Veneto. Accessed May 31, 2022. <https://bur.regione.veneto.it/BurvServices/pubblica/DettaglioDgr.aspx?id=465956>

-
30. Srl QW. Salute e medicina di genere - SER Veneto. Salute e medicina di genere - SER Veneto. Accessed February 14, 2022. <https://www.ser-veneto.it/it/aree-tematiche/determinanti-socio-economici-e-medicina-di-genere/Salute-e-medicina-di-genere>
 31. DGR_1858_2021_Allegato_A_veneto. PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2020-2025. Accessed September 20, 2022. https://www.salute.gov.it/portale/prevenzione/DELIBERE_PRP_2020-2025/Veneto/DGR_1858_2021_Allegato_A_veneto.pdf

Un progetto di



Con il contributo non condizionante di

