



EX-Health

Documento di Posizione

Italia del Sud: Campania, Abruzzo, Puglia, Calabria, Sicilia

SOMMARIO

I

Ex-Health: Documento di Posizione

Italia del Sud:
Campania, Abruzzo, Puglia, Calabria, Sicilia

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 Sud Italia

Campania _____ **6**

Abruzzo _____ **6**

Puglia _____ **6**

Calabria _____ **7**

Sicilia _____ **8**

9

Punti aperti e raccomandazioni

10

Conclusioni

11

Bibliografia e Sitografia

Autori

- **Gioacchino Calapai**, Professore Ordinario di Farmacologia, Università degli Studi di Messina
- **Fabio Cartabellotta**, Direttore UOC Medicina Interna Ospedale Buccheri La Ferla Palermo, Responsabile Rete HCV Sicilia
- **Gaetano D'Onofrio**, Direttore Sanitario aziendale dell'AORN "Cardarelli", Napoli
- **Caterina Ermio**, Presidente Commissione Medicina di Genere, Ordine dei Medici di Catanzaro, Referente Regionale per la Medicina di Genere
- **Gabriella Fabbrocini**, Professore di malattie cutanee e veneree, Università di Napoli "Federico II", referente App Date Psoriasi
- **Luca Gallelli**, Professore Ordinario di Farmacologia, Università Magna Graecia di Catanzaro
- **Lia Ginaldi**, Direttore UOC Allergologia ed Immunologia ASL Teramo, Professore Ordinario, Università de L'Aquila, Referente Regionale per la Medicina di Genere
- **Florenzo Iannone**, Professore Ordinario di Reumatologia dell'Università di Bari
- **Anna Maria Moretti**, Presidente nazionale Società Scientifica GISEG, Componente Osservatorio Nazionale della Medicina di genere
- **Maria Triassi**, Professore Ordinario di Igiene, Preside Medicina Federico II, Presidente Tavolo Regionale per la Medicina di Genere

Perché la X: Medicina di genere

La medicina di genere costituisce, oggi, una dimensione trasversale del sapere medico ed un criterio complesso di ricerca scientifica, fondamentali per valutare l'influenza del sesso e del genere sulla fisiopatologia umana e sulla sintomatologia clinica. Inoltre, essa appare necessaria per garantire equità, appropriatezza delle cure e una corretta programmazione sanitaria.

La medicina di genere è nata nel 1991, anno in cui Bernardine Healy cardiologa e all'epoca prima Direttrice donna del National Institute of Health americano, in un editoriale pubblicato su *New England Journal* constataba una sistematica sottovalutazione dei sintomi infartuali nelle donne, un sottoutilizzo di procedure interventistiche e dispositivi salvavita e, a parità di diagnosi nell'uomo, un numero inferiore di giorni di degenza². Sottolineava quindi che, troppo spesso le donne erano poco valutate, oltre che nella ricerca e nell'assistenza sanitaria, anche nell'attenzione alla istruzione, nelle relazioni sociali, nella politica e in ambito economico². Questo Editoriale ha fatto molto scalpore ed ha cambiato le conoscenze del problema dando impulso alla ricerca e alla pratica clinica. Venticinque anni dopo l'American Heart Association, partendo dai presupposti di Healy, pubblicava uno studio dal quale emergeva come la mortalità da infarto del miocardio nelle donne, fosse più elevata rispetto a quella degli uomini, verosimilmente a causa di evidenti bias nell'approccio metodologico, clinico e terapeutico alla malattia quali mancata conoscenza e considerazione delle differenze di genere in ambito di fattori di rischio, sintomatologia ed appropriatezza delle cure. Lo studio sottolineava la necessità di modelli di cura innovativi, personalizzati in base alle caratteristiche non solo biologiche ma anche fisiologiche e psicosociali delle donne³. Ma studi successivi evidenziavano lo stesso "gender bias" per patologie che, se pur più rappresentate nelle donne, potevano colpire anche l'uomo. Il carcinoma della mammella che nel Mondo Occidentale colpisce circa 1 uomo ogni 100 donne, ha una prognosi peggiore nell'uomo legata soprattutto al ritardo diagnostico e ad una terapia studiata specificamente per il sesso femminile⁴. Altro tipico esempio di malattia più frequentemente presente nel sesso femminile è l'osteoporosi sottovalutata, sottodiagnosticata e sottotrattata nell'uomo che, per quanto ne sia affetto meno frequentemente, presenta un rischio di mortalità da frattura dell'anca superiore a quello della donna⁵.

Più recentemente, nel corso della pandemia da COVID-19 sono state dimostrate numerose differenze di genere sia in ambito di prevalenza di malattia che di mortalità nei due sessi. La ricerca scientifica ha evidenziato significative differenze nei meccanismi biologici capaci, in parte, di spiegare le differenze nello sviluppo e nella gravità dell'infezione. Se da una parte è stata descritta una maggiore diffusione dell'infezione tra le donne, anche perché più esposte a professioni a rischio (infermiere, operatrici sanitarie, badanti), dall'altra parte è stata documentata una maggiore mortalità nell'uomo: la donna infatti è più attenta a stili di vita e fattori di rischio (fumo, alcol) che trasferisce alla famiglia. Nei due sessi sono descritte anche differenze biochimiche, immunologiche e genetiche. Il recettore di membrana ACE 2 lega, internalizza e blocca la successiva entrata del virus nella cellula e gli estrogeni modulano questa azione positiva. Al contrario, il testosterone facilita l'infezione delle cellule stimolando la proteina di membrana TMPRSS2 capace di legare SARS-CoV-2. Le manifestazioni caratteristiche del "Long covid" sembrano avere il doppio delle probabilità di manifestarsi nelle donne rispetto agli uomini, con un ulteriore effetto negativo sia sulla disabilità mentale che sulle preoccupazioni sociali e lavorative⁶. Significative differenze, durante la pandemia da COVID-19, sono state dimostrate nelle donne anche in ambito di manifestazioni psicologiche con un aumentato rischio di sviluppare disturbi mentali sia a breve che a lungo termine.

Queste evidenze hanno sottolineato la necessità di identificare nuovi biomarcatori prognostici e predittivi e nuovi target terapeutici specifici per sesso⁷.

L'aumento di aspettativa di vita alla nascita vede oggi un "vantaggio" di circa 4 anni di vita della donna. Negli ultimi 15 anni, in Italia, l'uomo ha incrementato tale parametro di più di 2,6 anni, mentre la donna di 1,3 anni, ma nelle donne tale incremento è caratterizzato da un maggiore carico di disabilità e malattia.

Oggi sappiamo che una attenzione particolare deve essere rivolta ad alcune considerazioni sociali che possono incidere sui differenti esiti di malattia e soprattutto informare l'opinione pubblica che alcune abitudini, quali la propensione delle donne a ridurre i tempi di ricovero e degenza a causa della responsabilità nei confronti della famiglia, di cui spesso è caregiver, e le più precarie condizioni economiche, costituiscono un indicatore significativo di differenze di esito e di sopravvivenza.

In questa dimensione nasce in Italia la prima Legge nel Mondo sulla Medicina di genere, che è stata promulgata nel gennaio 2018 e i cui decreti attuativi, firmati dal Ministro il 13 giugno 2019, sono pubblicati nel sito del Ministero della Salute (D.L. 3/2018 articolo 3⁸). Questa Legge cambia radicalmente la necessità di azione a livello italiano. Le Regioni, le Università, gli Ordini dei Medici, le Società Scientifiche, le Agenzie Regolatorie, le Industrie farmaceutiche dovranno organizzare prassi e formazione secondo le finalità della legge.

Nel gennaio 2021, come previsto dalla legge, è stato istituito l'Osservatorio Nazionale dedicato alla medicina di genere che "ha la funzione di monitorare l'attuazione delle azioni di promozione, applicazione e sostegno alla Medicina di genere previste nel Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di genere predisposto dal Ministero della Salute e dal Centro di riferimento per la medicina di genere dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) con la collaborazione di un Tavolo tecnico-scientifico di esperti regionali e dei referenti per la medicina di genere della Rete degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), nonché dell'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) e dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas)". L'ISS è stato individuato quale ente vigilato titolare dell'Osservatorio e garante della attendibilità e appropriatezza dei dati rilevati, anche con il coinvolgimento degli altri enti vigilati (IRCCS, AIFA, Agenas). 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.

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 6 gruppi di lavoro: percorsi clinici, ricerca, formazione, comunicazione, diseguaglianze, farmacologia di genere che presenteranno nelle due Plenarie nazionali annuali i programmi di Medicina 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.

Nonostante l'attenzione generale a questo ambito, attualmente non esistono linee guida e raccomandazioni in ottica di genere a cui i professionisti sanitari possano fare riferimento.

La sensibilità del Centro di Riferimento sulla Medicina di genere dell'Istituto Superiore di Sanità, del Centro Studi Nazionale su Salute e Medicina di Genere e del Gruppo Italiano Salute e Genere ha portato l'Italia alla formazione di una rete di Medicina genere-specifica. A questo nucleo hanno aderito FNOMCeO, alcune società scientifiche (SIMMG, FADOI, AIDM, SIOT ecc.) e questa collaborazione ha portato al moltiplicarsi di attività di sensibilizzazione e formazione sulla Medicina Genere-specifica.

Nel 2005 è stata fondata a livello internazionale la *International Gender Medicine Society*, che ha lo scopo di coordinare le Società Nazionali e stimolare la ricerca e la formazione tramite Congressi Internazionali biennali.

In Italia nel 2015 è stato fondato l'*Italian Journal of Gender-specific Medicine*, unica rivista scientifica internazionale sulle Medicina genere-Specifica.

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 umana⁹.

Dalle app mediche mobili e dai software che supportano le decisioni cliniche all'intelligenza artificiale e all'apprendimento automatico, la tecnologia digitale ha guidato una rivoluzione nell'assistenza sanitaria. Gli strumenti digitali per la salute hanno il grande potenziale di rendere più efficiente la diagnosi e la terapia di alcune patologie, migliorando nel contempo l'assistenza sanitaria domiciliare.

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 e la ricerca 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 l'implementazione del dialogo e degli scambi di informazione tra comunità scientifiche: 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 Paesi¹⁰.

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) sottolinea come la pandemia abbia inquadrato la sanità come area che richiede un significativo aggiornamento digitale. In tale ottica, il miglioramento, l'armonizzazione e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) rappresenta la 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 inadeguata integrazione tra servizi ospedalieri, servizi territoriali e servizi sociali;
- III tempi di attesa elevati per l'erogazione di alcune prestazioni;
- IV 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, in particolare per i pazienti di età superiore a 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 la telemedicina (con riferimento specifico ai pazienti cronici), la domotica, (digitalizzazione) e la realizzazione di un sistema informativo in grado di rilevare dati clinici in tempo reale¹¹.

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 scalabili¹¹.

A partire dall'emissione del Decreto Legge n. 4 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"¹², Agenas 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 (PDTA) è stato pubblicato nel febbraio 2022 come "PDTA per La Sclerosi Multipla, Indicazioni per la creazione delle reti di assistenza" e definisce gli standard di riferimento per la tele visita e la telecooperazione¹³.

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 di Medicina di genere e Medicina digitale, lo scopo 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 utile a mitigare se non eliminare le annose lacune evidenziate dalle tante analisi intercorse negli anni sulla Medicina di genere^{6,7,14-16}.

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 coinvolgendo 9 stakeholders. Il punto di vista di tali interlocutori è stato raccolto mediante intervista e le successive risposte sono state elaborate e portate a sintesi mediante la S.W.O.T. analysis, cioè a dire l'analisi dei punti di forza (strengths), delle debolezze (weaknesses), delle opportunità (opportunities) e delle minacce (threats).
- 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: Medicina di genere, Reumatologia, Dermatologia, Telemedicina/Innovazione, Farmacia Ospedaliera, Cronicità/Patient advocacy. 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 Sud Italia

Campania

Relativamente alla Medicina digitale la Regione Campania ha emesso a gennaio 2021 la Delibera della Giunta Regionale con le linee di indirizzo regionali sull'attivazione dei servizi sanitari erogabili a distanza (telemedicina) e sull'impiego nell'ambito del sistema sanitario regionale campano¹⁷. La Delibera stabilisce le disposizioni in accordo con le "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina"¹⁸ e che le Aziende sanitarie pubbliche e private accreditate dovranno utilizzare la Piattaforma Telemedicina Sinfonia, integrata secondo quanto descritto nel documento.

Durante la prima ondata COVID-19 è stato attivato dalla ASL Napoli 3 un servizio di telemonitoraggio delle persone con patologie croniche (diabete, patologie cardiovascolari, polmonari, psichiatriche, neurologiche, terapie del dolore, chemioterapie) o in trattamento per lunghi periodi, mantenendo la continuità dei servizi e garantendo isolamento, quarantena e rispetto delle norme di distanziamento sociale. Il servizio permetteva sia il monitoraggio della patologia preesistente e l'erogazione di visite specialistiche da remoto, sia la comparsa o l'evoluzione di sintomi riconducibili al COVID-19.

Inoltre, l'Università degli Studi di Napoli "Federico II" ha sviluppato una App che permette il teleconsulto tra le strutture territoriali e il centro di eccellenza. Attraverso un'apposita piattaforma on-line che consente anche collegamenti video, è stato reso disponibile un sistema di applicazioni e servizi informatici finalizzati alla gestione di ogni aspetto della visita medica, a partire dall'appuntamento presso il centro di riferimento, fino alla gestione di ogni fase della patologia, dalla diagnosi ai percorsi terapeutici¹⁹.

Sempre nello specifico dell'Università di Napoli "Federico II" numerosi sono stati gli ambulatori che hanno aderito all'assistenza in telemedicina²⁰, tra i quali spiccano ambulatori da anni dedicati a tematiche care alla Medicina di genere come l'ambulatorio di endocrinologia della donna e l'ambulatorio della medicina della riproduzione e della sessualità, di andrologia endocrinologica e disforia di genere, con spiccata impronta allo studio delle differenze biologiche e psicosociali di sesso e di genere.

In accordo con il Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere¹⁴, la Regione Campania ha emesso una Delibera che dettaglia il "Recepimento del piano per l'applicazione e la diffusione della medicina di genere"²¹ ed ha istituito il Tavolo di Lavoro per la Medicina di Genere²².

Abruzzo

Il Piano della Regione Abruzzo per la Medicina di genere 2021²³ recepisce le indicazioni del Piano Nazionale¹⁴ e definisce le linee di indirizzo programmatico secondo un approccio interdisciplinare multispecialistico tra le diverse aree mediche e sociali, al fine di promuovere e sostenere la pianificazione di servizi e percorsi clinici orientati al genere per procedure diagnostiche terapeutiche personalizzate, l'insegnamento della disciplina presso gli operatori sanitari, la ricerca biomedica/farmacologica/psicosociale basata sulla valorizzazione dei determinanti di genere, e, infine, l'informazione pubblica. La Delibera della Giunta Regionale del gennaio 2022 approva il Piano sottolinea che ogni ASL dovrà istituire un tavolo tecnico aziendale per ridefinire i PDTA in chiave di genere, promuovere collaborazioni anche interregionali sul tema, e, non ultimo, sviluppare nuovi applicativi sul fronte della telemedicina che tengano conto delle differenze di genere e per facilitino l'accesso alle prestazioni sanitarie in modo omogeneo in tutta la regione, con particolare attenzione alle disparità che riguardano il genere, l'età, il livello socioculturale degli individui e le diverse etnie presenti sul territorio²⁴. I PDTA sono in revisione in ottica di genere.

Relativamente alla Medicina digitale, le "Linee operative per lo sviluppo dei servizi di telemedicina" sono entrate in vigore nell'agosto 2020²⁵. Tra le iniziative locali, è stata sviluppata una app di monitoraggio dell'aderenza alla terapia che permette anche l'implementazione di studi di fase IV di correlazione tra aderenza ed efficacia clinica²⁶.

Puglia

La Puglia è stata la prima Regione a inaugurare una propria centrale operativa di telemedicina nell'ottobre 2021: COREHealth (Centrale Operativa Regionale di Telemedicina delle cronicità e delle reti cliniche), istituita presso

l'Agenzia regionale strategica per la salute e il sociale (ARESS) con il supporto del Policlinico di Bari²⁷. Il principale obiettivo è la riduzione di ospedalizzazioni e visite in ambulatorio, in accordo con il PNRR¹¹. La Centrale mette a disposizione del team di cura (composto da medici e infermieri) una piattaforma cloud per la gestione telematica dei pazienti offrendo servizi digitalizzati per la presa in carico, la personalizzazione e gestione dei piani di cura dei pazienti. Il team di cura, in base alle esigenze del paziente, fornisce il kit di dispositivi (tablet, saturimetro, multiparametrico, bilancia ecc) che consentono la rilevazione e il monitoraggio dei parametri e che, in caso di necessità, aziona il sistema automatico di allarme. La relativa app permette al paziente di restare in contatto con il proprio medico specialista e con il caregiver tramite videochiamate e chat, può consultare l'agenda delle televisite programmate, visualizzare il piano terapeutico e inserire i parametri vitali da comunicare al medico in tempo reale²⁷. L'operatività è regolata dalle Linee di indirizzo deliberate dalla Direzione Generale di ARESS nell'aprile 2021²⁸.

Iniziativa specifica erano già presenti iniziative di utilizzo della telemedicina che permettevano la lettura e monitoraggio del dato glicemico in pazienti diabetici e un servizio di teleassistenza in pazienti con servizi di domiciliare di nutrizione enterale/parenterale. Inoltre, è stata sviluppata la piattaforma CORReRe (Consulenza Remota Reumatologica Regionale) per la consulenza remota in reumatologia²⁹, che ha sviluppato un sistema integrato di cartella clinica elettronica ed applicazione smartphone dedicata per il monitoraggio in telemedicina di pazienti affetti da artriti croniche. La piattaforma consente al paziente di interagire con il proprio centro di riferimento in remoto e in particolare permette di compilare e trasferire in autonomia i questionari di valutazione in remoto alla cartella clinica ambulatoriale e l'integrazione diretta degli stessi con i dati preesistenti, diminuendo drasticamente il tempo dedicato a televisita e prescrizione (15 minuti circa, che potrebbero raggiungere i 45 minuti se al paziente non fosse consentito di inserire autonomamente i propri dati nella prima fase). È previsto lo sviluppo di una analoga applicazione per PC/computer utilizzabile se il paziente necessita il supporto di un "caregiver".

Nel giugno 2011 la Regione Puglia ha istituito un tavolo tecnico sulla medicina di genere ed ha affidato alla Società Scientifica GISeG³⁰ la responsabilità della programmazione e del controllo delle attività.

La Puglia è stata tra le prime Regioni a inserire il tema Medicina di genere nel Piano Sanitario Regionale, prevedendo un'attività formativa professionale permanente e istituendo una Commissione regionale per la Salute e Medicina di genere.

L'Ordine dei Medici della Provincia di Bari, in collaborazione con GISeG, ha istituito un Osservatorio sulla Medicina di genere, di cui fanno parte specialisti in numerose discipline, con l'obiettivo di stimolare la formazione di Medici ed Operatori Sanitari mediante organizzazione di numerosi eventi formativi. È stato istituito inoltre l'insegnamento della Medicina di genere negli audit di ricerca in Medicina generale ed è stato prodotto un Master dedicato alla conoscenza delle differenti manifestazioni cliniche e radiologico-funzionali nei due sessi in alcune specifiche patologie (embolia polmonare, sclerosi laterale amiotrofica, patologie della tiroide). Sul sito web dell'Ordine è stato creato un banner, identificato da uno specifico logo, per veicolare in tempo reale informazioni utili a tutti gli iscritti all'Ordine professionale.

Grazie alla collaborazione fra Osservatorio Epidemiologico Regionale (OER-Puglia) e la Società Scientifica GISeG, sono stati pubblicati documenti sull'impatto dell'ospedalizzazione per broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) ed embolia polmonare nella Regione Puglia secondo indicatori di genere. Sono stati promossi numerosi eventi formativi sul territorio regionale, corsi di alta formazione³¹⁻³⁵.

In data 07 dicembre 2018 è stato sottoscritto un Accordo Quadro fra Università degli Studi di Bari "Aldo Moro" e la Società scientifica "Gruppo italiano Salute e Genere-GISeG" con la finalità di collaborare per individuare linee ed indicazioni di intervento in ambito di Medicina di genere.

La ASL di Barletta-Andria-Trani ha previsto all'interno del piano di performance la valorizzazione del "Bilancio di genere", che misura la performance sia secondo parametri interni (parità di genere nelle carriere), che per fattori esterni (misurazione ricoveri uomo-donna, età).

Calabria

La Legge regionale del dicembre 2021 che istituisce l'ente di governance "Azienda per il Governo della Sanità della Regione Calabria – Azienda Zero" prevede, anche, che questa abbia in carico la gestione e lo sviluppo

del sistema informativo di telemedicina di omogeneizzazione e sviluppo del sistema. Tra le attività in corso, si segnala il progetto di telemedicina dedicato ai pazienti COVID-19 sviluppato in collaborazione con il Policlinico Universitario Gemelli di Roma. L'obiettivo è quello di alleggerire la pressione sulla rete ospedaliera attraverso le dimissioni e una successiva assistenza domiciliare ad hoc per i pazienti COVID-19 meno gravi, che possono senza alcun rischio essere curati e seguiti da remoto dal personale sanitario³⁶.

Inoltre, da Marzo 2022 è partito presso l'AOU Mater Domini di Catanzaro un progetto pubblico di teleambulatori medici di quasi tutte le branche dalla farmacologia clinica (con teleambulatorio di medicina del dolore, tossicologia clinica, deprecrizione e sensibilità chimica multipla) alla gastroenterologia, pneumologia, medicina interna, psichiatria, cardiocirurgia, etc che consente di monitorare l'outcome clinico dei pazienti già sottoposti a prima visita. Ciò consente di ridurre le liste di attesa sia delle prime visite che dei controlli migliorando l'aderenza dei pazienti al percorso di cure.

Sono attive, inoltre, piattaforme private per la televisita in vari ambiti terapeutici.

Relativamente alla Medicina di genere, il Tavolo Tecnico è stato istituito nel novembre 2020, con il Decreto Dirigenziale di ridefinizione del tavolo tecnico scientifico regionale per la medicina di genere (TTRMG)³⁷ e vari ordini della FNOMCEO hanno istituito le commissioni della medicina di genere.

Sicilia

Numerose sono le attività della Regione Sicilia basate sulla telemedicina³⁸: servizio di prenotazioni, ritiro referti, "teleriabilitazione"; cartella clinica Rete Reg HCV; sistema prescrizione biologici. La rete regionale per l'HCV è basata su un sistema web di gestione della cartella clinica del paziente a cui possono accedere tutti i centri di epatologia della Sicilia e che prevede, a cui hanno accesso anche i medici di medicina generale, oggi gli epatologi, internisti e gastroenterologi hanno ampliato il network con la neoplasia primitiva del fegato, la colangite biliare primitiva e la Steatoepatite non alcolica (NASH) i dati vengono raccolti su un database web-based (www.sintesihepatology.org) dove sono registrati migliaia di pazienti.

Altra esperienza virtuosa è quella del "PT Reuma", che non è solo un sistema di prescrizione di biologici, ma una vera cartella clinica informatizzata sulle principali patologie reumatologiche della Rete Reumatologica siciliana anche questa raccoglie migliaia di pazienti.

Questi "Big data" possono essere analizzati per confermare le conoscenze, spesso solo ipotizzate e che quindi potranno essere confermate.

Il Dipartimento di Medicina Interna dell'Ospedale Buccheri La Ferla di Palermo assicura ai pazienti un servizio di telemedicina che comprende le attività di prenotazione, ritiro referti, "teleriabilitazione", invio di messaggi di monitoraggio ai pazienti.

Parte dei servizi saranno direttamente accessibili da parte del paziente.

Il Tavolo tecnico regionale di coordinamento per la medicina di genere è stato istituito nell'aprile 2021 con Decreto Assessoriale "Approvazione del Piano regionale per l'applicazione e la diffusione della Medicina di genere"³⁹. Sono in corso, sotto la guida dei referenti nominati dalle singole Aziende, attività formative sul tema.

Punti aperti e raccomandazioni

Formazione: la chiarezza di informazioni e un'adeguata formazione al personale sanitario è essenziale, sia per la Medicina di genere (a partire dalle definizioni), che per la Medicina digitale (in particolare su come cambia il rapporto con il paziente e come gestire la transizione).

Indicatori: La valutazione dell'efficacia delle soluzioni proposte in ottica di genere può avvenire solo se i corretti indicatori sono definiti a priori. Esempi di indicatori che possono avere un impatto sulla valutazione sono:

- Indicatori biologici: sesso, età, etnia (in particolare se a questa conseguono vincoli di comunicazione o di opzioni terapeutiche), biomarcatori specifici di patologia
- Indicatori di contesto della realtà culturale e della condizione socioeconomica del singolo paziente
- Indicatori di programmazione sanitaria (personale, strutture disponibili) e di organizzazione
- indicatori di efficacia delle cure, quali il benessere dei medici riconosciuto come un indicatore della qualità dell'assistenza e la soddisfazione del paziente.
- Indicatori delle diversità, quali l'indice di deprivazione

PDTA: L'inserimento della Medicina di genere nei PDTA e la digitalizzazione degli stessi dovrebbe essere un obiettivo delle Direzioni Generali delle Aziende Ospedaliere. Il PDTA può essere appropriatamente declinato per genere se sono stati correttamente definiti e previsti gli indicatori, biologici (generici e di patologia), e non biologici. L'inserimento di un referente della Medicina di genere nel gruppo di lavoro dovrebbe essere mandatorio. La digitalizzazione dei percorsi dovrebbe prevedere sistemi di allerta in presenza di fattori di rischio o fragilità (anche di genere) e la possibilità di riferire direttamente il paziente (prenotando la prestazione).

Semplificazione: L'uso degli strumenti di digital health quali mezzi di semplificazione della vita (in particolare della donna nella veste di caregiver e/o di lavoratrice), in particolare delle procedure burocratiche (in primis nella prenotazione di visite ed esami), nel miglioramento del monitoraggio, nell'implementazione dei sistemi di "allert" e "reminder" per visite ed esami di controllo e per la facilitazione delle prenotazioni degli stessi.

Clinica: Alcune discipline emergono, per loro natura e specificità, come particolarmente affine a digitalizzazione e declinazione per genere. Relativamente alla **Reumatologia**, viene infatti rilevata, da chi ha ideato e sviluppato il progetto CORReRe, l'urgenza e l'opportunità di identificare subito gli indicatori di genere appropriati alla Reumatologia e di inserirli nella corrente revisione dei Percorsi e nella prossima versione del progetto CORReRe. Tale "sforzo" permetterà la valutazione dei dati disaggregati per genere si potrà analizzare la ricaduta dell'intervento in termini di appropriatezza, efficacia, sicurezza e impatto economico. Parallelamente, l'esperienza del tavolo di lavoro ha confermato come la **Dermatologia** possa utilizzare proficuamente gli strumenti di digital health che permettono la televisita e il teleconsulto, ed ha sottolineato la necessità di implementarne lo sviluppo in ottica di genere e in considerazione le diversità di genere che influenzano la storia naturale, le caratteristiche biologiche, la farmacogenetica e il trattamento delle malattie della pelle.

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 inserendo gli opportuni indicatori 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, è essenziale e primaria. La revisione in ottica di genere dei percorsi è di particolare urgenza nelle aree terapeutiche, quali la Reumatologia o la Dermatologia, in cui è già in parte in corso un cambiamento di mindset genere specifico: in passato la prevalenza di alcune patologie era nettamente differente tra maschi e femmine. La differenza è stata in parte riassorbita dopo che è migliorato l'approccio diagnostico per sintomi riferiti, per fenotipo della patologia in ottica di genere, con conseguente miglioramento dell'accesso alle visite e alle cure. Ciononostante, il ritardo diagnostico nelle donne è notevole per varie patologie. Anche l'approccio terapeutico in gravidanza deve essere ben definito e divulgato, come ampiamente dimostrato dall'esperienza della Società Italiana di Reumatologia. 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. Mehta LS, Beckie TM, DeVon HA, et al. Acute Myocardial Infarction in Women: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation.* 2016;133(9):916-947. doi:10.1161/CIR.0000000000000351
4. Hassett MJ, Somerfield MR, Baker ER, et al. Management of Male Breast Cancer: ASCO Guideline. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol.* 2020;38(16):1849-1863. doi:10.1200/JCO.19.03120
5. Rinonapoli G, Ruggiero C, Meccariello L, Bisaccia M, Ceccarini P, Caraffa A. Osteoporosis in Men: A Review of an Underestimated Bone Condition. *Int J Mol Sci.* 2021;22(4):2105. doi:10.3390/ijms22042105
6. 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
7. 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
8. Boldrini P, Signani F. Legge 11 Gennaio 2018, n.3, Art.3: Disposizioni Sulla Medicina Di Genere Da Pp. 336–46. In: Fondazione Nilde Iotti. *Le Leggi Delle Donne Che Hanno Cambiato l'Italia.* 2nda ed. Ediesse; 2019.
9. 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>
10. Digital health. Accessed February 3, 2022. https://www.who.int/health-topics/digital-health#tab=tab_2
11. Piano Nazionale Ripresa Resilienza. Accessed February 4, 2022. <https://www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR.pdf>
12. 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>
13. 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
14. 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.
15. 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
16. 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
17. Delibera della Giunta Regionale Campania n. 6 del 12/01/2021. Accessed February 10, 2022. <http://www.aiopcampania.it/public/normativa/9ef601a36f9c44f28640438d3a1ee57f.pdf>
18. Appendice - Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina - AGENAS. Accessed February 14, 2022. <https://www.agenas.gov.it/component/k2/appendice-indicazioni-nazionali-per-l%E2%80%99erogazione-di-prestazioni-in-telemedicina>
19. App-Date Psoriasi = | In Ateneo. Accessed February 10, 2022. <https://www.unina.it/-/19897561-app-date-psoriasi>
20. Telemedicina - Federico II. www.policlinico.unina.it. Accessed April 27, 2022. <https://www.policlinico.unina.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/3328>
21. Regione_Campania. RECEPIMENTO PIANO PER L'APPLICAZIONE E LA DIFFUSIONE DELLA MEDICINA DI GENERE. Published online May 26, 2021. <http://burc.regione.campania.it>
22. Tavolo regionale per la Medicina di Genere - Regione informa - Regione Campania. Accessed February 10, 2022. <http://www.regione.campania.it/imprese/it/news/regione-informa/tavolo-regionale-per-la-medicina-di-genere>
23. [allegato_pr_abruzzo_medicina_di_genere_2021.pdf](https://sanita.regione.abruzzo.it/sites/default/files/allegato_pr_abruzzo_medicina_di_genere_2021.pdf). Accessed April 6, 2022. https://sanita.regione.abruzzo.it/sites/default/files/allegato_pr_abruzzo_medicina_di_genere_2021.pdf
24. DGR_14. Piano della Regione Abruzzo per la Medicina di Genere 2021. Accessed April 6, 2022. https://sanita.regione.abruzzo.it/sites/default/files/dgr_14.pdf
25. DGR Abruzzo n. 481 del 05/08/2020 Linee operative per lo sviluppo dei servizi di telemedicina. Regione Abruzzo. Published August 12, 2020. Accessed April 6, 2022. <https://www.regione.abruzzo.it/content/dgr-n-481-del-05082020>
26. Pharmadd.it. Accessed April 6, 2022. <https://pharmadd.it/>
27. Arriva COREHealth, la prima Centrale Operativa Regionale di Telemedicina - Salute, sport e buona vita. Accessed February 11, 2022. <https://www.regione.puglia.it/web/salute-sport-e-buona-vita/-/arriva-corehealth-la-prima-centrale-operativa-regionale-di-telemedicina>
28. AReSS_Puglia. Linee di Indirizzo per la Gestione delle Prestazioni Ambulatoriali di Telemedicina. Deliberazione del Direttore Generale N. 65/2021. <https://www.sanita.puglia.it/documents/45631926/45815728/Deliberazione+del+Direttore+General+e+n.+65+del+07.04.2021/773075e8-6a37-4ef9-a1a1-733d96aeac2f>
29. PROGETTO CORReRe (CONSULENZA REMOTA REUMATOLOGICA REGIONALE) — Emergenza Trapianti di Organi. Università degli Studi di Bari Aldo Moro. Accessed February 11, 2022. <https://www.uniba.it/ricerca/dipartimenti/deto/>

- ricerca/avvisi/avviso-per-la-ricerca-di-sponsor-per-finanziare-il-progetto-correre-consulenza-remota-reumatologica-regionale-per-il-ssd-med-16/progetto-correre-consulenza-remota-reumatologica-regionale
30. Giseg. GISEG - Gruppo Italiano Salute e Genere. Accessed June 29, 2022. <https://www.giseg.it/>
 31. Moretti AM, Gallone MS, Parisi D, Tafuri S, Germinario C. Gender differences and hospitalization for COPD: an analysis of data from Puglia (Italy). *Ital J Gend-Specif Med.* 2015;1(2):66-72.
 32. Ambrosino I, Gallone MS, Patano F, et al. Gender differences in chronic obstructive pulmonary disease: an analysis of hospitalization indicators. *Ital J Med.* 2019;13(1):38-44. doi:10.4081/itjm.2019.1099
 33. Giannico OV, Ambrosino I, Patano F, Germinario C, Quarto M, Moretti AM. Educational level, marital status and sex as social gender discharge determinants in chronic obstructive pulmonary disease exacerbations: a time-to-event analysis. *Monaldi Arch Chest Dis Arch Monaldi Mal Torace.* 2019;89(2). doi:10.4081/monaldi.2019.1017
 34. Moretti AM, Tafuri S, Parisi D, Germinario C. Epidemiology of Pulmonary Embolism in Apulia from analysis of current data. *Monaldi Arch Chest Dis.* 2010;73(1). doi:10.4081/monaldi.2010.309
 35. Ciarambino T, Giannico OV, Gallone MS, et al. Pulmonary embolism and gender: an observational study. Accessed August 9, 2022. <http://www.aiponet.it/editoria/rassegna/archivio-rassegna/archivio-rassegna-2/archivio-rassegna-2019/2315-rassegna-di-patologia-dell-apparato-respiratorio-fascicolo-3-4-2019.html>
 36. Covid: prossima settimana parte progetto telemedicina Regione Calabria-Policlinico Gemelli, centrali operative a Cosenza, Catanzaro e Reggio Calabria. Accessed February 11, 2022. <http://www.regione.calabria.it/website/portaltemplates/view/view.cfm?26803>
 37. Decreto DG n. 11559 del 11.11.2020.pdf. Accessed February 14, 2022. <https://portale.regione.calabria.it/website/portalmedia/decreti/2020-11/Decreto%20DG%20n.%2011559%20del%2011.11.2020.pdf>
 38. Telemedicina - Regione Siciliana. Accessed February 14, 2022. <https://www.aiopsicilia.it/wp-content/uploads/2020/05/decreto-telemedicina-1.pdf>
 39. Approvazione del Piano regionale per l'applicazione e la diffusione della Medicina di genere. GU Sicilia. Accessed February 14, 2022. <http://www.gurs.regione.sicilia.it/Gazzette/g21-19o2/g21-19o2.pdf>

Un progetto di



Con il contributo non condizionante di

