



Medicina di Genere: dal piano Nazionale alla clinica, la salute delle differenze

Roma, 27-28 gennaio 2023
Centro Congressi La Salle

Percorsi clinici di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione

Dott.ssa Flori Degrassi



Definizioni del concetto di genere

Definizioni del concetto di genere

- **Parità di genere (*gender equality*):** assenza di discriminazione, sulla base del sesso di una persona, nelle opportunità, nell'allocazione delle risorse e dei benefici o nell'accesso ai servizi sanitari

- **Equità di genere (*gender equity*):** si riferisce alla correttezza e all'equità nella distribuzione dei benefici e delle responsabilità tra uomini e donne. Il concetto riconosce le differenti necessità tra uomini e donne e sottolinea che queste differenze dovrebbero essere identificate e revisionate per rettificare lo squilibrio tra uomini e donne

- **Genere:** descrive le caratteristiche degli uomini e delle donne costruite sulla base di determinanti sociali e culturali, mentre il termine SESSO si riferisce alle caratteristiche biologiche

- **Analisi di genere:** sviluppa progetti e azioni indirizzate ad analizzare le differenze di salute determinate dal differente ruolo sociale degli uomini e delle donne, nonché le conseguenze determinate da tale disparità



Medicina di Genere

In base all'indicazione dell'OMS, si definisce Medicina di Genere 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.

Infatti, molte malattie comuni a uomini e donne presentano molto spesso differente incidenza, sintomatologia e gravità.

Uomini e donne possono presentare inoltre una diversa risposta alle terapie e reazioni avverse ai farmaci.

Anche l'accesso alle cure presenta rilevanti diseguaglianze legate al genere.



Le diversità nei generi si manifestano:



nei comportamenti, negli stili di vita così come nel vissuto individuale e nel diverso ruolo sociale

nello stato di salute, nell'incidenza di molteplici patologie, croniche o infettive, nella tossicità ambientale e farmacologica, nelle patologie lavoro correlate, salute mentale e disabilità, in tutte le fasce di età (infanzia, adolescenza, anziani) e in sottogruppi di popolazione svantaggiati

nel ricorso ai servizi sanitari per prevenzione (screening e vaccinazioni), diagnosi, ricovero, medicina d'urgenza, uso di farmaci e dispositivi medici

nel vissuto di salute, atteggiamento nei confronti della malattia, percezione del dolore, et



Variabile da considerare

In queste analisi occorre tener conto che l'età gioca un ruolo sulla salute molto diverso tra uomini e donne perché a sua volta, è il fattore che meglio riflette le variabili biologiche (es. cambiamenti ormonali nelle donne) e sociali (ruoli, opportunità, tipologie e reti di relazioni, esposizione a fattori di rischio o protettivi per la salute) che influiscono sui percorsi di vita e sulle scelte di salute delle persone.



Differenze sociali, economiche e culturali

Le principali cause delle disuguaglianze di salute vanno ricercate nei meccanismi sociali, politici ed economici che danno origine ad un insieme di posizioni socioeconomiche ordinate in modo gerarchico all'interno della società, in base al possesso di risorse materiali, culturali e di prestigio, o di reti sociali.

Numerosi studi pubblicati negli ultimi 20 anni hanno dimostrato che in tutta Europa i cittadini in condizioni di svantaggio socioeconomico tendono ad ammalarsi di più, a guarire di meno, a perdere autosufficienza, ad essere meno soddisfatti della propria salute e a morire prima.



P.D.T.A.

Il PDTA è una sequenza predefinita, articolata e coordinata di prestazioni erogate a livello ambulatoriale e/o di ricovero e/o territoriale, che prevede la partecipazione integrata di diversi specialisti e professionisti (oltre al paziente stesso), a livello ospedaliero e/o territoriale, al fine di realizzare la diagnosi e la terapia più adeguate per una specifica situazione patologica o anche l'assistenza sanitaria necessaria in particolari condizioni della vita.

La stessa sequenza di azioni può essere assicurata da modelli organizzativi diversi in funzione della realtà demografica, sociale e assistenziale in cui devono essere applicati gli interventi; ne deriva che nella valutazione dei PDTA gli indicatori scelti prescindono dal modello organizzativo, misurando gli effetti attesi in termini di tipologia di prestazioni, tempistiche ed esiti clinici. Confrontare i valori degli indicatori ottenuti attraverso modelli organizzativi diversi rappresenta un'importante fonte di informazione per individuare le scelte organizzative migliori.



Obiettivi specifici per l'Area d'intervento A del Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere (in attuazione dell'articolo 3, comma 1, Legge 3/2018) "Percorsi Clinici di Prevenzione, Diagnosi, Cura e Riabilitazione"

- A.1) Ottenere un quadro completo dal punto di vista strutturale, organizzativo e delle risorse (umane, strumentali, dei servizi) della Medicina di Genere in Italia
- A.2) Promuovere, sulla base dei dati epidemiologici, la prevenzione e la diagnosi precoce delle patologie in un'ottica di genere
- A.3) Sviluppare soluzioni innovative di accesso ai servizi, anche valorizzando le esperienze già presenti sul territorio nazionale, 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
- A.4) Promuovere azioni volte ad applicare un approccio di genere alle politiche sanitarie sul territorio e sulla sicurezza negli ambienti di lavoro

Obiettivo specifico A.1:

Ottenere un quadro completo dal punto di vista strutturale, organizzativo e delle risorse (umane, strumentali, dei servizi) della Medicina di Genere in Italia

AZIONI PREVISTE	ATTORI	INDICATORI
A.1.1) Individuare i percorsi integrati di assistenza, dichiaratamente attenti alle differenze di sesso e genere	Ministero della Salute, ISS, AGENAS, Regioni, Enti e Aziende del SSN (Policlinici Universitari, IRCCS, Aziende Ospedaliere e Aziende sanitarie, Aziende Ospedaliere Universitarie, ecc)	Questionari online Report
A.1.2) Documentare e rendere fruibili per gli operatori le buone pratiche individuate	Ministero Salute, ISS, AGENAS, Regioni, Enti e Aziende del SSN	Siti web dedicati e aggiornamenti
A.1.3) Produrre in modo sistematico e diffuso le analisi dei ricoveri ospedalieri, della riabilitazione post-acuzie e del consumo di farmaci e dell'utilizzo di dispositivi medici, con dati sesso-stratificati	Ministero della Salute, ISS, AIFA, AGENAS, Regioni, Enti e Aziende del SSN	Questionari online, Report
A.1.4) Costruire mappe online di ambulatori, ospedali e istituti di ricovero e cura e riabilitazione che applichino la Medicina di Genere	Ministero Salute, ISS, IRCCS, AGENAS, Regioni, Enti e Aziende del SSN	Siti web dedicati e aggiornamenti

Obiettivo specifico A.2:

Promuovere, sulla base dei dati epidemiologici, la prevenzione e la diagnosi precoce delle patologie in un'ottica di genere

AZIONI PREVISTE	ATTORI	INDICATORI
A.2.1) Utilizzare in un'ottica di genere, i sistemi di sorveglianza definendo indicatori genere-specifici sulla prevalenza di fattori di rischio nella popolazione generale, al fine di seguire i fenomeni nel tempo, raffrontare le diverse realtà (a livello locale, regionale, nazionale e internazionale) e valutare l'efficacia degli interventi	Ministero Salute, ISS, AGENAS, Regioni, Società scientifiche	Report online Pubblicazioni scientifiche
A.2.2) Realizzare strategie di popolazione per la prevenzione e il contrasto di fattori legati agli stili di vita (scorretta alimentazione, sedentarietà, sovrappeso/obesità, dipendenze, etc) previsti a livello nazionale dai principali programmi di promozione della salute e di prevenzione (Piano Nazionale di Prevenzione) anche sulla base dei dati epidemiologici regionali, in un'ottica di genere	Ministero Salute, ISS, AGENAS, Regioni	Piani nazionali e regionali di prevenzione e promozione della salute definiti in un'ottica di genere
A.2.3) Promuovere programmi di screening e loro monitoraggio in un'ottica di genere	Ministero della Salute, ISS, AGENAS, Regioni, Enti e Aziende del SSN	Programmi di screening realizzati Report sui programmi di screening

Obiettivo specifico A.3:

Sviluppare soluzioni innovative di accesso ai servizi, anche valorizzando le esperienze già presenti sul territorio nazionale, 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

AZIONI PREVISTE	ATTORI	INDICATORI
A.3.1) Proporre raccomandazioni e documenti utili nella definizione di percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) e definire piani sanitari inclusivi di indicatori di processo e di esito stratificati per sesso e genere (livello di istruzione, nazionalità, ecc) e per tutte le categorie professionali operanti nel settore sanitario	Ministero Salute, ISS, AGENAS, AIFA, Regioni, Enti e Aziende del SSN, FNOMCeO, FNOPI, FNOPO, FOFI, MMG, PLS	Proposte di PDTA, indicatori di processo ed esito, genere-specifici, nei piani sanitari
A.3.2) Predisporre e implementare PDTA in un'ottica di genere nell'ambito delle U.O. esistenti	Aziende Ospedaliere e territoriali, Policlinici Universitari, IRCCS	PDTA implementati in un'ottica di genere
A.3.3) Monitorare e valutare gli effetti di PDTA genere-specifici	Aziende Ospedaliere e territoriali, Policlinici Universitari, IRCCS	Report con indicatori di processo ed esito genere-specifici
A.3.4) Valorizzare le diverse e specifiche competenze anche attraverso la creazione di reti specialistiche multidisciplinari che assicurino la continuità assistenziale	Aziende Ospedaliere e territoriali, Policlinici Universitari, IRCCS	Reti multidisciplinari con attenzione al genere

Obiettivo specifico A.4:

Promuovere azioni volte ad applicare un approccio di genere alle politiche sanitarie sul territorio e sulla sicurezza negli ambienti di lavoro

AZIONI PREVISTE	ATTORI	INDICATORI
A.4.1) Promuovere azioni sul territorio per una prevenzione genere-specifica e valutazioni ecotossicologiche	Enti e Aziende del SSN, AGENAS, Regioni, ISS	Survey e Report con dati stratificati per genere
A.4.2) Censire l'applicazione dei principi della legge 81/08 in tema di differenze di genere e sicurezza sul posto di lavoro	INAIL, Ministero del lavoro, ISS, Ministero della Salute	Questionari on line Report con dati stratificati per genere
A.4.3) Analizzare i dati relativi alla salute sul lavoro tenendo conto delle differenze di genere: infortuni e malattie professionali	ISS, INAIL	Report con dati stratificati per genere
A.4.4) Promuovere azioni a livello nazionale e regionale volte all'applicazione dei principi della legge 81/08 in tema di differenze di genere e sicurezza negli ambienti di lavoro	INAIL, Ministero del lavoro, Ministero della Salute, ISS, Enti e Aziende del SSN	Piani nazionali e regionali



Osservatorio Medicina di genere

L'Osservatorio per la Medicina di genere viene costituito il 22 settembre 2020, presso l'ISS, in applicazione dell'art. 3, comma 5, della Legge 11 gennaio 2018, n.3 e il 18 mar 2021 ne vengono nominati i componenti per assicurare l'avvio, il mantenimento nel tempo e il monitoraggio delle azioni previste dal Piano, aggiornando nel tempo gli obiettivi specifici in base ai risultati raggiunti.



Gruppi di lavoro Osservatorio Medicina di genere in medicina



- 1.percorsi clinici;
- 2.ricerca e innovazione;
- 3.formazione universitaria e aggiornamento professionale del personale sanitario;
- 4.comunicazione e informazione;
- 5.farmacologia di genere;
- 6.diseguaglianze di salute legate al genere.



LE 53 SOCIETÀ SCIENTIFICHE COINVOLTE DAL GRUPPO DI LAVORO «RICERCA E INNOVAZIONE»

ASSOCIAZIONE ITALIANA DI EPIDEMIOLOGIA (AIE), ASSOCIAZIONE ITALIANA DI ONCOLOGIA MEDICA (AIOM), ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOLOGIA (AIP), ASSOCIAZIONE ITALIANA DI SOCIOLOGIA (AIS), ASSOCIAZIONE ITALIANA DONNE MEDICO (AIDM), ASSOCIAZIONE MEDICI DIABETOLOGI (AMD), ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI DIREZIONE OSPEDALIERA (ANMDO), ASSOCIAZIONI REGIONALI CARDIOLOGI AMBULATORIALI (ARCA), FEDERAZIONE DELLE ASSOCIAZIONI DEI DIRIGENTI OSPEDALIERI INTERNISTI (FADOI), ITALIAN ALLIANCE FOR CARDIOVASCULAR REHABILITATION AND PREVENTION (ITACARE-P), OPERATORI SANITARI DI DIABETOLOGIA ITALIANI (OSDI), SOCIETÀ ITALIANA DI CARDIOLOGIA (SIC), SOCIETÀ ITALIANA DI BIOCHIMICA E BIOLOGIA MOLECOLARE (SIB), SOCIETÀ ITALIANA DIABETOLOGIA (SID) /SOCIETÀ ITALIANA ENDOCRINOLOGIA (SIE), SOCIETÀ ITALIANA DI FARMACOLOGIA (SIF), SOCIETÀ ITALIANA DI GERONTOLOGIA E GERIATRIA (SIGG), SOCIETÀ ITALIANA IGIENE E MEDICINA PREVENTIVA (SITI), SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE (SIMFER), SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA INTERNA (SIMI), SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA LEGALE E DELLE ASSICURAZIONI (SIMLA), SOCIETÀ ITALIANA DI NEUROLOGIA (SIN), SOCIETÀ ITALIANA DI ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA (SIOT), SOCIETÀ ITALIANA DI PEDIATRIA (SIP), SOCIETÀ ITALIANA DI PNEUMOLOGIA / ITALIAN RESPIRATORY SOCIETY (SIP/IRS), SOCIETÀ ITALIANA DI REUMATOLOGIA (SIR), SOCIETÀ ITALIANA DI TOSSICOLOGIA (SITOX), SOCIETÀ ITALIANA PER LO STUDIO DELLE CEFALEE (SISC), SOCIETÀ ITALIANA PER LO STUDIO DELL'EMOSTASI E DELLA TROMBOSI (SISSET), SOCIETÀ DELLE NEUROSCIENZE OSPEDALIERE (SNO).



Gruppo di lavoro P.D.T.A. Osservatorio Medicina di genere in medicina



Sindromi Coronariche Acute: peculiarità di genere. Importanza di un PDTA dedicato per una corretta presa in carico della donna con cardiopatia ischemica.

F.Lavalle¹ , A.Campanale¹ , G.Baggio² , F.Moscucci³ , C.Politi⁴ , S.Sciomer⁵F.Lavalle¹ ,

1 Osservatorio Medicina di Genere I.S.S.,

2 PO f.r. Cattedra di Medicina di Genere UniPD,

3 PhD Fisiopatologia ed Imaging Cardio Toraco Vascolare "Sapienza" Università di Roma, membro Gruppo di Studio Malattie Cardiovascolari di Genere SIC,

4 Medicina di Genere FADOI,

5 Dipartimento di Scienze Cliniche, Internistiche, Anestesiologiche e Cardiovascolari "Sapienza" Università di Roma, membro Gruppo di Studio Malattie Cardiovascolari di Genere SIC



Gruppo di lavoro “Diseguaglianze di salute legate al genere”



La proposta di indicatori, fatta dal gruppo di lavoro «diseguaglianze di salute legate al genere» dell'Osservatorio Medicina di Genere dell'ISS, ha voluto valorizzare le fonti informative sanitarie esistenti (flussi NSIS e Sistemi di sorveglianza di cui al DPCM 3 marzo 2017) e gli indicatori già approvati a livello nazionale di cui al decreto del Ministro della Salute n. 12 marzo 2019 “Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria” oltre agli indicatori di valutazione del Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 integrati da alcuni, proposti ad hoc, sempre nell'ambito della prevenzione.

Le suddette fonti permettono di avere a disposizione dati stratificati non solo per sesso ma anche per variabili che rendono possibile analizzare il collegamento tra fattori sociali, caratteristiche fisiche, comportamentali e psicologiche, in tutte le fasi della vita e in più garantiscono un monitoraggio “in continuo” e non «una tantum» dei fenomeni indagati.



Mappatura delle fonti informative utilizzabili

SISTEMI DI SORVEGLIANZA

- Sorveglianza 0-2 sui determinanti nella prima infanzia (0-2 anni)
- Okkio alla salute (8-9 anni)
- HBSC - Health Behaviour in School-aged Children (11, 13, 15 anni)
- GYTS - Global Youth Tobacco Survey (13-15 anni)
- Sorveglianza Passi (18-69 anni)
- Sorveglianza Passi d'Argento (≥ 65 anni)

FLUSSI NSIS

- Flusso specialistica ambulatoriale (art.50)
- Flusso farmaceutica convenzionata (art.50)
- Flusso Salute Mentale (SISM)
- Flusso Emergenza – Urgenza (EMUR PS)
- Flusso Assistenza domiciliare (SIAD)
- Flusso Assistenza semiresidenziale e residenziale (FAR)
- Flusso Hospice (HOSPICE)
- Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO)
- Certificato di Assistenza al Parto (CEDAP)

ALTRE FONTI

- Anagrafe vaccinale nazionale (AVN)
- Schede di morte ISTAT

NUOVO SISTEMA DI GARANZIA



Variabili ricavabili dai sistemi informativi ed utilizzabili



- Età
- Genere (al momento codificato come sesso)
- Titolo di studio
- Cittadinanza
- Collocazione socio ambientale
- Patologia



Fonti Dati Indicatori P.D.T.A. Nuovo sistema di garanzia



- Anagrafe assistiti
- Farmaceutica territoriale
- Distribuzione diretta dei farmaci
- Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO)
- Accessi ai servizi di Emergenza-Urgenza e Pronto soccorso (EMUR-PS)
- Prescrizioni di visite specialistiche o di procedure diagnostiche (Specialistica)
- Esenzioni dal pagamento del ticket per qualsiasi motivazione (Esenzioni)



Indicatori di processo e di esito PDTA.



Gli indicatori di processo misurano il grado di aderenza del processo assistenziale agli standard di riferimento della miglior pratica clinica basata sull'evidenza.

Gli indicatori di esito documentano una modifica di esiti assistenziali: clinici (mortalità, morbilità), economici (costi diretti e indiretti) e umanistici (qualità di vita, soddisfazione dell'utente).



B.P.C.O.



ID	Indicatore	Significato
PDTA 01	Percentuale di pazienti con diagnosi di BPCO che aderiscono al trattamento farmacologico come previsto dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA broncopneumopatie cronico-ostruttive BPCO)	L'indicatore misura l'aderenza al trattamento farmacologico dei pazienti con BPCO individuati secondo il manuale PDTA del Ministero della salute. La copertura con i farmaci adeguati consente di verificare l'omogeneità dell'offerta della principale cura della BPCO. L'aderenza al trattamento farmacologico si associa a una riduzione del rischio di re-ospedalizzazione dopo la diagnosi e/o del rischio di morte.
PDTA02	Percentuale di pazienti con diagnosi di broncopneumopatia cronico ostruttiva (BPCO) che sono sottoposti alla visita pneumologica secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Broncopneumopatie cronico-ostruttive BPCO)	L'indicatore misura l'adeguatezza della tempistica delle visite pneumologiche nei pazienti con diagnosi di BPCO individuati secondo il manuale PDTA del Ministero della salute. Il numero di visite pneumologiche consente di valutare la presa in carico del paziente con BPCO. L'adeguatezza del numero di visite pneumologiche si associa a una riduzione del rischio di ospedalizzazione dopo la diagnosi e/o del rischio di morte.



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”.

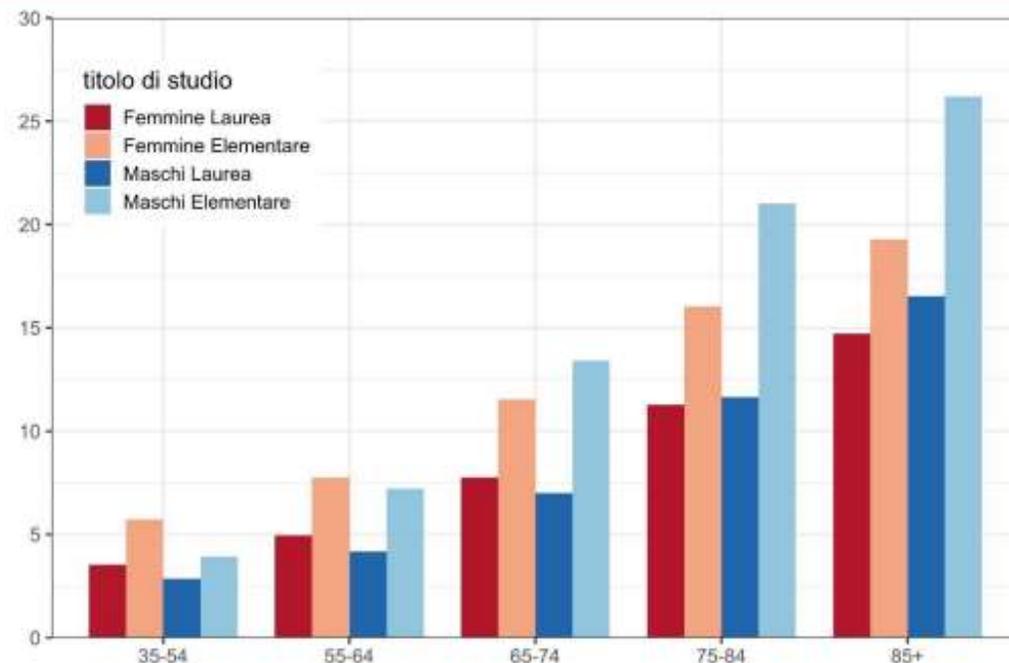
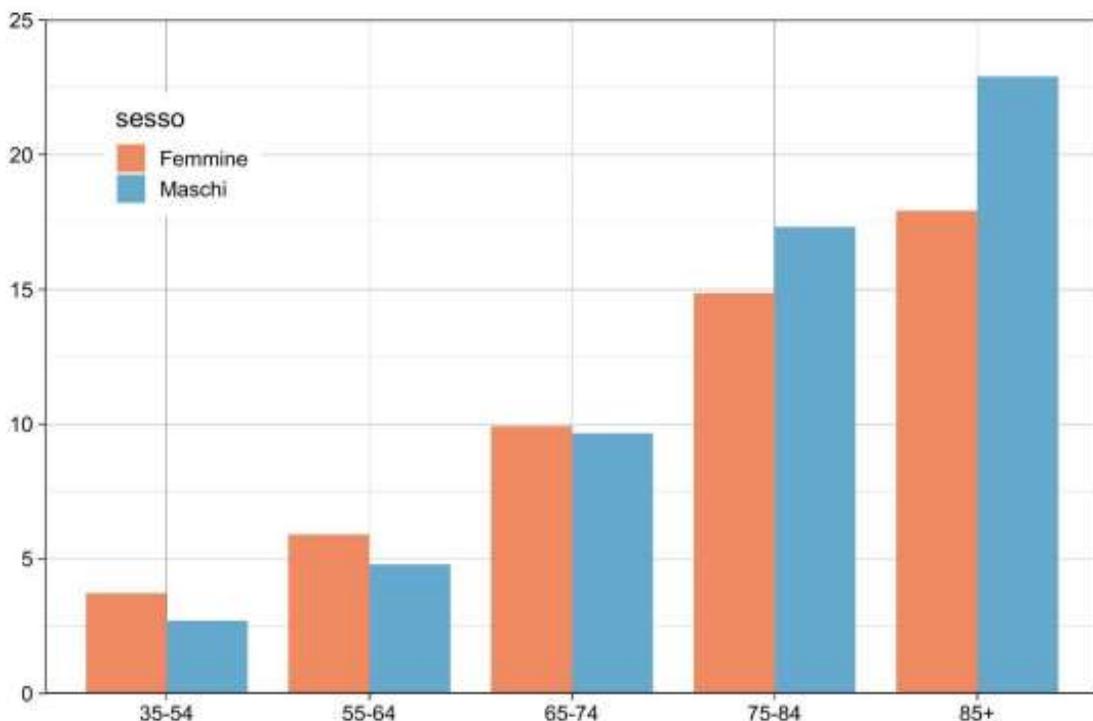
Sia la broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) che l’asma sono state ad esempio riconosciute come patologie con differenze di genere per quanto riguarda le manifestazioni cliniche, la presenza di comorbilità, gli aspetti funzionali e radiologici, la risposta alla terapia.

Un ruolo fondamentale sembra essere rappresentato dai fattori di rischio, ad esempio gli stili di vita e l’esposizione ad agenti inquinanti.

Piano per l’applicazione e la diffusione della Medicina di Genere (in attuazione dell’articolo 3, comma 1, Legge 3/2018)

BPCO (x100.000 - CREG 2020)

- Femmine più affette tra 35 e 74 anni
- Maschi con maggior prevalenza in età anziane



- Indipendentemente dal titolo di studio le donne fino ai 65 anni hanno una maggiore prevalenza. Tra i 65-74 le donne laureate hanno maggiore prevalenza degli uomini laureati, al contrario che per titolo più basso.
- Per età più avanzate la prevalenza è maggiore nei maschi



Atlante delle disuguaglianze sociali nell'uso dei farmaci per la cura delle principali malattie croniche

Prima edizione: settembre 2021 © Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA)

Per quanto riguarda la popolazione adulta, in termini assoluti le categorie terapeutiche per le quali si osservano maggiori tassi di consumo (espresso come numero di dosi giornaliere pro capite) sono quelle degli antipertensivi e degli ipolipemizzanti, seguite da quelle dei farmaci per l'ipertrofia prostatica benigna negli uomini e degli antidepressivi nelle donne.

Mediamente, in tutte le province italiane, per gli uomini si registrano livelli di consumo di farmaco più alti per la maggior parte delle categorie terapeutiche analizzate, ad eccezione dei farmaci antidepressivi, degli antiosteoporotici e dei farmaci per il trattamento delle patologie tiroidee (iper- e ipotiroidismo), per le quali il consumo è nettamente maggiore tra le donne rispetto agli uomini.

A livello geografico si osservano livelli di consumo complessivamente più alti al Sud e nelle Isole per la maggior parte delle categorie terapeutiche.

Un trend inverso, con consumi maggiori nelle aree del Nord e minori al Sud, viene invece osservato per i farmaci antidepressivi; infine, per i farmaci antidemenza, il tasso di consumo è più alto nelle province del Centro Italia.

Tra le categorie terapeutiche analizzate nella popolazione pediatrica, si osserva un consumo più elevato in quella dei farmaci respiratori, in misura maggiore nei maschi rispetto alle femmine, seguita dalla categoria dei farmaci antiepilettici e per la cura del disturbo da deficit dell'attenzione/iperattività

Atlante delle disuguaglianze sociali nell'uso dei farmaci per la cura delle principali malattie croniche

Prima edizione: settembre 2021 © Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA)

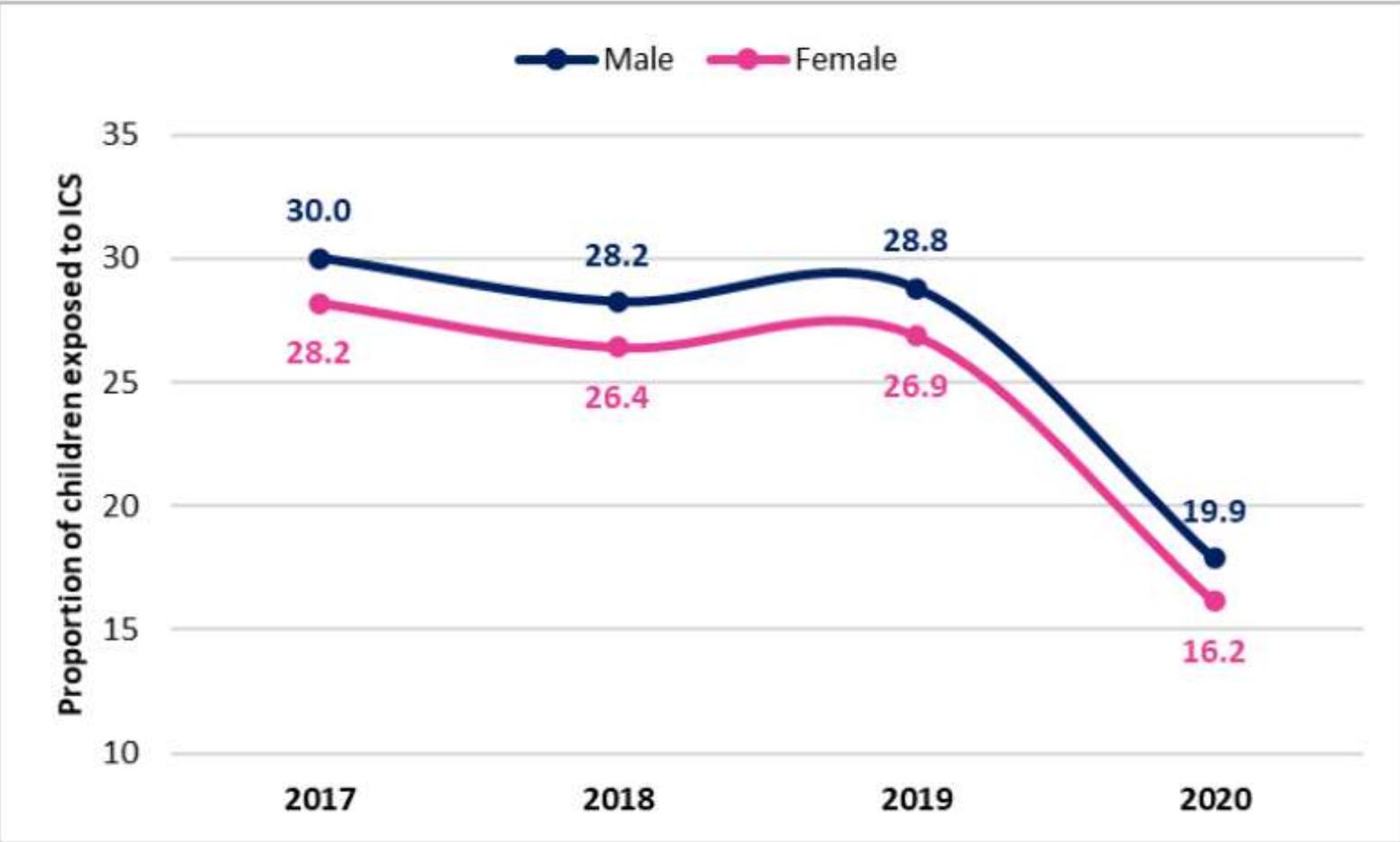
I risultati suggeriscono che la posizione socioeconomica sia fortemente correlata con l'uso dei farmaci e che il consumo dei farmaci sia più elevato tra i soggetti residenti nelle aree più svantaggiate, probabilmente a causa del peggior stato di salute di questi soggetti, che potrebbe essere associato a uno stile di vita non corretto. Tale fenomeno è evidente per quasi tutte le condizioni analizzate, e in modo particolare per i farmaci antipertensivi, ipolipemizzanti e, nelle donne, per gli antiosteoporotici.

Il tasso di consumo è correlato con molti fattori, alcuni prettamente legati all'individuo, quali la gravità della patologia, la consapevolezza della propria condizione di salute e la compliance alle cure che, a loro volta, possono essere correlati con il livello socioeconomico dell'individuo.

Altri aspetti, anch'essi associati al consumo farmaceutico, sono invece relativi a caratteristiche dell'assistenza sanitaria, come ad esempio il diverso comportamento prescrittivo dei medici, la differente organizzazione dei servizi sanitari territoriali, che potrebbero rendere conto di una quota parte della variabilità dei consumi tra aree geografiche.

In generale, le donne sono meno aderenti rispetto agli uomini per tutte le categorie terapeutiche analizzate, ad eccezione dei farmaci antiosteoporotici. Inoltre per le donne si osserva una minore persistenza al trattamento rispetto agli uomini.

Proportion of children exposed to ICS, by gender. Lazio, 2017-2020.





SCOMPENSO CARDIACO



ID	Indicatore	Significato
PDTA 03	"Percentuale di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco che aderiscono al trattamento farmacologico (con ACE inibitori o sartani; con beta-bloccanti) come previsto dal Manuale PDTA del Ministero della salute(PDTA Scompenso cardiaco)	L'indicatore misura l'aderenza al trattamento farmacologico nei pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco individuati secondo il manuale PDTA del Ministero della salute. La copertura con i farmaci adeguati consente di verificare l'omogeneità dell'offerta della cura farmacologica dello scompenso cardiaco. L'aderenza al trattamento farmacologico si associa a una riduzione del rischio di re-ospedalizzazione dopo la diagnosi e/o del rischio di morte.
PDTA04	Percentuale di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco con un adeguato numero di ecocardiogrammi come previsto dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Scompenso cardiaco)	L'indicatore consente di valutare una componente dell'adeguatezza della presa in carico del paziente con scompenso cardiaco. L'aderenza al controllo ecografico si associa a una riduzione del rischio di re-ospedalizzazione dopo la diagnosi e/o del rischio di morte.

FATTORI DI RISCHIO PER SCOMPENSO E DISFUNZIONE VENTRICOLARE

	HF	Symptomatic DLVD	Asymptomatic DLVD	HF	Symptomatic DLVD	Asymptomatic DLVD
Age	+++	+++	+++	+++	+++	+++
Smoking				+++		
Alcohol consumption				+++		
IHD	+++	+++				
Hypertension				+++		
Diabetes			+++			+++
Atrial Fibrillation				+++		
BMI				+++	+++	
Comorbid conditions	+++	+++				

Fig. 2 Summary of the results from multivariable analyses

Cesaroni et al. BMC Public Health (2021) 21:415



Scompenso cardiaco



L'incidenza di scompenso cardiaco sembra maggiore negli uomini e sostanzialmente immutata nel tempo, mentre nelle donne tende a diminuire. La prevalenza è però variabile, perché le donne hanno una mortalità minore e sono più longeve. Di conseguenza **la prevalenza dello scompenso è maggiore nelle donne in età avanzata**. Come cause dello scompenso nelle donne prevalgono l'ipertensione, le valvulopatie e il diabete. Meno rappresentata la cardiopatia ischemica, anche se è trattata con minore intensità che nel genere maschile.

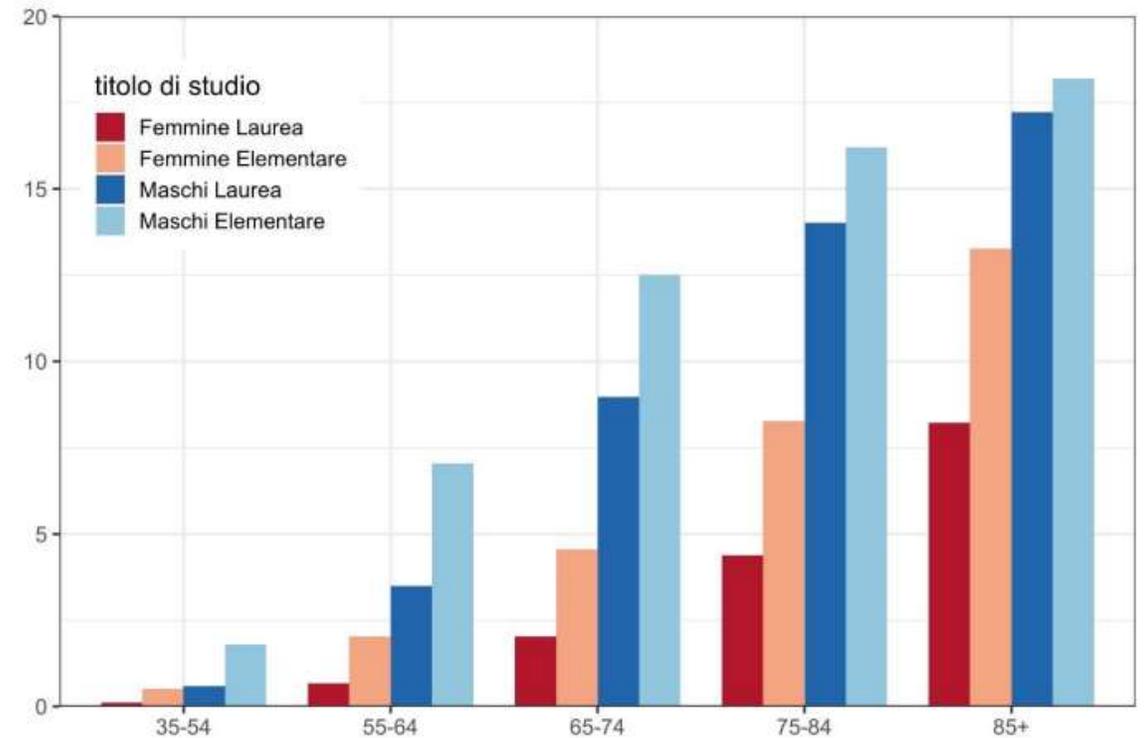
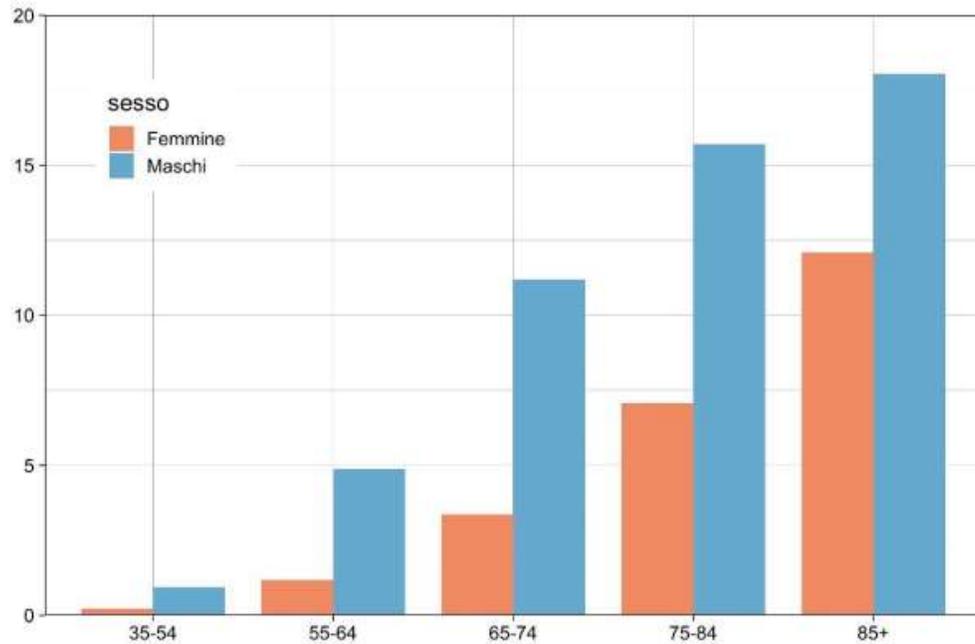
Le principali differenze fisiopatologiche sembrano legate all'attività degli ormoni estrogeni, che determina:

- aumento preferenziale dell'ipertrofia rispetto al volume, quindi ipertrofia concentrica con poca dilatazione (postmenopausa);
- minore attivazione del sistema renina-angiotensina-aldosterone;
- precoce down-regulation dei recettori betaadrenergici;
- più precoce irrigidimento, rispetto al genere maschile, del sistema ventricolo-vascolare (aumento dell'“effective afterload”);
- aumento della disponibilità di ossido nitrico (NO) [premenopausa];
- conseguente aumento della frequenza di scompenso cardiaco con normale frazione di eiezione e normale volume (“da disfunzione diastolica”). I sintomi sono spesso più importanti nelle donne a parità di compromissione funzionale, frequentemente accompagnati a depressione e a scarsa attivazione di proteina C reattiva ad alta sensibilità (high sensitivity C-reactive protein, hs-PCR).

In generale negli studi clinici il genere femminile è ampiamente sottorappresentato, pertanto ogni considerazione riguardo alla terapia può essere fatta solo analizzando sottogruppi post-hoc, con tutti i limiti relativi. I dati disponibili consentono di ipotizzare per lo scompenso sistolico nella donna un'umentata efficacia dei β -bloccanti, una ridotta efficacia degli ACE-inibitori, una probabile aumentata efficacia dei bloccanti del recettore AT-1

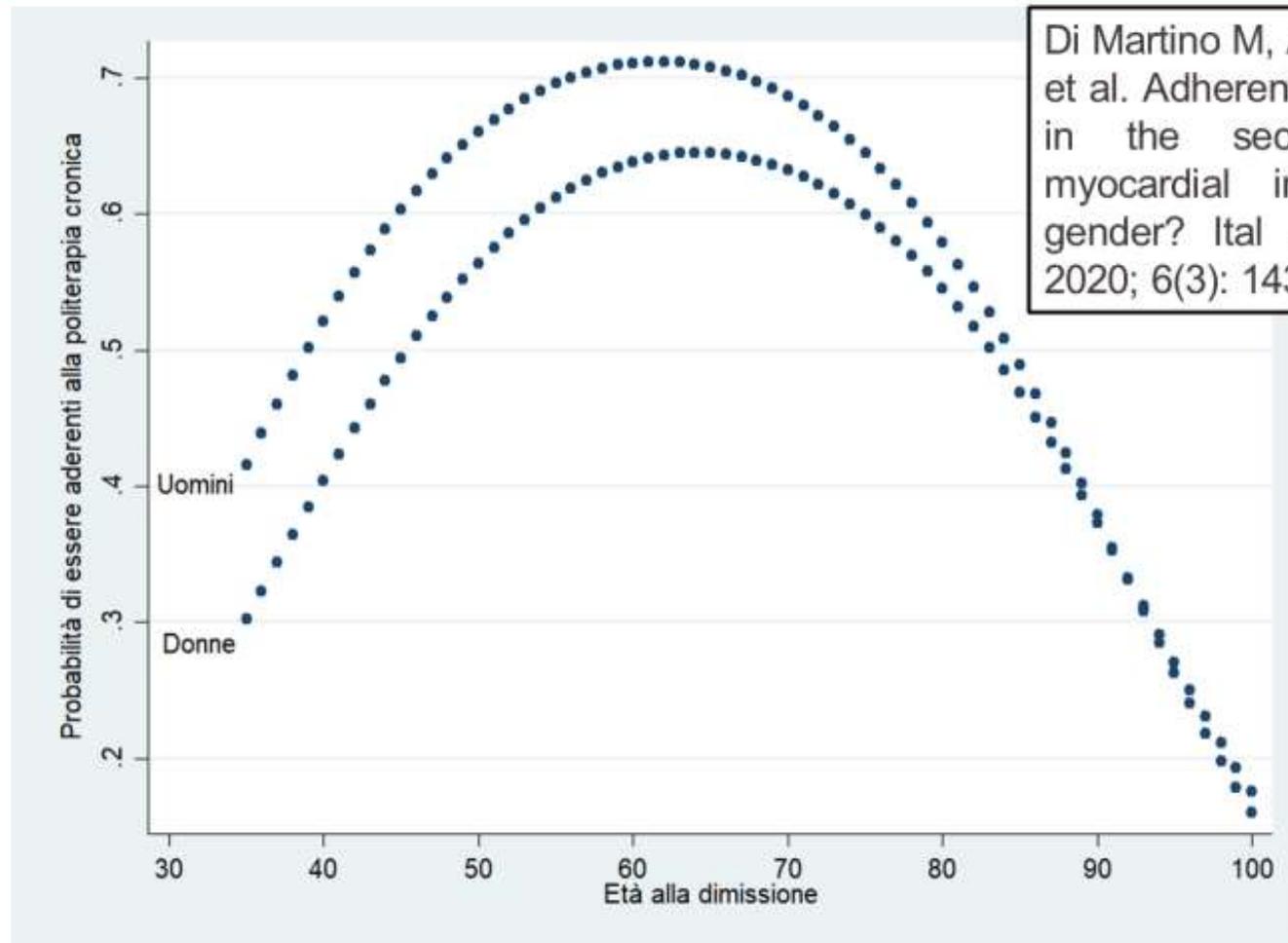
Cardiopatía Ischemica (x100.000 - CREG 2020)

- Prevalenza doppia nei maschi
- Maschi in 65-74 pari a Femmine 85+



- Disuguaglianze in aumento con l'età per donne
- Per gli uomini si riducono ad età avanzate

Aderenza alla politerapia cronica dopo IMA: l'interazione tra età e genere - 2019



Di Martino M, Alagna M, Francesconi P, et al. Adherence to chronic polytherapy in the secondary prevention of myocardial infarction: a matter of gender? *Ital J Gender-Specific Med*, 2020; 6(3): 143-146.



Cardiopatia ischemica



Anche in Italia, come in tutti i Paesi industrializzati, la mortalità per malattie cardiovascolari (cardiache e cerebrali) è maggiore per le donne rispetto agli uomini e **l'infarto del miocardio è la prima causa di morte della donna.**

La sintomatologia clinica dell'infarto può presentare delle differenze nella donna: dolore atipico localizzato non al petto ma all'addome, o zona interscapolare, o alle mascelle oppure anche assenza di dolore ma solo ansia, nervosismo, oppure dispnea lieve, oppure astenia. Per questo le donne arrivano tardi al pronto soccorso e non sempre vanno in area rossa.

Inoltre, tutt'oggi in molti centri le donne vengono meno sottoposte a coronarografia, angioplastica, stent, bypass e la terapia farmacologica alla dimissione è spesso meno completa (persone più anziane? scarsa compliance?).

La donna può anche presentare maggiore e più ampia ipocinesia dell'area infartuata e maggiori gravi crisi aritmiche. **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.**

Ci sono poi delle complicanze dell'infarto che per il 90% colpiscono le donne, quali la rottura del cuore. Inoltre la sindrome coronarica acuta può essere causata da patologie coronariche più frequenti nella donna; la più importante di queste è la dissezione coronarica, che può intervenire particolarmente in donne giovani, spesso in epoca peripartum.

Un'altra malattia tipica del genere femminile è la sindrome di Tako-Tsubo (tipica alterazione della cinetica ventricolare con acinesia medio-apicale con coronarie indenni ma rialzo degli enzimi di miocardio lisi), che è anche in altissima maggioranza solo nelle donne.



Indice di massa corporea.



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 tronculare. **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.** E' tuttora incerta l'influenza degli steroidi sessuali sul diverso livello di rischio e raggruppamento dei fattori di rischio nei due generi.



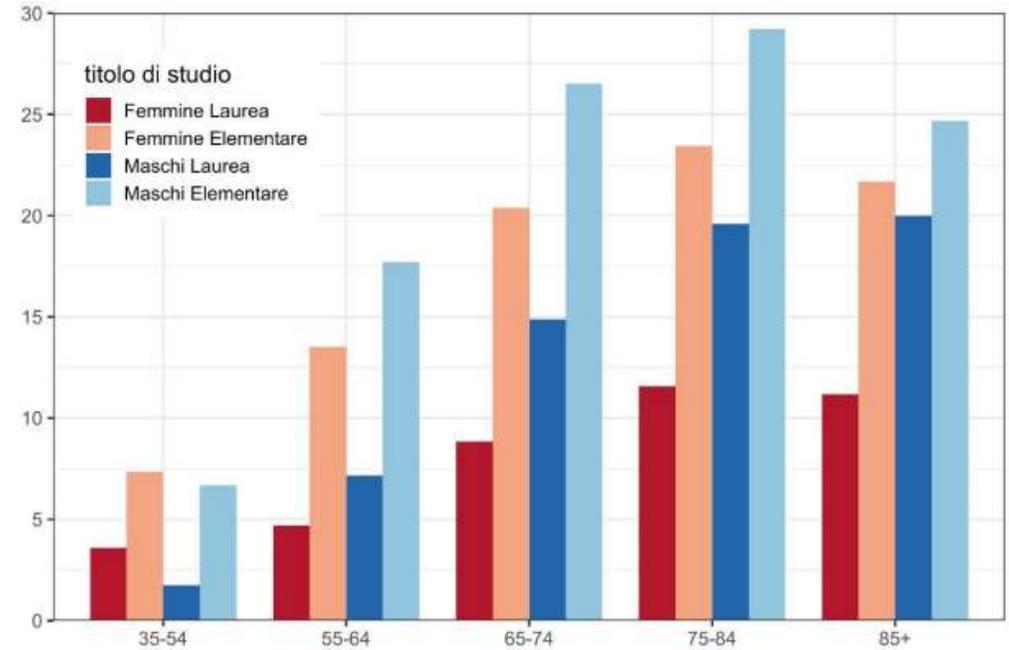
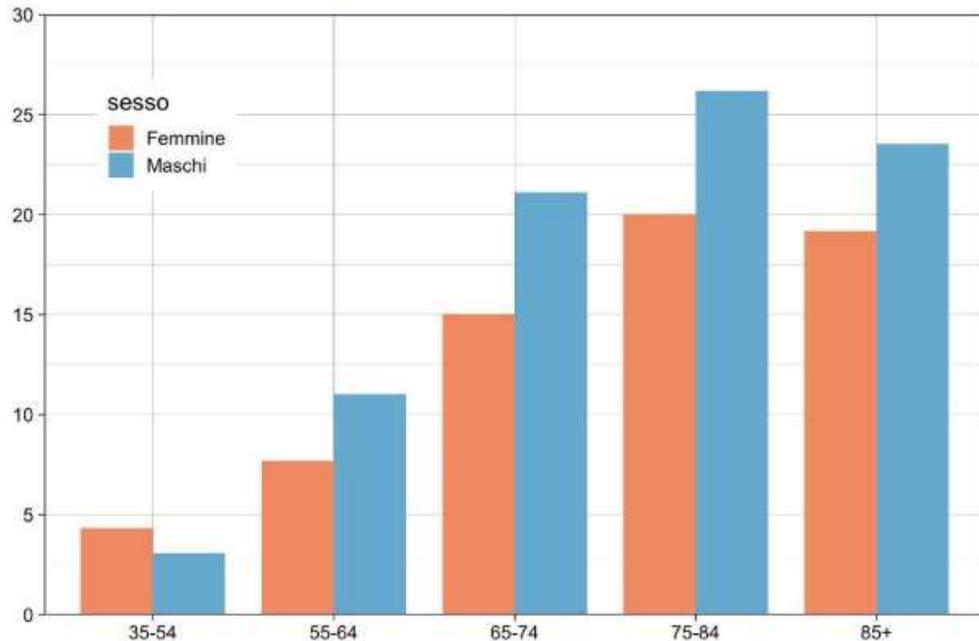
DIABETE



ID	Indicatore	Significato
PDTA 05	Percentuale di pazienti diabetici che seguono almeno 4 delle seguenti 5 raccomandazioni di controllo di emoglobina glicata, profilo lipidico, microalbuminuria, monitoraggio del filtrato glomerulare o della creatinina o clearance creatinina, fondo oculare, come previste dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Diabete)	L'indicatore misura complessivamente l'aderenza alle raccomandazioni di controllo, definite in base alle evidenze scientifiche disponibili, nei pazienti diabetici individuati secondo il manuale PDTA del Ministero della salute. L'aderenza alle raccomandazioni e' associata alla riduzione della probabilità di esiti sfavorevoli (ricovero per complicanze a breve termine o per diabete non controllato o per complicanze a lungo termine o per amputazione non traumatica degli arti inferiori)

Diabete (x100.000 - CREG 2020)

- La prevalenza di diabete nell'adulto è, in generale, maggiore negli uomini
- Nella fascia d'età 35-54 le donne presentano invece una maggior prevalenza



- Forti disuguaglianze in entrambi
- La diminuzione di prevalenza negli 85+ è trainata dalla riduzione nei titoli di studio più "bassi"



CANCRO DELLA MAMMELLA.



ID	Indicatore	Significato
PDТА 06	"Percentuale di pazienti operate per la prima volta per tumore della mammella per le quali i seguenti 4 interventi sono eseguiti secondo la tempestività prevista dal manuale PDТА del Ministero della salute: primo intervento chirurgico dalla diagnosi, inizio della terapia medica, inizio della radioterapia, follow up mammografico dopo il primo intervento chirurgico (PDТА del tumore operato della mammella nella donna)	L'indicatore descrive la proporzione di pazienti operate per tumore alla mammella, individuate secondo il manuale PDТА del Ministero della salute, per le quali complessivamente gli interventi terapeutici sono eseguiti secondo la tempistica definita in base alle evidenze scientifiche disponibili. La tempestività di intervento sia chirurgico che medico riduce la probabilità di re-intervento per tumore alla mammella e aumenta la probabilità di sopravvivenza



Screening oncologici in ottica di genere

Screening oncologici	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina.	Tasso di adesione reale (percentuale di donne 25-64 anni che hanno aderito all'invito sulla popolazione bersaglio) a screening cervicale;	variabili sociodemografiche	ONS	differenze di accesso tra le donne legate a variabili sociodemografiche
	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella.	Tasso di adesione reale (percentuale di donne 50-69 anni che hanno aderito all'invito sulla popolazione bersaglio) a screening mammografico	variabili sociodemografiche	ONS	differenze di accesso tra le donne legate a variabili sociodemografiche
	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	Tasso di adesione reale (percentuale di persone 59-69 anni che hanno aderito all'invito sulla popolazione bersaglio) a screening colon-retto (sangue occulto)	genere, variabili sociodemografiche	ONS	differenze nell'accesso agli interventi di prevenzione



CANCRO DEL COLON



ID	Indicatore	Significato
PDTA 07	Percentuale di pazienti per i quali il primo intervento chirurgico dopo diagnosi di tumore del colon e' stato eseguito secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Tumori operati del colon e del retto)	L'indicatore descrive la proporzione di pazienti operati per tumore del colon, individuati secondo il manuale PDTA del Ministero della salute, per i quali l'intervento chirurgico e' stato eseguito secondo la tempistica definita in base alle evidenze scientifiche disponibili. La tempestivita' di intervento chirurgico riduce la probabilita' di re-intervento per tumore del colon e aumenta la probabilita' di sopravvivenza
PDTA08	Percentuale di pazienti operati per la prima volta per tumore del colon sottoposti a Follow-up endoscopico secondo la tempistica prevista DI manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Tumori operati del colon e del retto)	L'indicatore descrive la proporzione di pazienti operati per tumore del colon, individuati secondo il manuale PDTA del Ministero della salute, che sono sottoposti a un follow-up attivo finalizzato alla identificazione precoce di recidive di malattia. Un follow-up adeguato e' associato alla riduzione del rischio di morte



CANCRO DEL RETTO



ID	Indicatore	Significato
PDTA09	Percentuale di pazienti per i quali il primo trattamento medico o chirurgico dopo diagnosi di tumore del retto e' stato eseguito secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Tumori operati del colon e del retto)	L'indicatore descrive la proporzione di pazienti operati per tumore del retto, individuati secondo il manuale PDTA del Ministero della salute, per i quali il trattamento medico o chirurgico e' stato eseguito secondo la tempistica definita in base alle evidenze scientifiche disponibili. La tempestivita' di trattamento medico o chirurgico riduce la probabilita' di re-intervento per tumore del retto e aumenta la probabilita' di sopravvivenza.
PDTA010	Percentuale di pazienti operati per la prima volta per tumore del retto sottoposti a follow-up endoscopico secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Tumori operati del colon e del retto)	L'indicatore descrive la proporzione di pazienti operati per tumore del retto, individuati secondo il manuale PDTA del Ministero della salute sono sottoposti a un follow-up attivo, finalizzato alla identificazione precoce di recidive di malattia. Un follow-up adeguato è associato alla riduzione del rischio di morte.



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%.

In campo oncologico la differenza delle caratteristiche cliniche delle neoplasie, con la stessa istologia e stadio, è osservata, ma non inserita nell'attenzione clinica quotidiana e nelle linee guida e l'efficacia dei chemioterapici è diversa.

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 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.

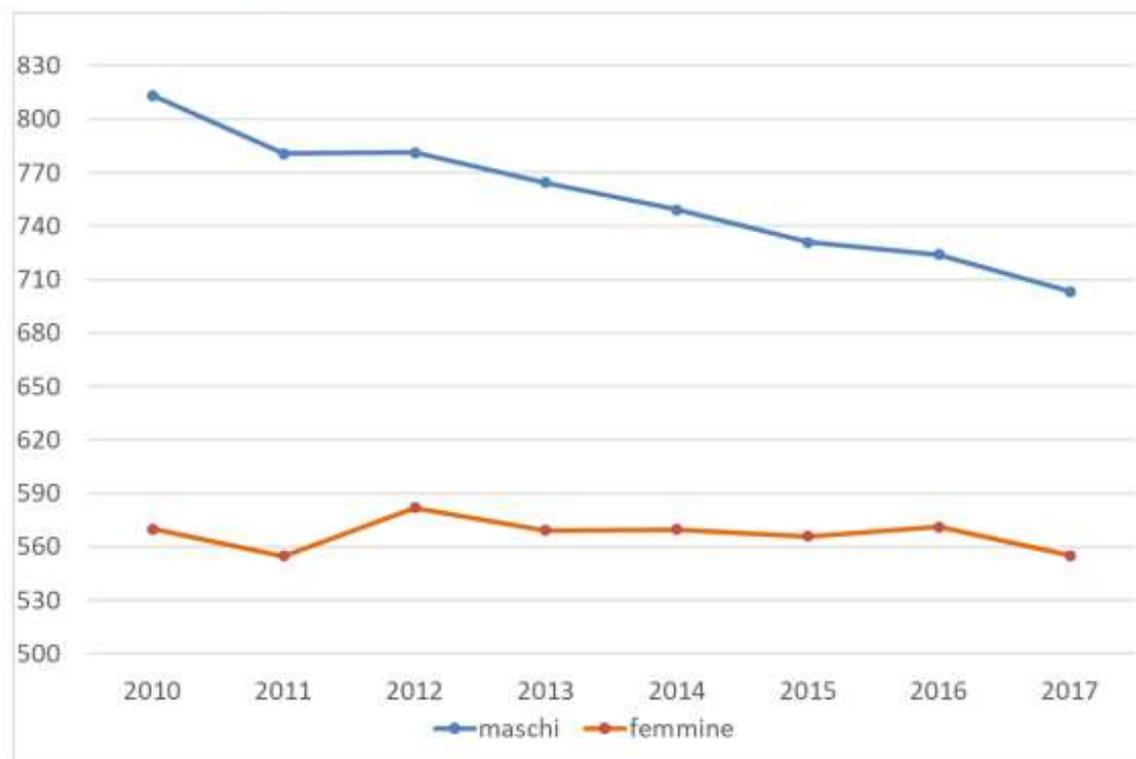
Il melanoma è una neoplasia che può presentare una localizzazione diversa nelle donne e negli uomini (più frequentemente tronco nell'uomo e arti nella donna) e vede una maggiore sopravvivenza nella donna.

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.

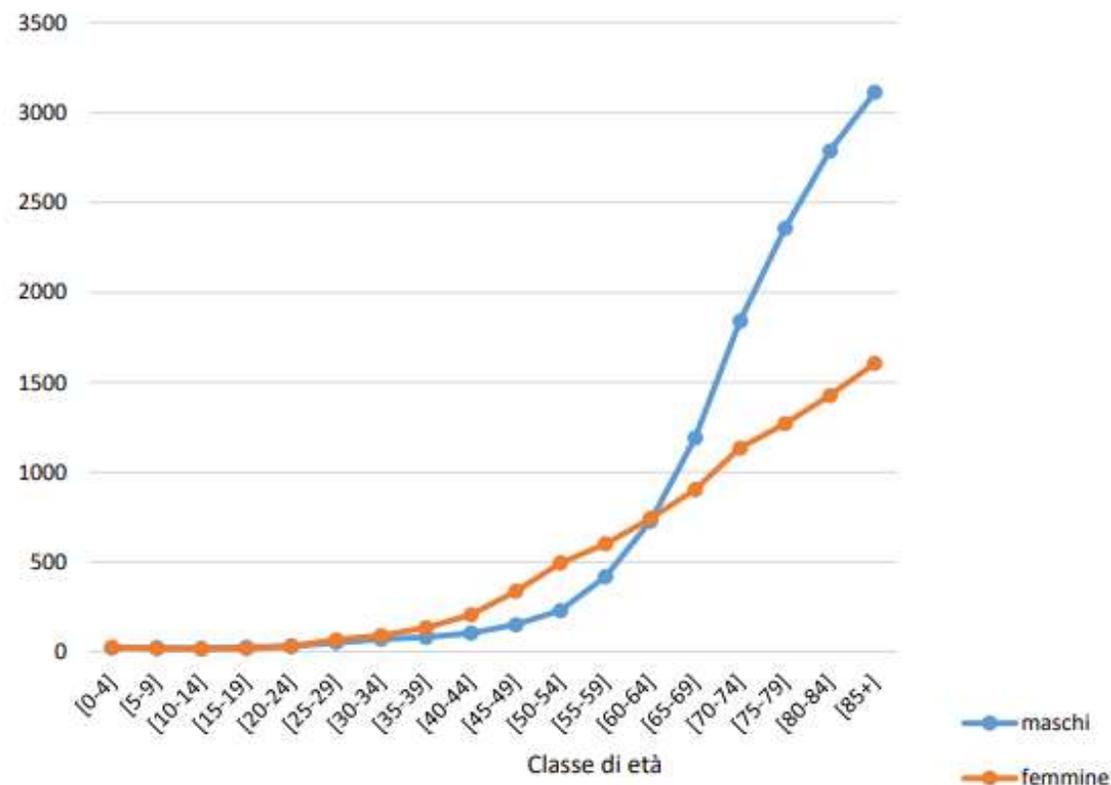
Studi epidemiologici hanno evidenziato significative differenze di genere nell'incidenza, nell'aggressività, nella progressione, nella prognosi e nella risposta alla terapia, inclusa l'immunoterapia, in molte tipologie di tumori comuni ai due sessi.

Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere (in attuazione dell'articolo 3, comma 1, Legge 3/2018)

TUTTI I TUMORI (LAZIO RTL 2017): donne vs uomini



Andamento temporale donne uomini/100.000



Il trend per classi di età mostra un incremento maggiore negli uomini

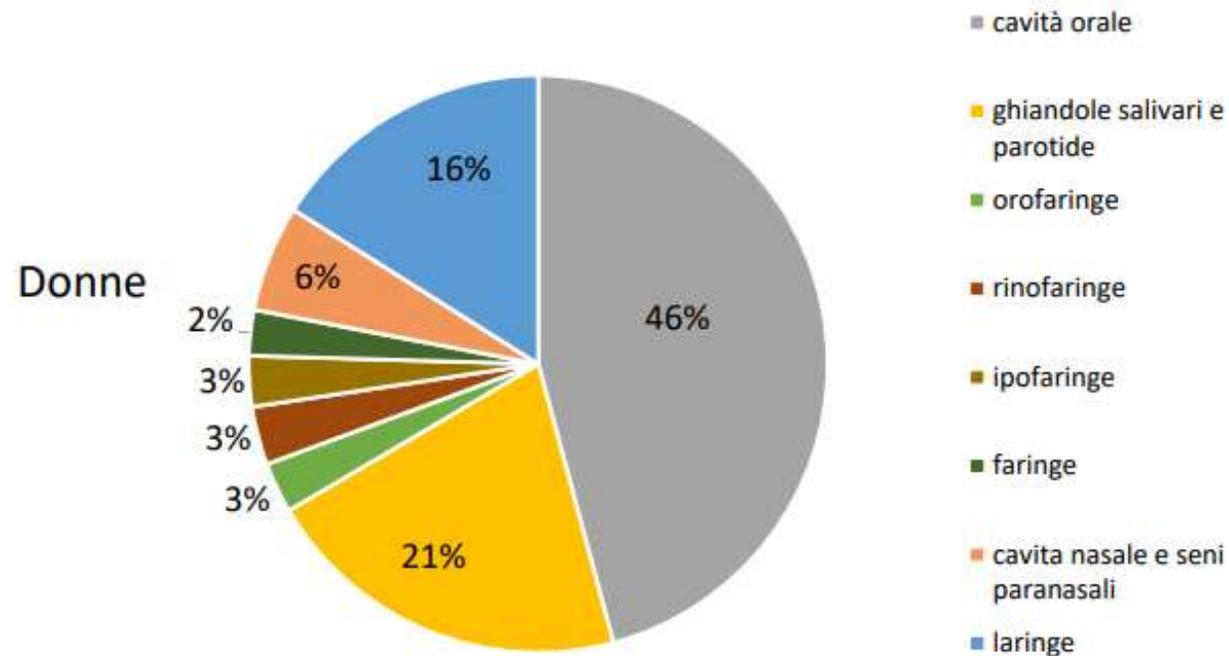
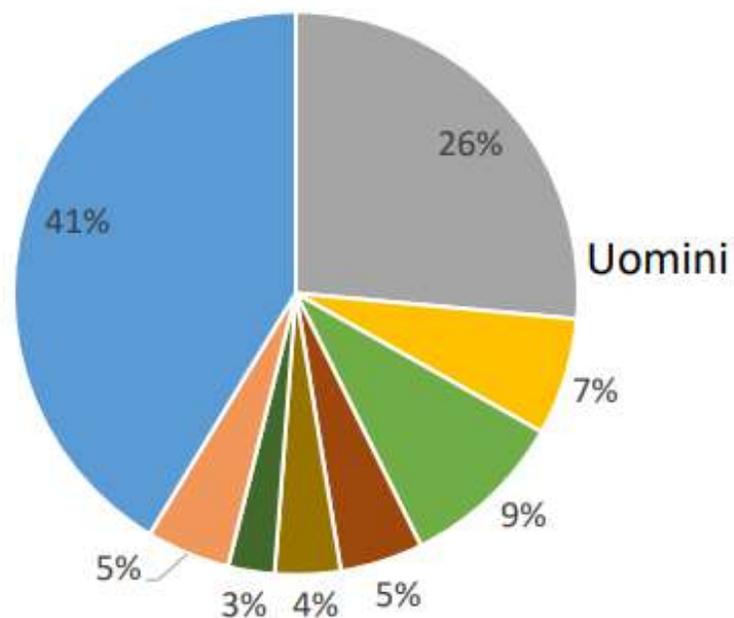


SALUTE LAZIO
SISTEMA SANITARIO REGIONALE



REGIONE
LAZIO

TESTA- COLLO (RTL 2017)



- **Maggiore incidenza negli uomini: rapporto M/F = 2,6: 1**
- **Differenze importanti per sottosede**

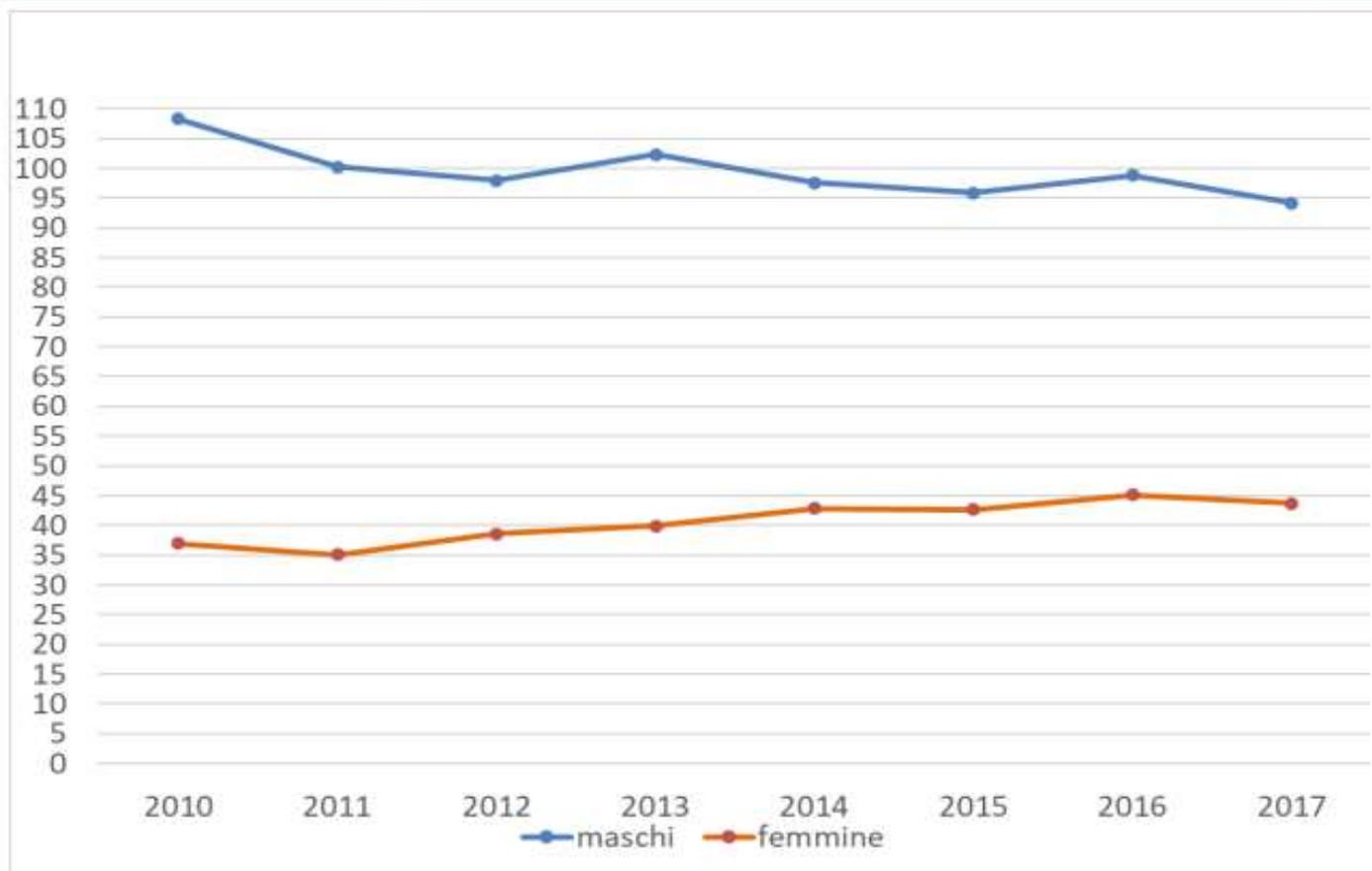


SALUTE LAZIO
SISTEMA SANITARIO REGIONALE



**REGIONE
LAZIO**

POLMONE (x100.000 – RTL 2017)



- **Rapporto M/F= 1.9:1. Rispetto ai dati nazionali a Roma e nel Lazio è elevata l'incidenza nelle donne**
- **I tumori a grandi cellule sono la morfologia più frequente (55% uomini vs 60% donne); carcinomi a piccole cellule (11% uomini vs 6% donne)**

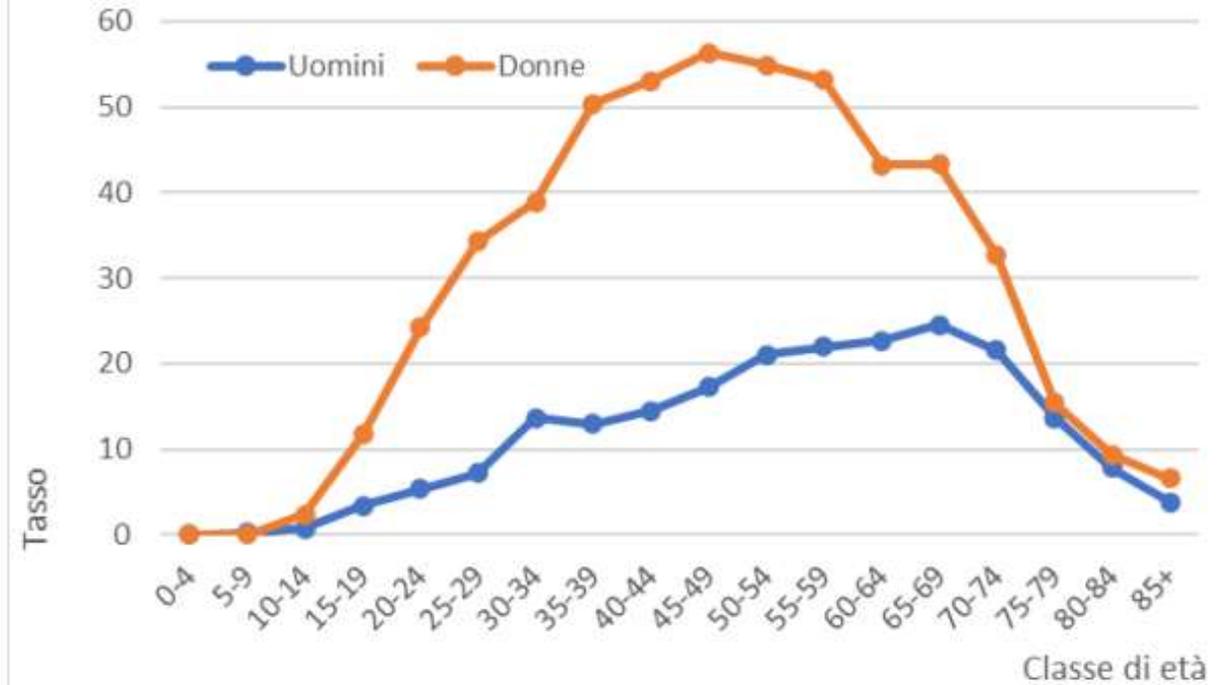
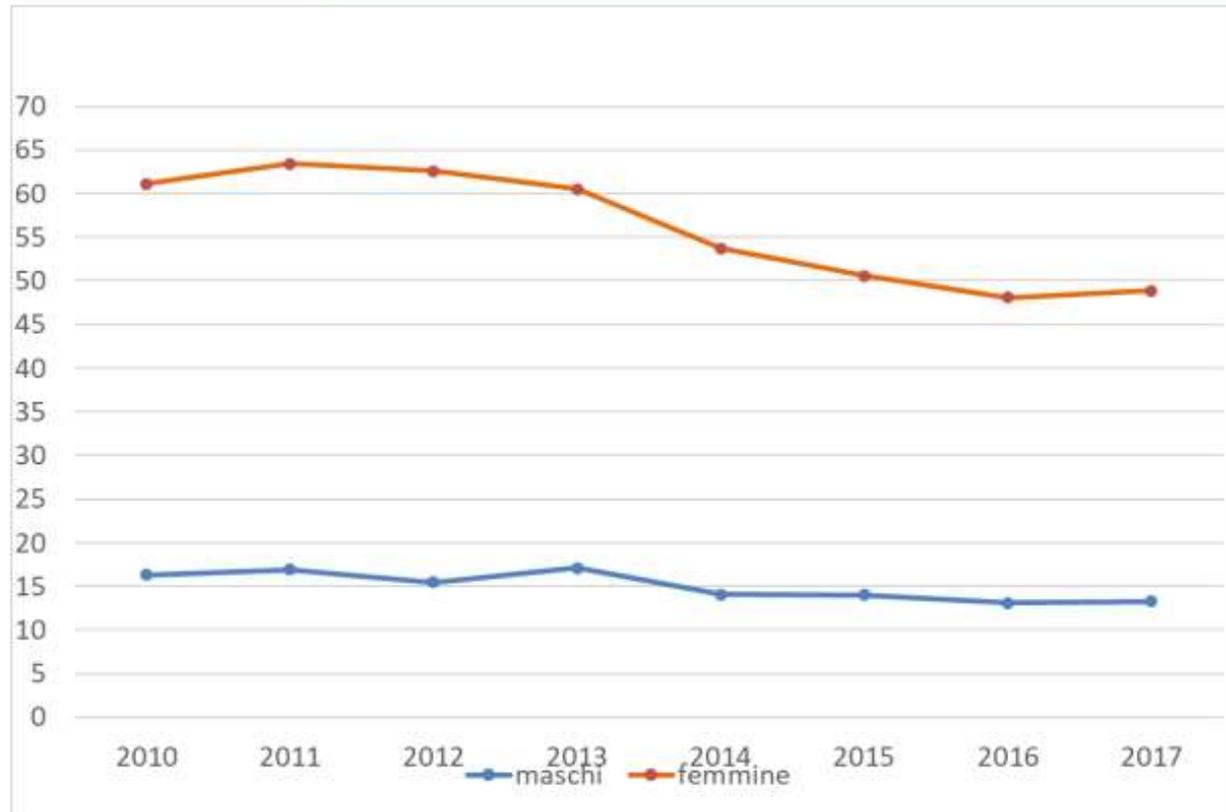


SALUTE LAZIO
SISTEMA SANITARIO REGIONALE



**REGIONE
LAZIO**

TIROIDE (x100.000 – RTL 2017)



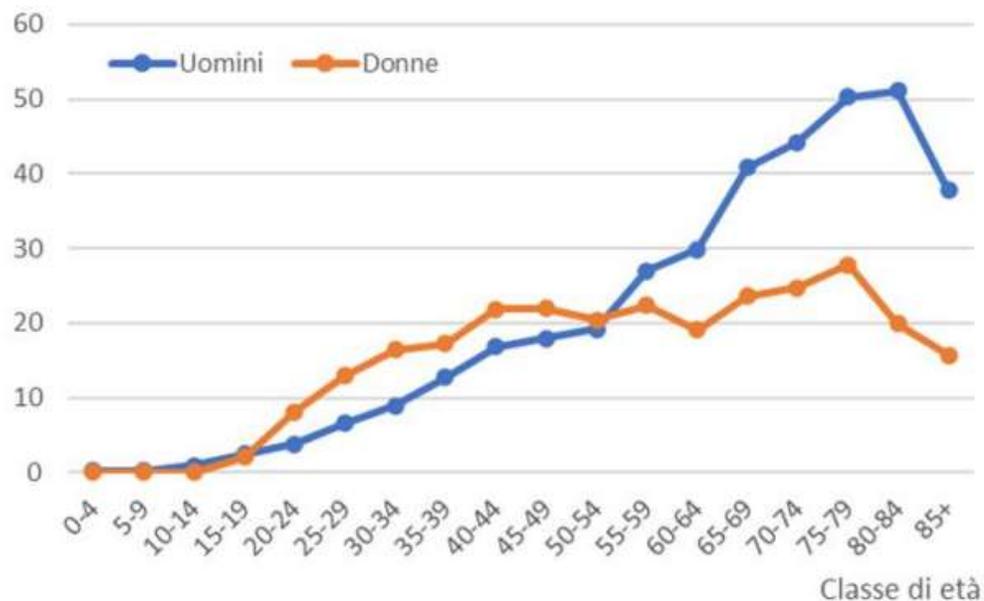
Andamento temporale per genere

- Rapporto M/F=0,34:1

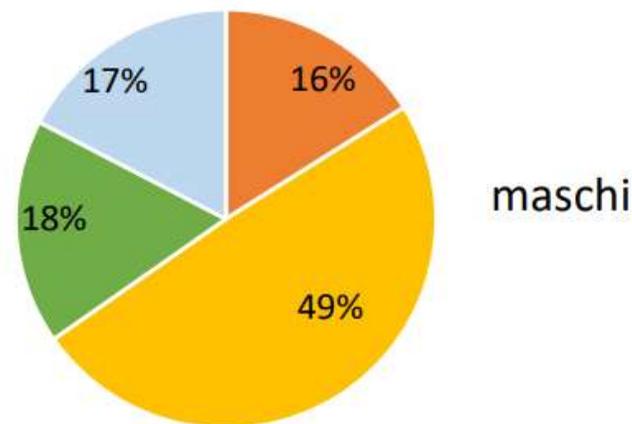
Incidenza per classi di età (aa 2017)

Melanoma cutaneo (x100.000 – RTL 2017)

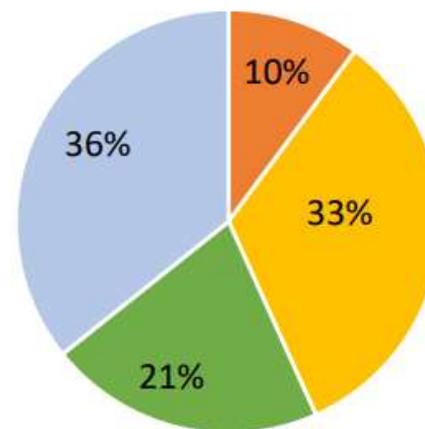
Fino ai 50 anni i tassi di incidenza più elevati nelle donne, nelle età superiori negli uomini



femmine



maschi



Diversa localizzazione:

la sede anatomica più comune negli uomini è il tronco
nelle donne gli arti inferiori

- testa-collo
- tronco
- arti superiori
- arti inferiori



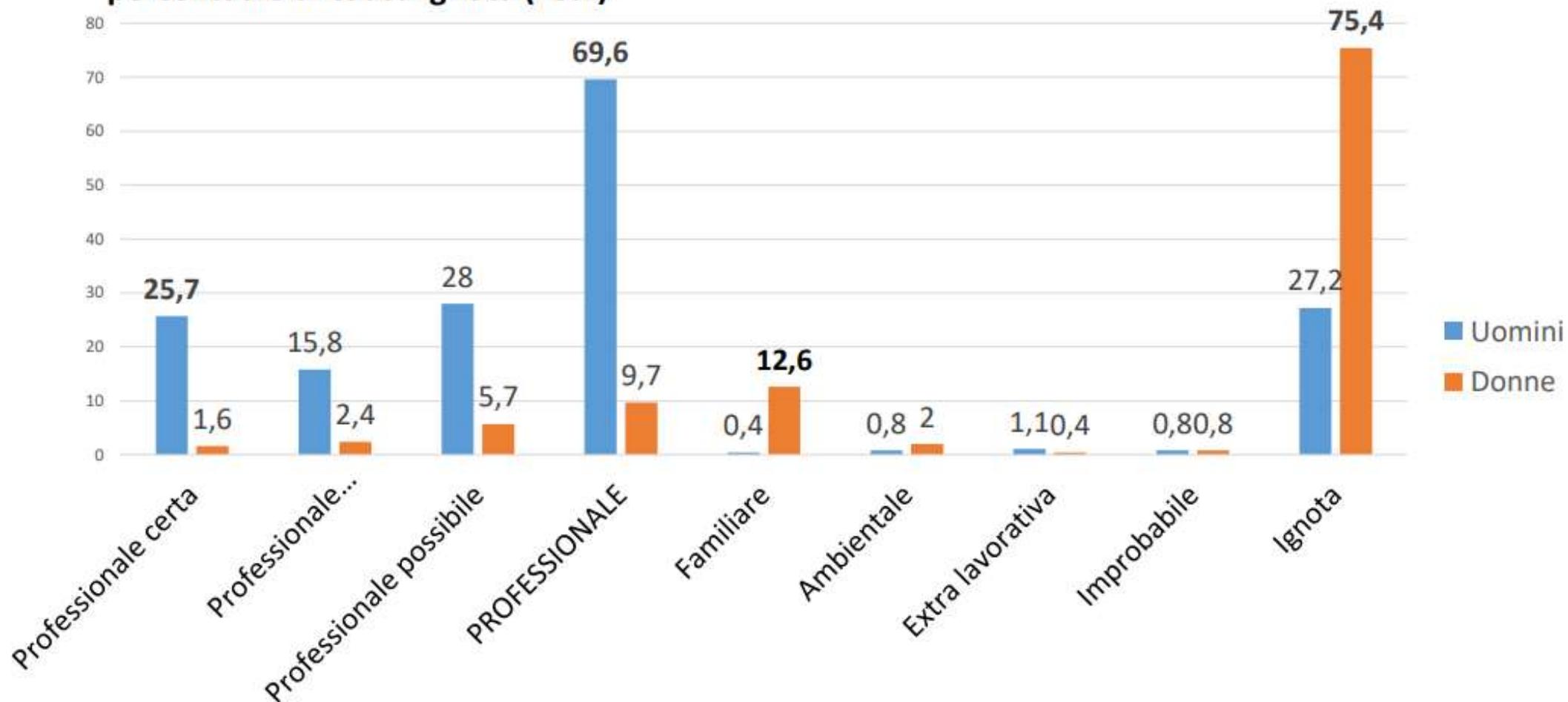
SALUTE LAZIO
SISTEMA SANITARIO REGIONALE



REGIONE
LAZIO

MESOTELIOMA : FONTE DI ESPOSIZIONE (COR Lazio 2001-2021)

69.6% causa professionale negli uomini; donne più elevata causa familiare e alta percentuale di causa ignota (75%)



SALUTE LAZIO
SISTEMA SANITARIO REGIONALE



**REGIONE
LAZIO**



Prevenzione

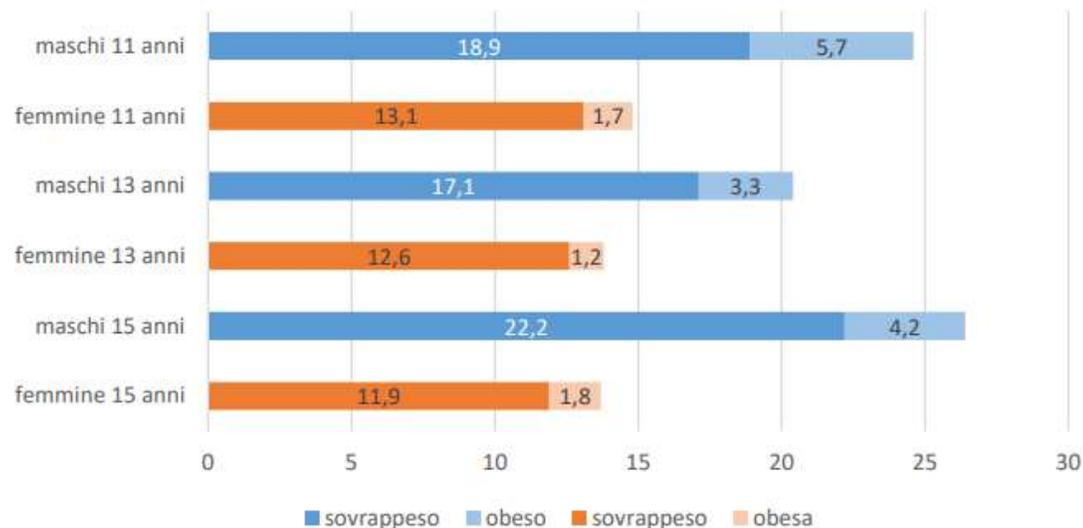
stimolare l'astensione dal fumo, fattore di rischio che si è dimostrato più dannoso specificamente per le donne in relazione sia alle patologie cardiovascolari, sia alle patologie dell'apparato respiratorio;

ricercare strategie di stimolazione degli stili di vita preventivi (fumo/attività fisica/dieta) le motivazioni per cui le donne fumano, non praticano sport, mangiano troppo o bevono sono diverse da quelle degli uomini. Per esempio, ben il 47% delle donne non pratica alcuna forma di attività fisica e solo il 16% dichiara di fare sport con continuità a causa degli impegni familiari (principalmente la cura dei figli e della casa);

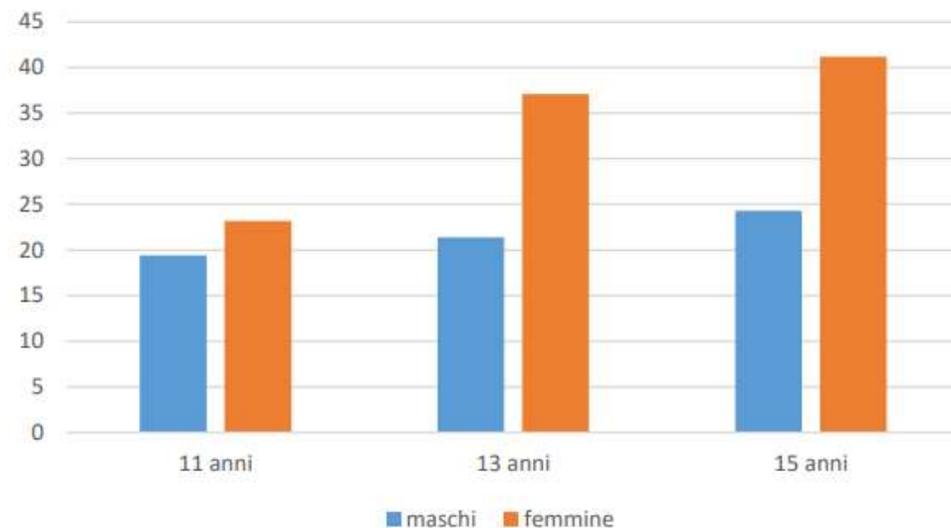
monitorare le pratiche vaccinali in particolare HPV; incentivare la pratica degli screening ginecologico e mammografico con particolare riguardo alle donne immigrate, che molto spesso non ne sono a conoscenza e necessitano di spiegazioni a riguardo, promuovere in modo corretto lo screening del colon retto.

Obesità in età pediatrica: femmine vs maschi (Fonte: rapporto indagine HBSC ISS Lazio, 2021)

Frequenza di sovrappeso e obesità per genere ed età nei ragazzi di 11-15 anni (HBSC)



Frequenza di ragazzi di 11-15 anni che si sentono grassi o molto grassi per genere (HBSC)

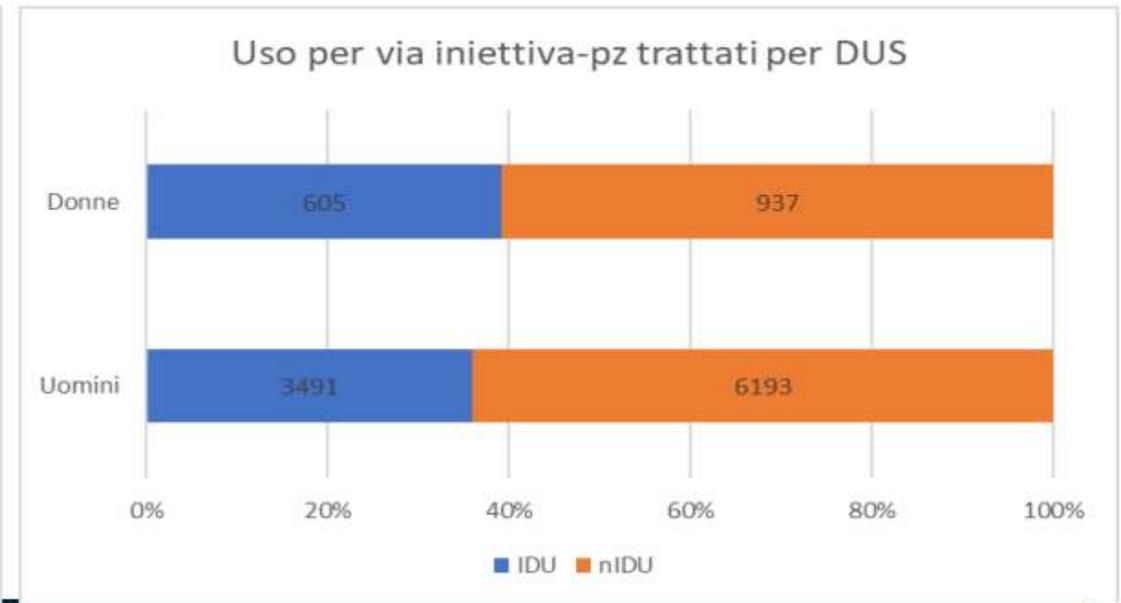
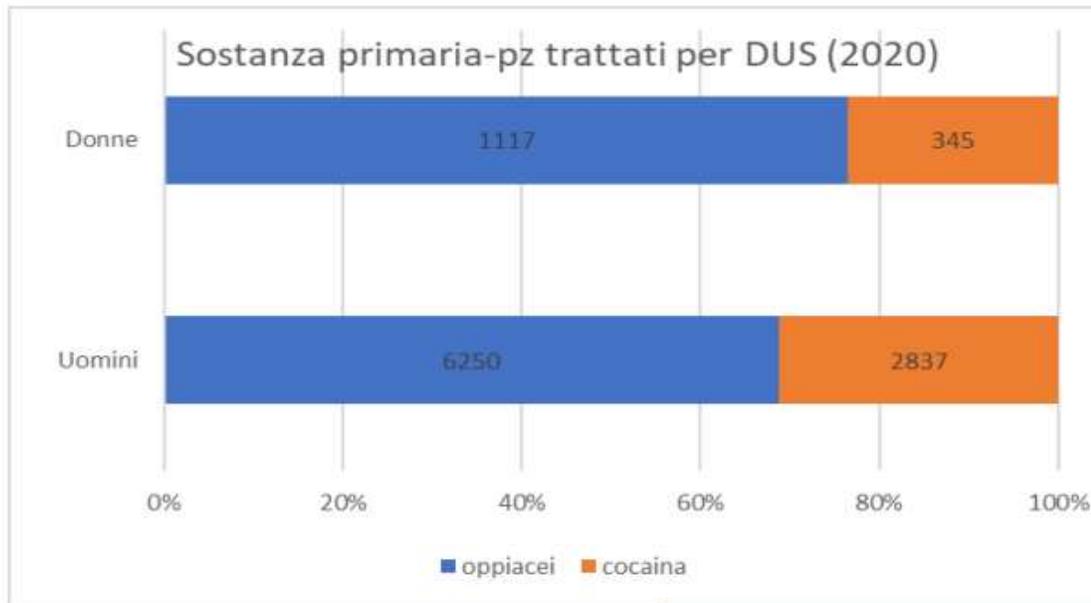


I maschi hanno una maggiore prevalenza di obesità, ma una minore percezione dei problemi di peso



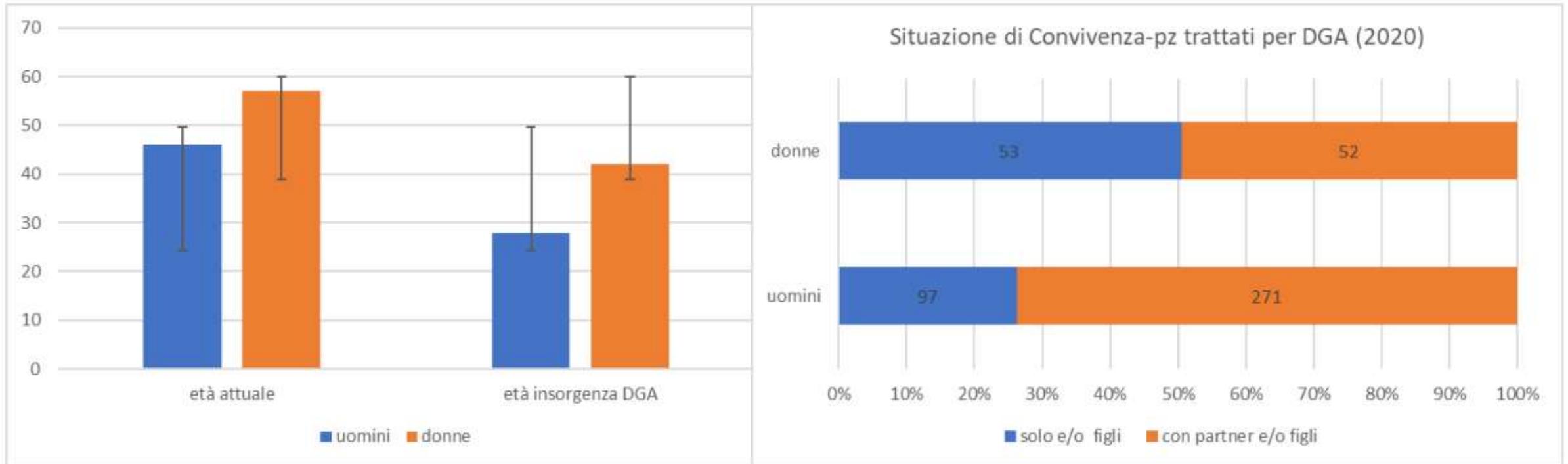
Trattamento per Disturbo da Uso di Sostanze

- Nel Lazio, come in Italia, il rapporto uomini/donne in trattamento è 6:1 (fonte SIRD, 2020)
- Le donne affette da DUS presentano una maggiore severità.



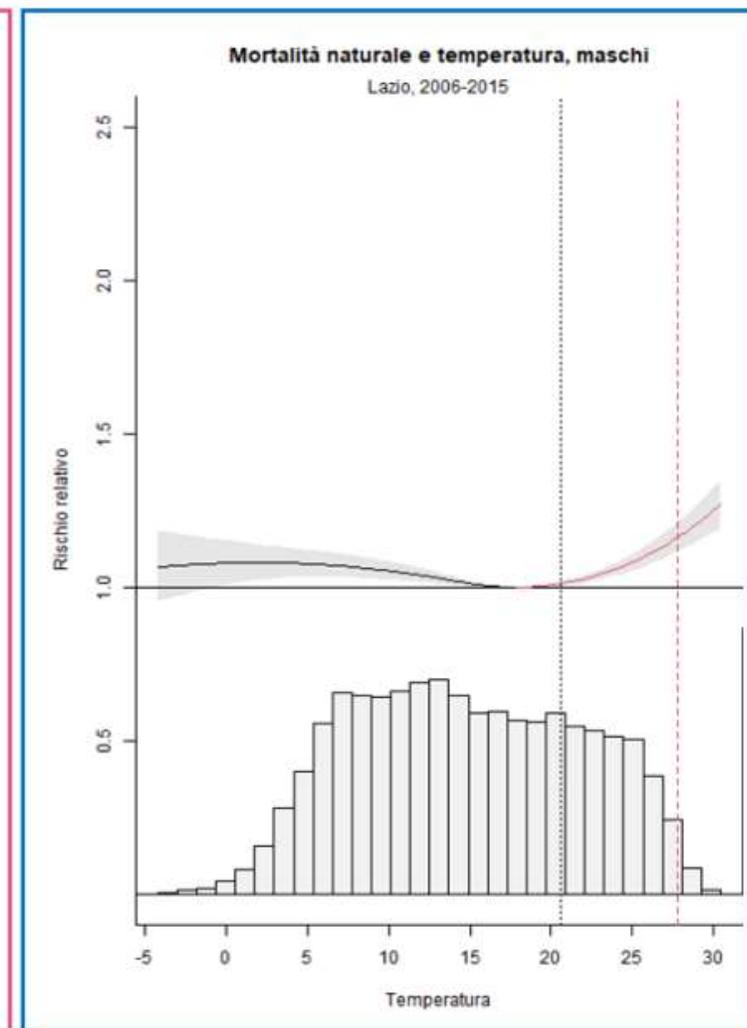
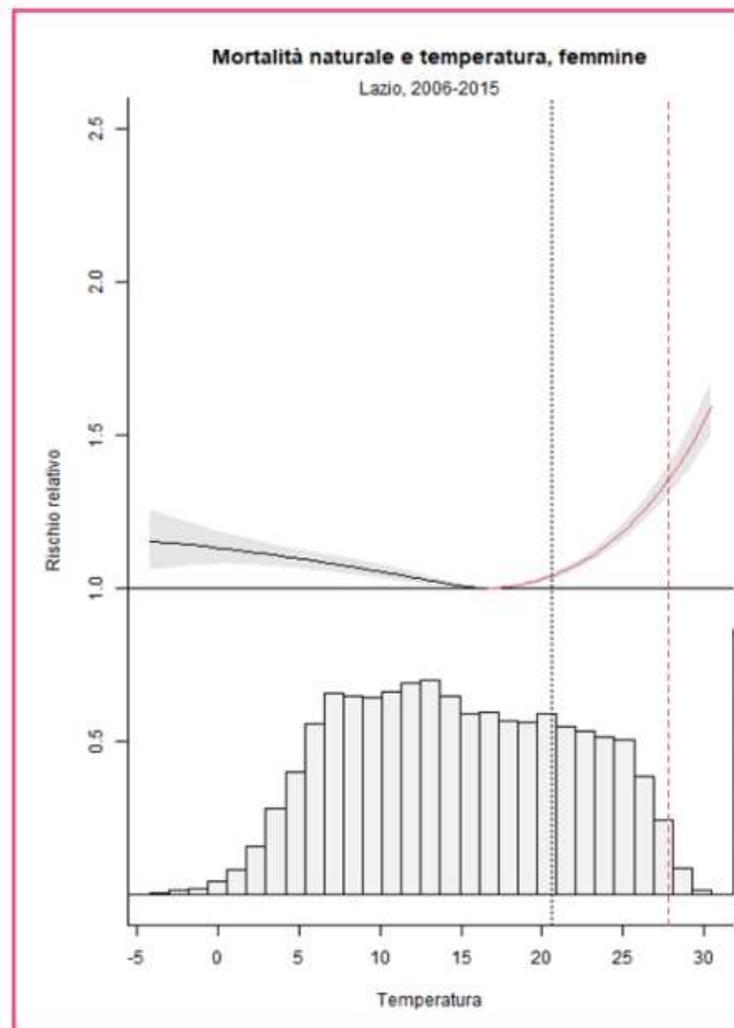
Trattamento per Disturbo da Gioco d'Azzardo

- Rapporto uomini/donne in trattamento è 4:1.
- Le donne sono più anziane e più sole



TEMPERATURA E MORTALITA'

La relazione tra temperatura e mortalità per cause naturali evidenzia un **maggior effetto delle elevate temperature nelle femmine**





Malattie neurologiche

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.

Tali differenze strutturali spiegano la **migliore integrazione tra percezione e azione coordinata nei maschi**, che hanno un vantaggio nei compiti visuo-spaziali, e **tra elaborazione logica e pensiero intuitivo nelle donne**, che sono più performanti nei compiti verbali.

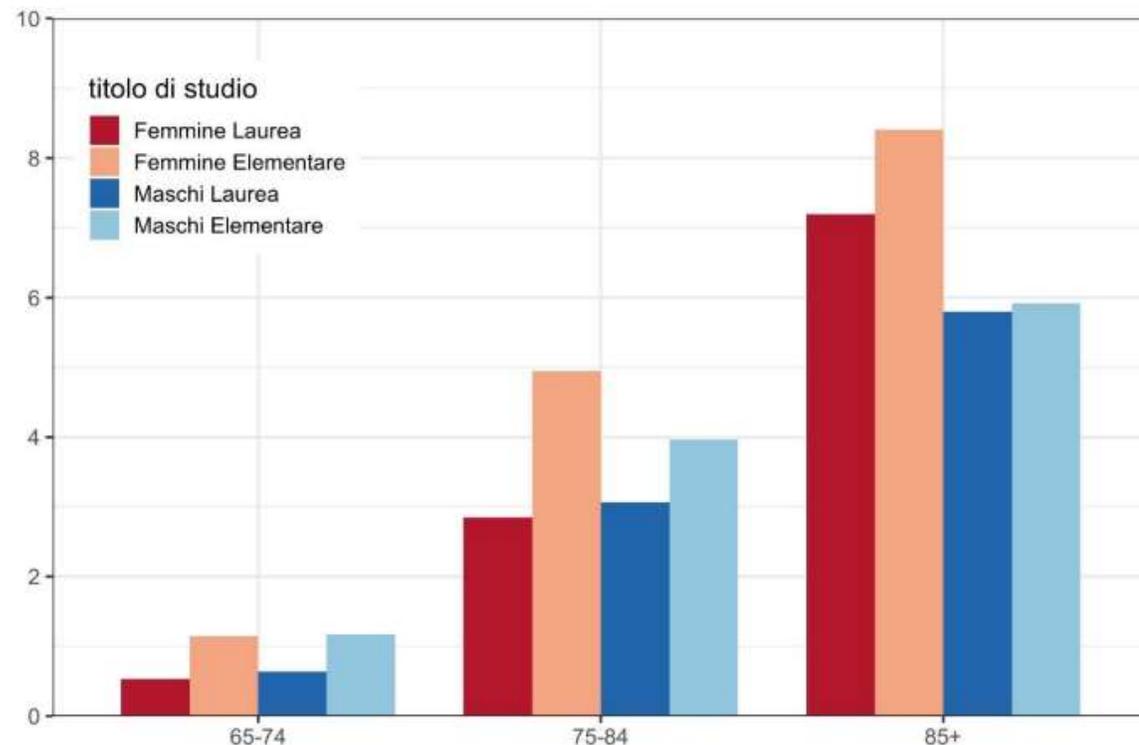
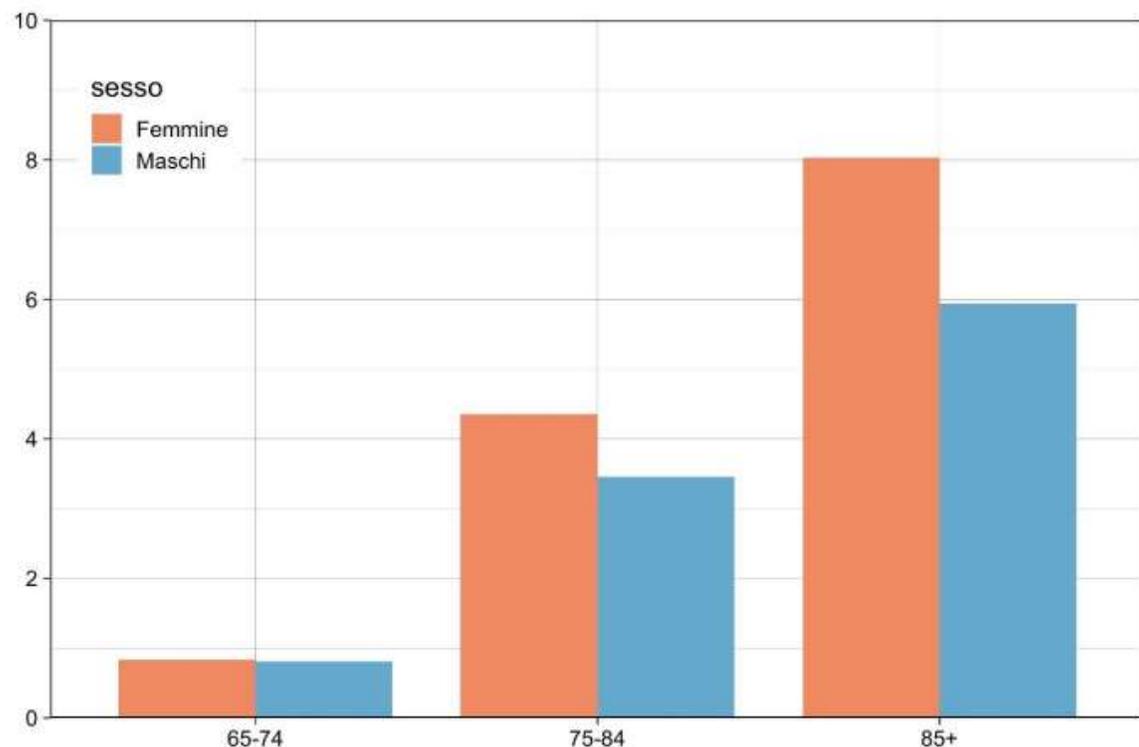
Studi epidemiologici di incidenza e prevalenza delle malattie neurologiche nei due sessi includono tra **i fattori di rischio per specifiche condizioni morbose: il dimorfismo cerebrale sessuale, i fattori genetici, ormonali, immunologici e la risposta a stress psicosociali.**

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.

Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere (in attuazione dell'articolo 3, comma 1, Legge 3/2018)

Alzheimer e altre demenze (x100.000 – CREG 2020)

- Le donne hanno una maggior prevalenza
- La differenza aumenta con l'età



- Disuguaglianze per titolo di studio più marcate nelle donne



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.

La determinazione della densità minerale ossea è testata 4 volte di meno nell'uomo.

L'osteoartrite in Italia colpisce oltre 4 milioni di persone, con costi associati di oltre 6,5 miliardi di euro.

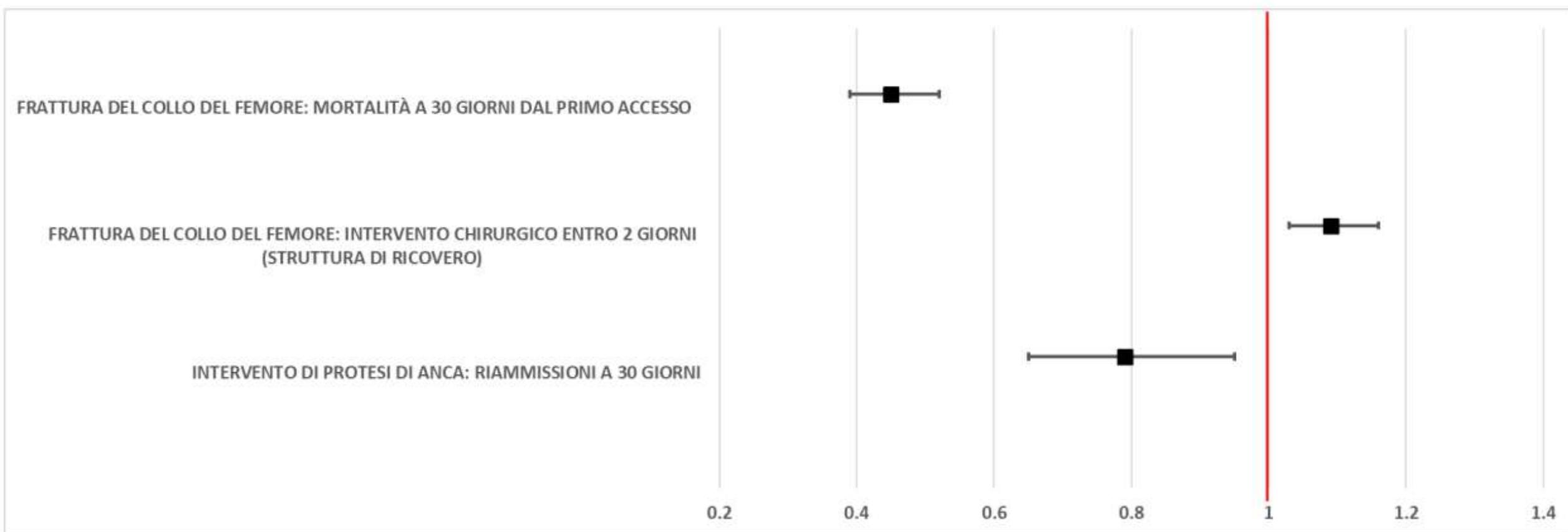
Uomini e donne prima dei 50 anni ne soffrono in percentuale simile ma, superati i 60 anni, le donne sono progressivamente più a rischio, fino a soffrirne il doppio degli uomini, con un crescente numero di articolazioni coinvolte ed una crescente gravità del danno con l'età.

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.

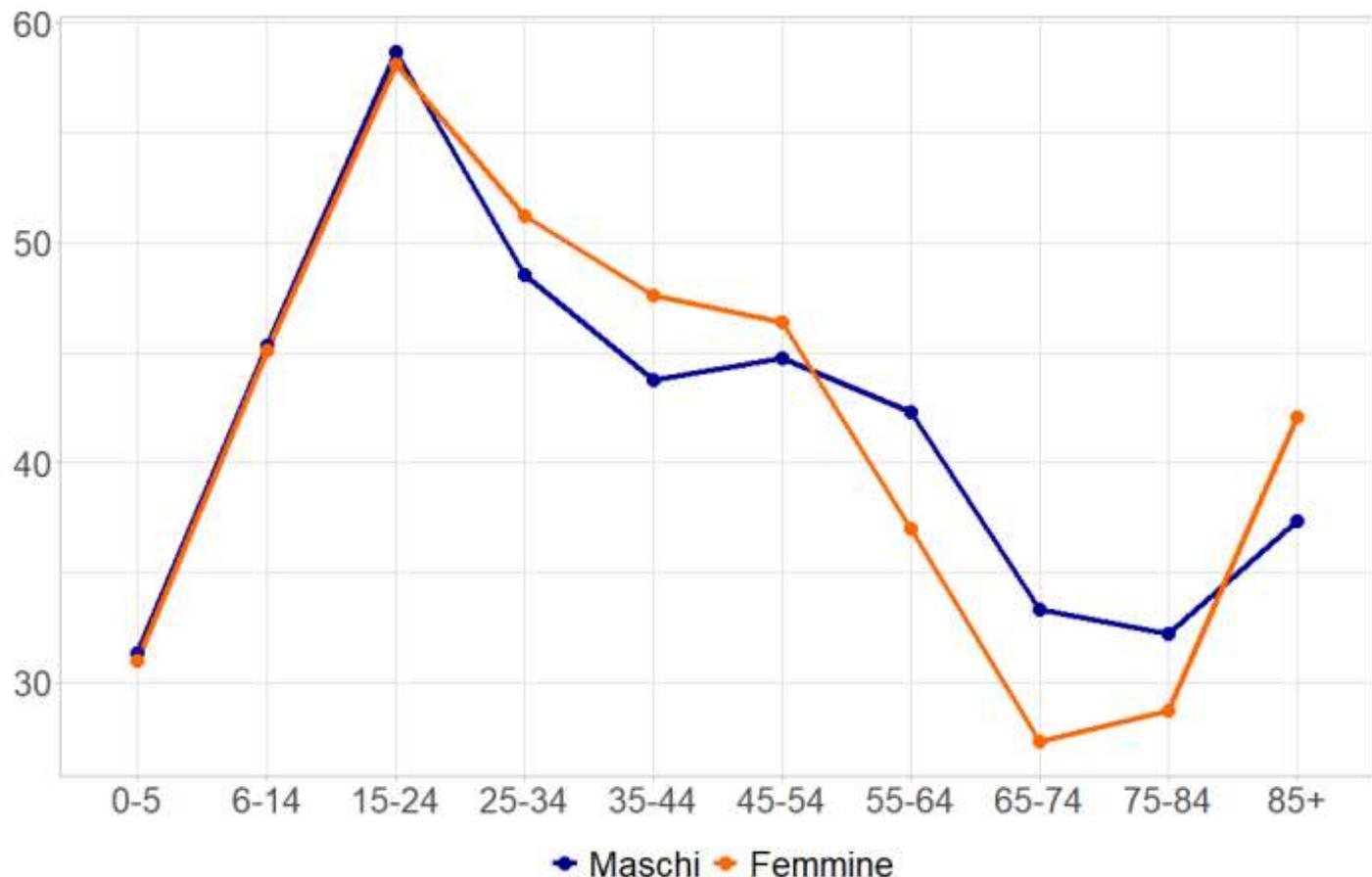
Le donne hanno, indipendentemente dall'età, un numero di comorbilità maggiore rispetto agli uomini e questo unito alla compromissione dell'unità muscolo-ossea genere-specifica, rappresenta un fattore determinante per i risultati della riabilitazione cardio-respiratoria e neuromotoria.

Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere (in attuazione dell'articolo 3, comma 1, Legge 3/2018)

MUSCOLOSCHIELETICO - RR FEMMINE VS MASCHI - ANNO 2020 - PReValE



DIFFERENZE NELL'INCIDENZA DI INFEZIONE DA SARS-CoV-2



Incidenza cumulativa per 1000 anni persona

Casi di infezione da SARS-CoV-2 dal 20/2/2020 al 30/9/2021 nel Lazio:

174.783 maschi
185.678 femmine

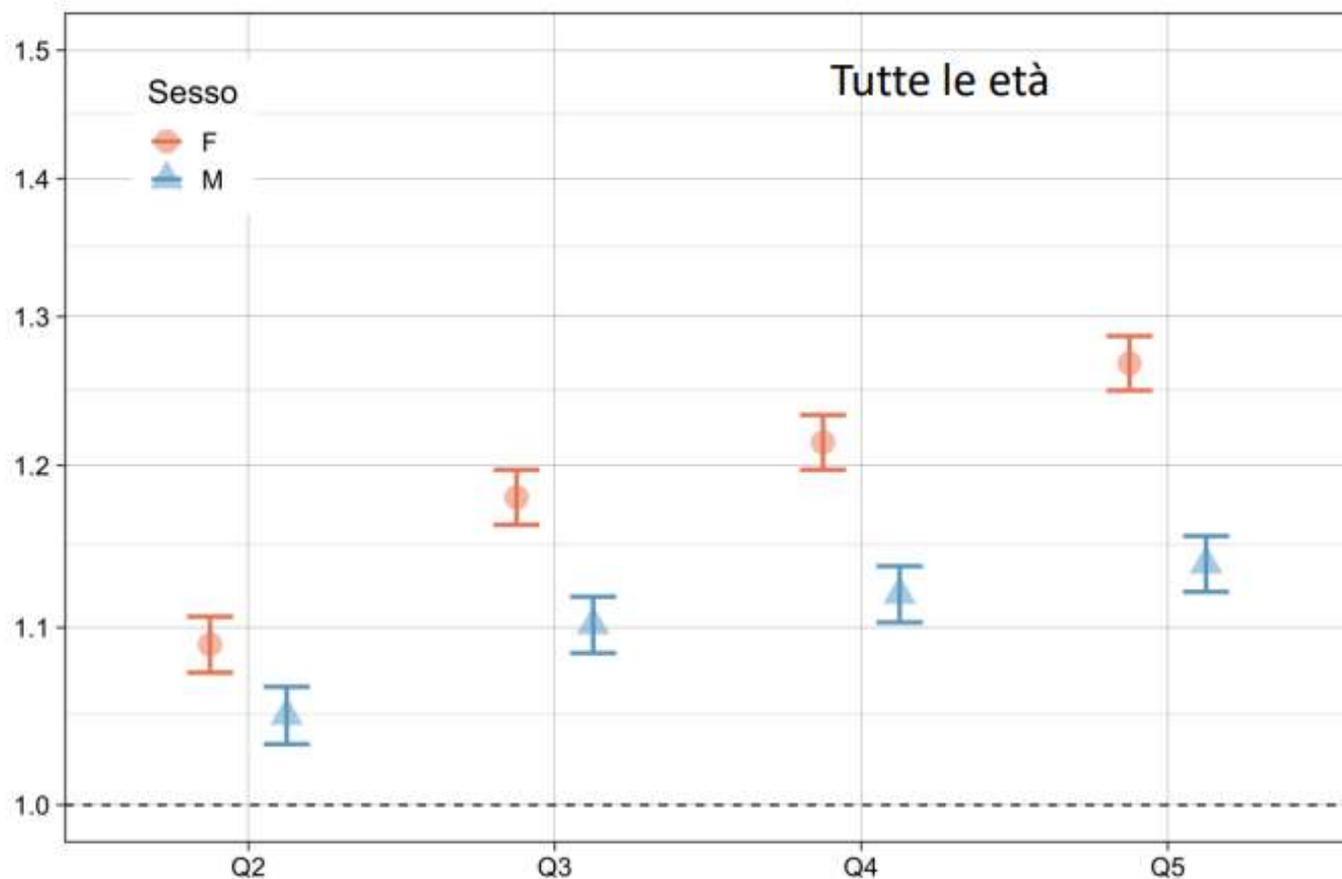


SALUTE LAZIO
SISTEMA SANITARIO REGIONALE



**REGIONE
LAZIO**

DEPRIVAZIONE E INCIDENZA DI INFEZIONE DA SARS-CoV-2



Popolazione del Lazio seguita da febbraio 2020 a settembre 2021

Indicatore di deprivazione alla residenza

Esistono disuguaglianze socioeconomiche nell'infezione sia negli uomini che nelle donne, ma sono molto più accentuate nelle donne

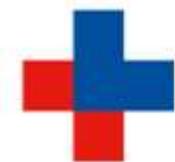
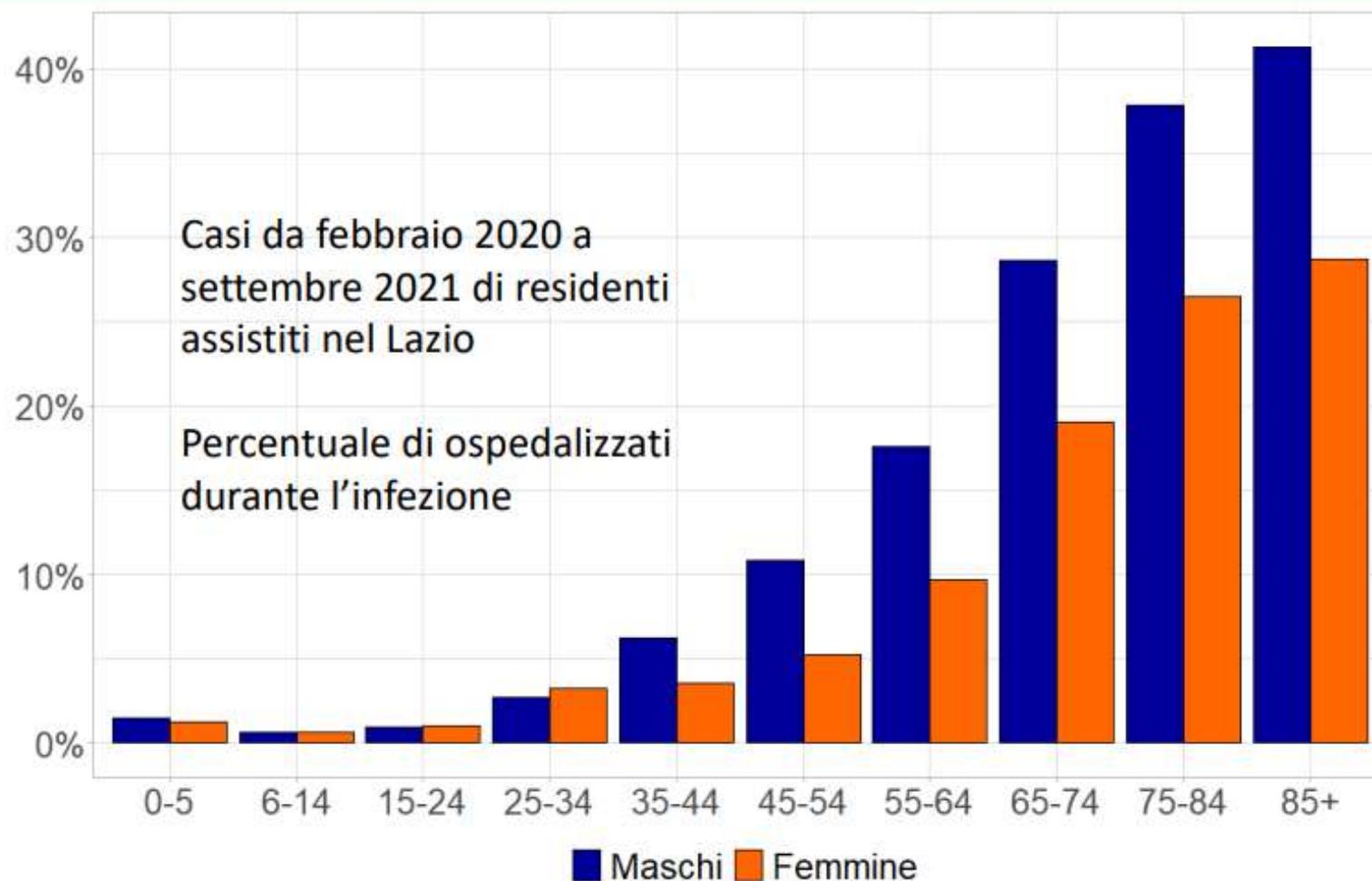


SALUTE LAZIO
SISTEMA SANITARIO REGIONALE

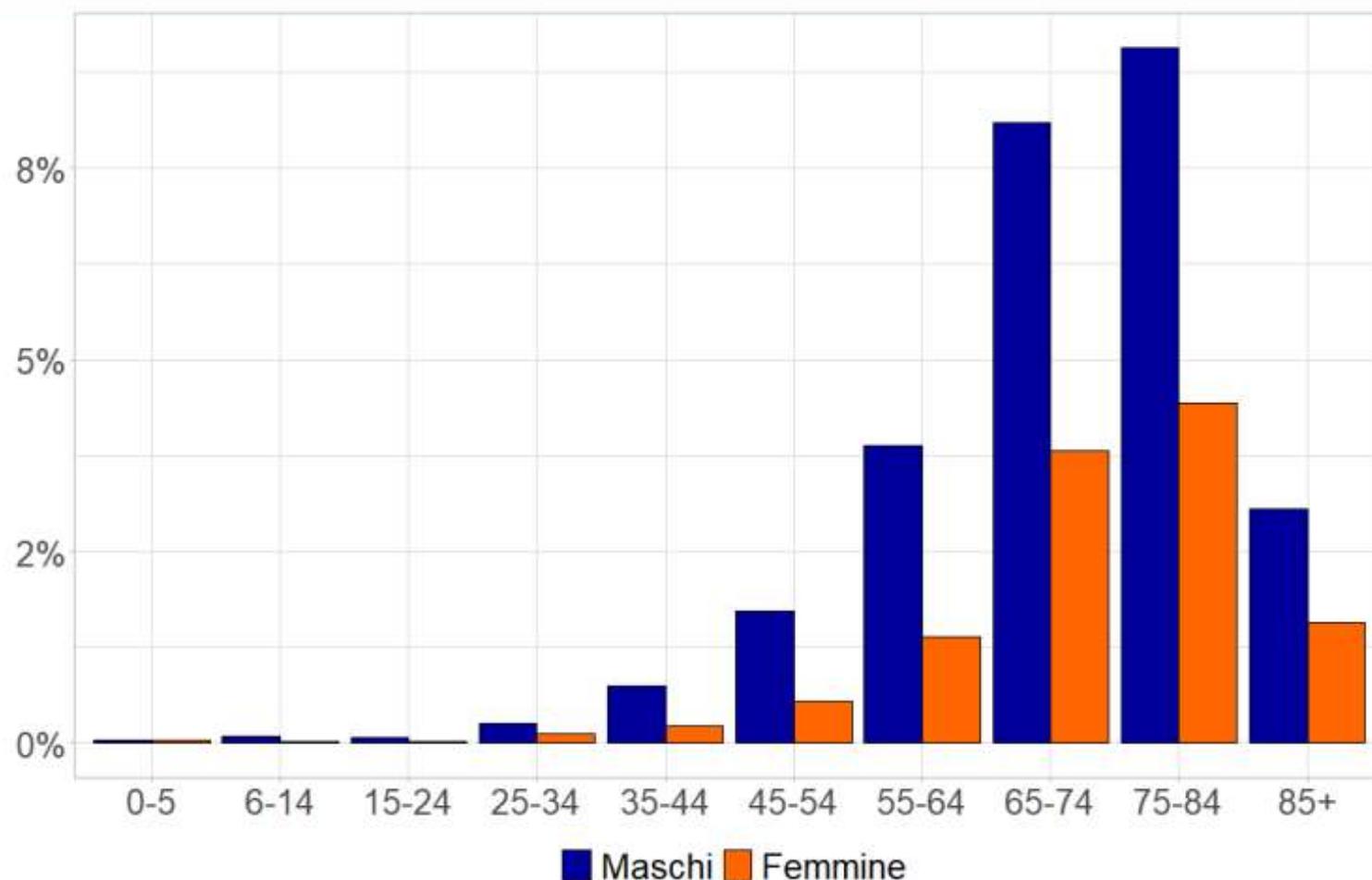


**REGIONE
LAZIO**

DIFFERENZE NEGLI ESITI: OSPEDALIZZAZIONE COVID-19



DIFFERENZE NEGLI ESITI: TERAPIA INTENSIVA



Casi da febbraio 2020 a settembre 2021 di residenti assistiti nel Lazio

Percentuale di soggetti ammessi in terapia intensiva durante l'infezione

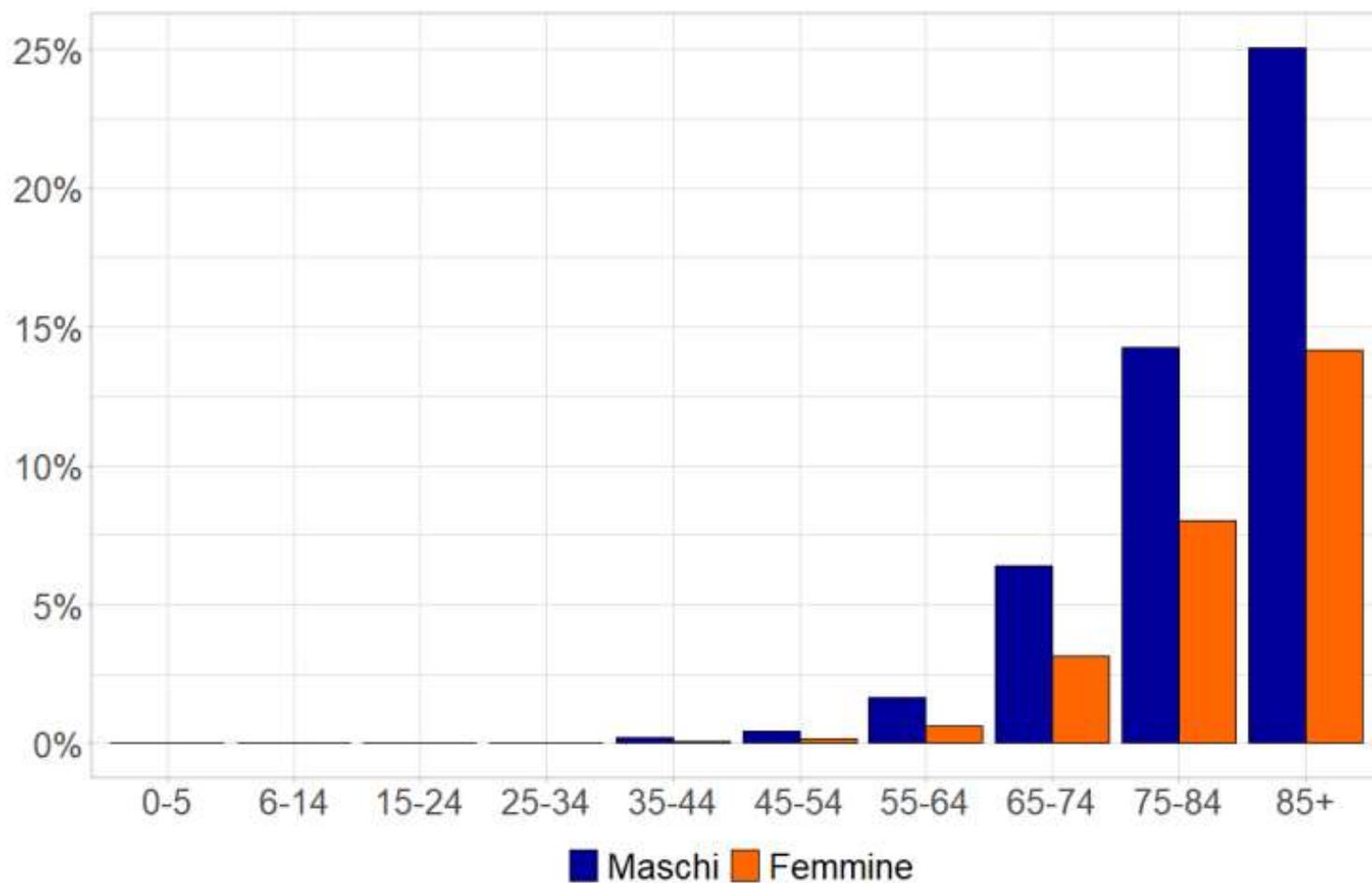


SALUTE LAZIO
SISTEMA SANITARIO REGIONALE



**REGIONE
LAZIO**

DIFFERENZE NEGLI ESITI: MORTALITA' A 40gg DALL'INFEZIONE



Casi da febbraio 2020 a settembre 2021 di residenti assistiti nel Lazio

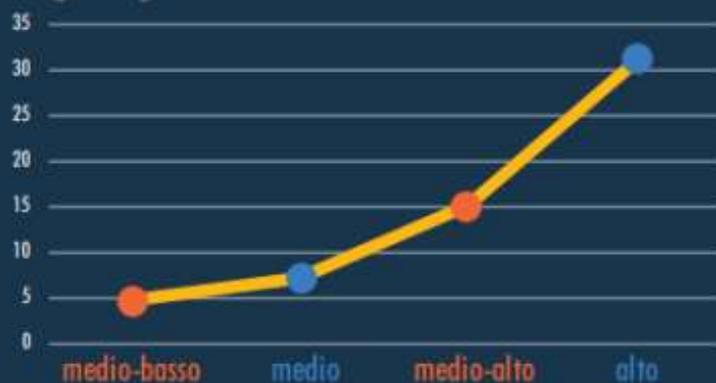
Percentuale di soggetti morti per COVID-19 a 40 giorni dall'infezione

VACCINAZIONE COVID-19

PROBABILITÀ DI NON VACCINARSI



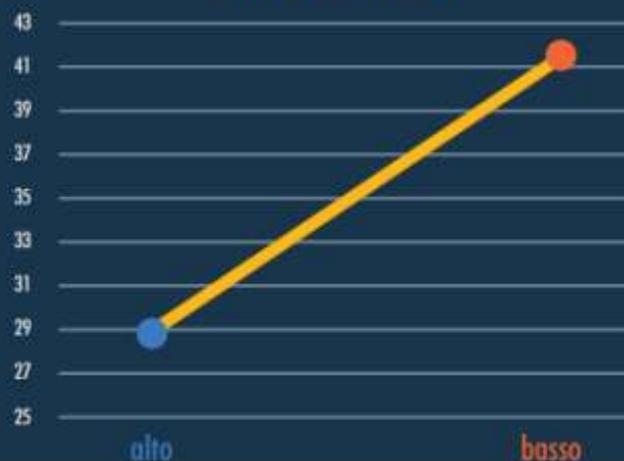
INDICE DI DEPRIVAZIONE*



* L'indice di deprivazione è un indicatore composito che attribuisce un valore a ogni sezione di censimento italiano. Le variabili incluse nell'indicatore sono: istruzione, occupazione, tipologia familiare, densità abitativa, proprietà dell'abitazione.



TITOLO DI STUDIO



A parità di età, luogo di nascita, patologie croniche, istruzione e deprivazione dell'area di residenza

LA PROBABILITÀ DI NON ESSERE VACCINATE/I È DEL **6% PIU' ELEVATA** NELLE DONNE CHE NEGLI UOMINI

Popolazione Lazio 35+ al 22/12/21



SALUTE LAZIO
SISTEMA SANITARIO REGIONALE



REGIONE
LAZIO



Riabilitazione



«La riabilitazione è un complesso processo di soluzione di problemi e di educazione nel corso della quale si porta una persona con disabilità a raggiungere il miglior livello di autonomia possibile sul piano fisico, funzionale, sociale, intellettuale e relazionale, con la minor restrizione delle sue scelte di vita, pur nei limiti della menomazione residua»

«Nelle persone che tornano a vita attiva dopo evento disabilitante emergono priorità diverse di partecipazione: nei maschi l'obiettivo principale è il ritorno a lavoro full-time, mentre per le femmine la priorità è il recupero della gestione familiare (in rapporto al numero dei figli) e, poi, un lavoro part time».

Donatella Saviola Medico Neurologo, Responsabile Area Riabilitazione Età Evolutiva e Servizio di Terapia Occupazionale, [Centro Cardinal Ferrari, Santo Stefano Riabilitazione](#)



Medicina di Genere in Sanità pubblica

L'attenzione al genere in sanità pubblica è una scelta strategica di politica sanitaria che ha come finalità l'appropriatezza sia nella prevenzione che nella diagnosi, sia nella cura che nella riabilitazione ed è indirizzata ad affrontare tutte quelle malattie comuni a uomini e donne, come le malattie cardiovascolari, neurodegenerative, autoimmuni, respiratorie e i tumori, che presentano importanti differenze tra i due sessi non solo nell'incidenza, ma anche nella sintomatologia, nella prognosi e nella risposta ai trattamenti.

Quaderni del Ministero della salute n. 26, aprile 2016

Dimensioni di analisi

1. **Comportamenti di salute** negli stili di vita così come nel vissuto individuale e nel diverso ruolo sociale
2. **Stato di salute** nell'incidenza di molteplici patologie, croniche o infettive, nella tossicità ambientale e farmacologica, nelle patologie lavoro correlate, salute mentale e disabilità, in tutte le fasce di età (infanzia, adolescenza, anziani) e in sottogruppi di popolazione svantaggiati
3. **Ricorso ai servizi sanitari** per prevenzione (screening e vaccinazioni), diagnosi, ricovero, medicina d'urgenza, uso di farmaci e dispositivi medici
4. **Vissuto di salute**, atteggiamento nei confronti della malattia, percezione del dolore, etc.
5. **Genere** (al momento codificato come sesso)

Nel Quadro Sinottico, disponibile sul sito dell'Osservatorio dell'I.S.S. e parte integrante di questo lavoro, vengono individuati gli indicatori disponibili per ogni dimensione.

Nuovo Sistema di Garanzia

Nel decreto del Ministro della Salute n. 12 marzo 2019 “Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell’assistenza sanitaria” sono definiti 88 indicatori ripartiti tra le seguenti aree dell’assistenza sanitaria:

- **prevenzione collettiva e sanità pubblica:** 16 indicatori;
- **assistenza distrettuale:** 33 indicatori;
- **assistenza ospedaliera:** 24 indicatori;
- **indicatori di contesto per la stima del bisogno sanitario:** 4 indicatori;
- **indicatori di l’equità sociale:** 1 indicatore;
- **indicatori per il monitoraggio e la valutazione dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA):** 10 indicatori.

Indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia selezionati per le diseguaglianze di genere

Per misurare le diseguaglianze di genere sono stati selezionati solo alcuni indicatori del Nuovo sistema di Garanzia considerando le azioni da monitorare che prevedessero il rapporto diretto sull'individuo e sui suoi bisogni e non fossero indicatori esclusivamente di efficienza/inefficienza della macchina organizzativa.

PREVENZIONE:

- P05C, Copertura vaccinale anti-HPV
- P06C, Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano
- P07Ca, Denunce d'infortunio sul lavoro, ispezioni
- P07Cb, Denunce d'infortunio sul lavoro, controlli
- P14C - Indicatore composito sugli stili di vita
- P15C - Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto

CONTESTO ed EQUITA':

- C001 - Buona salute percepita
- C002 - Sovrappeso ed obesità nei bambini
- C003 - Fragilità nell'anziano (≥ 65 anni)
- C004 - Indice di cronicità
- EO01- Rinuncia a prestazioni sanitarie per inappropriata organizzazione nell'offerta dei servizi e/o ragioni economiche

Indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia per le diseguaglianze di genere

DISTRETTUALE:

- D01C - Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi entro 12 mesi da un episodio di Infarto Miocardico Acuto (IMA)
- D03C – Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco
- D04C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite
- D05C - Tasso di accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab. residenti adulti)
- D07Cb - Tasso di accessi in PS nelle ore notturne, nei giorni prefestivi e festivi di minori con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1.000 ab. minori 0-14 anni)
- D08C - N° interventi per le patologie First Hour Quintet (FHQ) effettuati con mezzo di soccorso avanzato sul totale degli interventi per patologie First Hour Quintet (FHQ) per anno
- D12C - Consumo pro-capite di prestazioni di laboratorio
- D13C - Consumo pro-capite di prestazioni di RM osteoarticolari in pazienti anziani con più di 65 anni
- D14C - Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici
- D15C - Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi

Indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia per le diseguaglianze di genere

- D16C - Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Inibitori di pompa.
- D17C - Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antiipertensivi
- D18C - Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Statine
- D20Z - Tasso di pazienti adulti seguiti a domicilio con Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) base in rapporto alla popolazione residente
- D21Z - Tasso di pazienti minori seguiti a domicilio con Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) base in rapporto alla popolazione minore residente
- D22Z - Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA 2, CIA 3)
- D23Z - Tasso di PIC (Prese in Carico) in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3)
- D26C - Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche in rapporto alla popolazione residente maggiorenne
- D27C - Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche
- D28C - Numero di TSO a residenti maggiorenni in rapporto alla popolazione residente
- D29C - Tasso di ospedalizzazione di minori con diagnosi principale connessa con i problemi psichiatrici in rapporto alla popolazione di minori residenti
- D30Z - Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore
- D31C - Variazione % del rapporto tra il numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per i malati deceduti a causa di tumore e il numero dei deceduti per causa di tumore

Indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia per le diseguaglianze di genere

- D32Z - N° ricoveri Hospice con patologia oncologica, provenienti RO o da domicilio non assistito nei quali il periodo di ricovero in è \leq a 7 gg sul N° ricoveri Hospice malati con patologia oncologica
- D33Z - Numero di anziani con età \geq 75 anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale R1, R2, R3 in rapporto alla popolazione residente per 1000 abitanti.

OSPEDALIERA:

- H01Z - Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato per 1000 residenti
- H12C - % pazienti con ricovero ripetuto entro 30 gg con stessa MDC
- H13C - Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario
- H14C - % ricoveri riabilitazione post-acuti inappropriati
- H15S - Frequenza di embolie polmonari o DVT post-chirurgiche
- H016S - Frequenza di infezioni post-chirurgiche
- H22C- Mortalità a 30 giorni dall'intervento di bypass aorto-coronarico (BPAC)
- H23C- Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico
- H24C- Mortalità a 30 giorni dal ricovero per brocopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO)riacutizzata

Indicatori per l'ambito Prevenzione

Ad un'analisi degli indicatori della sezione PREVENZIONE si è evidenziato che alcuni di questi sono composti e multidimensionali, e potrebbero non essere adeguati a raggiungere gli obiettivi di valutazione previsti. Il gruppo di esperti della prevenzione ha quindi proposto un'integrazione degli stessi con indicatori dei PRP 2021-2025, in particolare per "P14C - Indicatore composito sugli stili di vita", considerando:

PNP MO1 Abitudine al fumo

PNP MO1 Sedentarietà/attività fisica

PNP MO1 Alimentazione

PNP MO1 Consumo a rischio di alcol

PNP-NSG MO1 Eccesso ponderale

All'interno di queste macro-sezioni verranno poi identificati indicatori puntuali per poter integrare quelli del NSG sopra riportati.

Obiettivi del sottogruppo di analisi dei Piani Regionali di Prevenzione

Obiettivo generale: Valutare se i flussi informativi ed i sistemi di sorveglianza possano essere di supporto a politiche sanitarie di promozione della salute e prevenzione orientate al genere

Obiettivi specifici:

1. Individuare i principali indicatori in uso a livello nazionale e regionale in grado di identificare, documentare e monitorare differenze di genere:
 - a. nei determinanti/fattori di rischio (inclusi gli stili di vita) per la salute in tutte le fasce di età (infanzia, adolescenza, anziani) e in sottogruppi di popolazione svantaggiati
 - b. nello stato di salute, nella prevalenza di patologie, croniche o infettive, incluse le malattie professionali, nell'incidentalità nei luoghi di vita o di lavoro, nella tossicità ambientale, in tutte le fasce di età (infanzia, adolescenza, anziani) e in sottogruppi di popolazione svantaggiati
 - c. nel ricorso/accesso ai servizi sanitari per prevenzione (screening e vaccinazioni)
2. Valutare se gli indicatori individuati a livello regionale possono misurare gli aspetti di genere nelle azioni gender-oriented dei Piani Regionali della Prevenzione (PRP) 2021-2025
3. Orientare gli interventi dei PRP 2021-2025 verso un approccio di genere aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze e di appropriatezza, delle prassi organizzative

Conclusioni

Tutte le Regioni possono monitorare gli indicatori del nuovo sistema di garanzia. La loro analisi permetterà non solo di identificare le differenze di genere, ma anche di guidare le politiche sanitarie nel processo di individuazione, monitoraggio e valutazione degli interventi messi in atto per contrastare le inequità di genere e, nel tempo, di valutare il miglioramento o peggioramento dei Servizi Sanitari Regionali in una progressiva ricerca di miglioramento dell'offerta sanitaria anche in termini organizzativi.

Considerandoli nella dimensione di genere gli interventi possono diventare mirati, la comunicazione ai vari target di popolazione più efficace e, soprattutto, aumentare l'equità erogativa ed assistenziale.