- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.181 Tue, 15 Jul 2025, 22:41:54

DALLE REGIONI

Il percorso assistenziale individuale: nuovo modello di cura lombardo in ottica di genere

Franca Di Nuovo[1], Ida Maria Ada Ramponi[2], Giulio Gallera[3]

[1]Referente medicina di genere Regione Lombardia; [2]Direttrice Generale Asst Rhodense, Garbagnate Milanese, Milano; [3]Assessore al Welfare Regione Lombardia

Nel panorama italiano Regione Lombardia si è sempre contraddistinta per aver realizzato un sistema sanitario di eccellenza, in grado di erogare prestazioni sanitarie rispondenti ai bisogni di salute dei cittadini. I nuovi bisogni di cura e assistenza, condizionati anche dai mutamenti sociodemografici in atto, hanno indotto un ripensamento e una modifica sostanziale delle politiche sanitarie lombarde, che si sono concretizzati nella legge regionale n. 23 dell'agosto 2015 "Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo".

Con l'intento di attuare un sistema sanitario innovativo e proattivo, in grado di porre l'accento sul concetto di appropriatezza organizzativa delle cure, ha preso avvio il riordino del sistema sociosanitario lombardo, anche per far fronte alle mutate esigenze di una popolazione che nel prossimo decennio sarà costituita per il 25% circa da anziani over 70. Si tratta di un cambiamento culturale sostanziale, che sta modificando l'organizzazione sanitaria lombarda con l'intento di garantire i principi di universalità, uguaglianza, rispetto della persona umana e della sua libertà di scelta del trattamento sanitario garantiti dal Servizio Sanitario Nazionale.

Questo modello, approvato con la Delibera "Riordino della rete di offerta e modalità di presa in carico dei pazienti cronici o fragili", pone al centro del sistema il paziente e si fonda sul Piano di Assistenza Individuale (PAI) e sulla presa in carico di pazienti anziani principalmente affetti da malattie croniche. Lo scopo è di migliorare la qualità di vita dei cittadini lombardi con la garanzia di una maggiore appropriatezza e di una maggiore aderenza alle cure del malato affetto da polipatologie croniche. In quest'ottica il concetto di individualità delle cure, criterio costituente e fondante il PAI, diventa l'anello di congiunzione alla medicina genere-specifica, branca trasversale della medicina che studia l'influenza non solo del sesso (e quindi delle differenze biologiche tra uomo e donna), ma anche del 'genere' (e quindi dei fattori ambientali, sociali, culturali, demografici e relazionali che caratterizzano ciascuno individuo) sullo stato di salute di ognuno.

Parlare di genere in medicina significa quindi parlare di un concetto culturalmente dinamico, che deve inevitabilmente rispecchiare i mutamenti sociali e demografici in atto nella società, la cui influenza si manifesta anche sullo stato di salute delle persone nella misura in cui la salute è un fenomeno costruito, interpretato e vissuto socialmente, dove il genere gioca un ruolo fondamentale, essendo uno dei determinanti della salute in grado di trasformare le differenze biologiche in differenze sociali.

Per questo la medicina genere-specifica valorizza e potenzia il concetto di personalizzazione delle cure e dell'assistenza, con lo scopo di garantire a tutti la migliore erogazione dei trattamenti sanitari nell'ambito della prevenzione, della diagnosi, della terapia e della riabilitazione.

Da questo punto di vista il PAI può essere inteso come un modello di cura orientato al genere, poiché risponde ai criteri di appropriatezza e personalizzazione propri della medicina genere-specifica. Senza un orientamento di genere, infatti, le politiche sanitarie sono metodologicamente scorrette, discriminatorie e inappropriate. Pertanto il PAI si impegna a realizzare un percorso di salvaguardia della salute che pone attenzione non solo ai fattori biologici della malattia, ma anche ai determinanti di salute a partire dagli scenari sociologici, etnici e culturali che contraddistinguono ciascun individuo. Regione Lombardia, conscia che la salute di genere è una connotazione imprescindibile e che un cambio di strategia delle politiche sanitarie in ambito assistenziale è divenuto ormai inevitabile, è stata una delle prime Regioni ad aver inserito la medicina di genere nei documenti regolatori del Servizio Sanitario Regionale.

Il Piano Regionale di Sviluppo della X Legislatura (2013-2018) aveva introdotto il concetto di "ottica di genere" per realizzare nuove promettenti progettualità sia in ambito ospedaliero che territoriale. La delibera delle "Regole di sistema" n. X/1185 del 20 dicembre 2013 ha interamente dedicato un'apposita sezione alla medicina di genere tra le determinazioni riguardanti la gestione del servizio sociosanitario regionale. L'attenzione è stata focalizzata sull'innovazione e sulla progettualità organizzativa, che ben si coniugano con il miglioramento dell'appropriatezza clinica *gender-oriented*.

Seguendo tale filo conduttore la Legge regionale n. 23 dell'agosto 2015 ha definito i criteri per sviluppare, nel Servizio Sanitario Lombardo, nuovi modelli di cura e assistenza capaci di rispondere anche ai dettami della medicina genere-specifica. La riorganizzazione del sistema sanitario si è basata sulla consapevolezza che l'aumento degli anziani affetti da malattie croniche richiede di cambiare modalità, tempi e processi nell'erogazione dei servizi per la salute, adeguandoli ai nuovi bisogni di cura. Nel mutato

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.181 Tue, 15 Jul 2025, 22:41:54

assetto organizzativo si inserisce oggi un nuovo modello di servizi per la salute, funzionale ad affrontare il tema cruciale delle cronicità e delle fragilità del soggetto anziano. La medicina di genere nella sua trasversalità promuove la salute non solo di uomini e donne, ma prende in considerazione tutte le età evolutive dell'individuo, dal bambino all'anziano. Quindi il PAI, occupandosi di pazienti anziani, nel momento in cui questi rappresentano una realtà sociale emergente, soddisfa i fondamenti della medicina genere-specifica. Il nuovo modello di cura che Regione Lombardia ha predisposto per garantire alle persone in condizione di cronicità cure meglio rispondenti ai bisogni individuali di salute semplifica al paziente la gestione della patologia cronica, sia in ottica di genere sia di sostenibilità economica del sistema. I cittadini con patologie croniche sono stati invitati con lettera individuale ad aderire alla nuova opportunità dall'Agenzia di Tutela della Salute territorialmente competente. Accettato l'invito, il cittadino ha potuto scegliere il gestore che ha preso in carico i suoi bisogni di salute e che con lui ha sottoscritto un "Patto di Cura" con validità annuale. Successivamente, in base alle specifiche necessità cliniche, per ogni cittadino è stato redatto il PAI personalizzato, comprendente tutte le prescrizioni necessarie alla gestione delle patologie croniche di cui è affetto. Il patto di cura è un vero contratto, non rinnovabile tacitamente, che impegna entrambi i soggetti: il gestore per le attività e i servizi previsti nel PAI; il paziente per l'aderenza alla terapia prescritta. Per la redazione del PAI il gestore individua un *clinical manager*, che ha il compito di redigere un piano assistenziale individuale disegnato sui reali bisogni di salute del singolo paziente, personalizzato e adeguato alla complessità e molteplicità del suo quadro clinico. Da quel momento il gestore accompagna il paziente nel percorso di cura, programmando visite, esami ed altre necessità di cura, affiancandolo nell'attuazione dell'intero piano terapeutico individuale. Il medico gestore garantisce il coordinamento e l'integrazione tra i differenti livelli di cura e i vari attori del servizio sanitario e sociosanitario lombardo (medici di medicina generale/pediatri di libera scelta, medici specialisti, strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private, farmacie, infermieri, etc.). Nell'organizzazione di visite ed esami, il gestore dispone di un'articolata filiera di strutture idonee ad erogare le prestazioni previste dal percorso di cura: ciascun paziente pertanto non dovrà più preoccuparsi di prenotare visite mediche affrontando liste di attesa prolungate. Il PAI così strutturato potrebbe diventare uno strumento in grado di abbattere le discriminazioni di genere e i meccanismi di iniquità di accesso alle cure e ai servizi, che più frequentemente penalizzano le donne, che spesso si sottraggono alle cure per mancanza di tempo e per assolvere la funzione di *caregiver*. Come documentato dalla letteratura sanitaria e sociologica, le donne, pur vivendo più a lungo degli uomini, hanno un'aspettativa di vita sana differente, principalmente a causa di fattori sociali, culturali, ed economici. Le donne di età superiore ai 65 anni spesso vivono da sole e hanno un livello culturale e una situazione economica inferiore agli uomini, e tali determinanti di salute legati al genere possono ridurne l'accesso alle cure. Il PAI lombardo costituisce la prima formulazione di uno strumento di appropriatezza organizzativa che Regione Lombardia vuole implementare per lasciarsi alle spalle politiche sanitarie fondate su metodologie programmatiche obsolete, che non considerano i mutamenti demografici, sociali e psicologici della società. La conoscenza della stratificazione demografica della popolazione per età e genere deve costituire il punto di partenza per rispondere efficacemente alle domande di salute e cura, che sono differenti nelle varie fasi evolutive della vita dei soggetti malati. Gli esiti e la performance dell'applicazione di questo nuovo modello organizzativo, della presa in carico della persona affetta da polipatologie, in termini di outcome, dovranno contemplare la determinazione dell'efficacia e dell'efficienza del nuovo processo assistenziale. Il PAI, nella sua visione trasformista, costituisce quindi la sfida sanitaria lombarda del futuro, le cui ricadute e i risultati positivi attesi saranno principalmente rappresentati dalla personalizzazione e dall'erogazione di prestazioni sanitarie rispettose dei bisogni di salute del singolo individuo. La qualità organizzativa del nuovo sistema sanitario lombardo, favorendo l'appropriatezza dei programmi di cura, ridurrà gli sprechi e assicurerà la sostenibilità economica delle spese sanitarie, in linea con il contesto sociale di riferimento e quindi anche con le differenze di genere.

Bibliografia di riferimento

Baggio G. Dalla medicina di genere alla medicina genere-specifica. Ital J Gender-Specific Med. 2015;1:3-5.

Bambra C, Pope D, Swami V, Stanistreet D, Roskam A, Kunst A, et al. Gender, health inequalities and welfare state regimes: a cross-national study of 13 European countries. Journal Epidemiol Community Health. 2009;63: 38-44.

Biancheri R. Dalla medicina di genere al genere in salute. Salute e Società. 2014;1:17-33.

Chen PL, Tsai YL, Lin MH, Wang J. Gender differences in health promotion behaviors and quality of life among community-dwelling elderly. J Women Aging. 2018;30(3):259-74.

Chylińska J, Lazarewicz M, Rzadkiewicz M, Adamus M, Jaworski M, Haugan G, et al. The role of gender in the active attitude toward treatment and health among older patients in primary health care-self-assessed health status and sociodemographic factors as moderators. BMC Geriatr. 2017; 17: 284.

Facchini C, Ruspini E (Eds). Salute e disuguaglianze. Genere, condizioni sociali e corso di vita. Milano: Franco Angeli; 2001.

Messing K, Östlin P [Internet]. Gender equality, work and health: a review of the evidence. WHO - World Health Organization, 2006. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.181 Tue, 15 Jul 2025, 22:41:54

handle/10665/43311/9241593539_eng.pdf?ua=1

Rieker PP. Rethinking gender differences in health: why we need to integrate social and biological perspectives. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2005;60(Special Issue II):40-7.

WHO (World Health Organization) [Internet]. Improving equity in health by addressing social determinants, 2011. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44793/9789241503037_eng.pdf;jsessionid=635E04F7DEC0C86A5CCBDFF6C5BCF1EC?sequence=1

La medicina di genere nei programmi delle istituzioni pubbliche italiane: il ruolo della FNOMCeO

Teresita Mazzei

Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Firenze, Coordinatrice Commissione Medicina di Genere FNOMCeO e Professore Ordinario Farmacologia (fuori ruolo), Università di Firenze

La Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri (FNOMCeO) è un'istituzione pubblica, ente sussidiario dello Stato italiano, che riunisce 106 ordini provinciali e che fra i principali obiettivi ha quello di aggiornare il codice deontologico e controllarne il rispetto. Il codice deontologico prevede per i professionisti un aggiornamento formativo continuo imposto dal rapido evolvere delle conoscenze in campo medico. FNOMCeO partecipa in maniera attiva al processo di rivalidazione e controllo delle competenze del singolo professionista con un ruolo fondamentale sui contenuti dell'accreditamento.

Purtroppo fino a pochi anni fa l'Università non prevedeva l'insegnamento della medicina di genere con la conseguenza che i circa 400.000 medici del Servizio Sanitario italiano non hanno ricevuto nessuna formazione pre o post-laurea in questo campo. I vari ordini provinciali da circa dieci anni si sono mossi in maniera autonoma per creare conoscenza e cultura delle differenze di genere in campo medico.

Allo scopo di governare le molteplici iniziative degli ordini provinciali, FNOMCeO ha istituito nel 2015 la prima Commissione sulla medicina di genere composta sia da esperti che da presidenti o vice-presidenti degli ordini provinciali.

Nel gennaio 2019 la Commissione è stata rinnovata con un notevole arricchimento di professionalità esperte nei vari settori della medicina di genere, molte delle quali hanno partecipato alla stesura del Piano per l'attuazione e la diffusione della medicina di genere (art. 3, comma 1, legge 3/2018) (tabella 1).

La nuova Commissione sta procedendo, attraverso il lavoro di sottogruppi, all'attuazione di molti obiettivi. Fra questi (tabella 2) sono state evidenziate delle priorità: nel rispetto delle norme del Codice Deontologico, il medico dovrebbe conoscere i principali aspetti di questa relativamente nuova dimensione della medicina. La commissione FNOMCeO ha ritenuto pertanto di mettere a disposizione la propria rete di ordini provinciali per colmare questa grave lacuna del sapere scientifico, organizzando numerosi corsi residenziali, seminari e prendendo parte a simposi organizzati dalle più importanti società scientifiche (per esempio, GISEG, SIMG, FADOI, etc).

Sempre per una formazione specifica e per l'aggiornamento post-laurea di medici e odontoiatri è stato registrato un corso FAD su "La salute di genere" che negli ultimi 12 mesi (luglio 2018-luglio 2019) ha avuto 14.420 accessi (115.360 crediti ECM). Più del 75% dei partecipanti ha valutato la qualità del corso come buona o eccellente. Le valutazioni negative o critiche sono state inferiori al 2%.

Tabella 1. Composizione della Commissione sulla Medicina di Genere FNOMCeO

Coordinatrice Teresita Mazzei
Esperti Giovannella Baggio, Walter Malorni, Raffella Michieli, Annamaria Moretti, Cecilia Politi
Referee Brunello Pollifrone
Membri Luisa Antonini, Annamaria Bascelli, Patrizia Biancucci, Fabiola Bologna, Ornella Cappelli, Anna Maria Celesti, Caterina Ermio, Domenica Espugnato De Chiara, Anna Maria Ferrari, Flavia Franconi, Anna Rita Frullini, Rosa Maria Gaudio, Luciana Insalaco, Franco Lavalle, Concetta Liberatore, Cristina Monachesi, Paola Pedrini, Rita Salvatori, Sabrina Santaniello, Rosa Maria Scalise, Chiara Scibetta, Maria Franca Tegas