

Medicina di genere e bilancio di genere: dalla parità formale all’equità reale nelle cure

Descrizione

Le mille questioni legate alla Medicina di genere rappresentano oggi un aspetto sempre più importante della professione medica, strettamente interconnesso con tematiche di carattere sociologico, antropologico, tecnologico (vedi Intelligenza Artificiale), etico e bioetico. Pubblichiamo pertanto molto volentieri due contributi sull’argomento della dottoressa Lucia Toscani, consigliere e Presidente della Commissione Pari Opportunità del nostro Ordine.

BILANCIO DI GENERE: QUALCHE RIFLESSIONE

Ha ancora senso parlare di bilancio di genere in sanità? È ancora una battaglia da perseguire o è di retroguardia? E per fare cosa?

Il bilancio di genere deve descrivere e misurare le disparità, identificare le criticità, ridefinire le strategie e valutare l’impatto delle politiche e delle risorse allocate per il rispetto della parità tra uomini e donne.

Bilancio: da bilanciare, pesare; ha qualcosa a che fare con la giustizia, è qualcosa di molto più di un bilancio contabile che “illustra la situazione patrimoniale, finanziaria ed economica di una impresa o di una azienda”. Parla di numeri ma anche di persone e, almeno dovrebbe, di equità e se togliamo la definizione di genere parla di tutte persone che lavorano all’interno di un sistema. Quindi quando ci riferiamo al bilancio di genere non è più per fare un ulteriore salto in alto per rompere, doverosamente, il tetto di cristallo, ma per far fare un passo avanti a tutto il sistema. Non che non ci interessi promuovere una maggiore rappresentanza femminile nei ruoli decisionali e di *leadership*, ma ci preme lanciare la sfida verso una diversa e nuova organizzazione nella sanità e rimettere in gioco il significato stesso di *leadership*. Poiché la base della piramide della sanità è sempre più donna, anche in specializzazioni prima inimmaginabili, la massa critica c’è ma bisogna ridisegnare il ruolo delle donne e la funzione di guida al femminile, liberata da impedimenti organizzativi, strutturali e di preconcetto.

Per fare un bilancio di genere abbiamo bisogno di dati disaggregati per genere, età, disabilità, malattie, di dati, suddivisi in unità sempre più piccole, per consentire una analisi più dettagliata e capillare di un sistema complesso di persone, la comunità.

Questi dati ci serviranno per analizzare le politiche aziendali, i processi di assunzione e di remunerazione per ruoli simili, il sistema premiale, le opportunità di formazione, la rappresentanza nei ruoli apicali.

Ci serviranno per ricercare le sacche di discriminazione, il *mobbing*, la violenza verbale e sentire la voce delle persone attraverso questionari o punti di ascolto indipendenti sulla qualità del lavoro e sull’impatto del lavoro sulla vita familiare.

Tutto ciò è premessa per:

Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Via G.C. Vanini, 15 – 50129 Firenze Tel. 055 496522 Fax 055 481045 email protocollo@omceofi.it. Copyright by Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Firenze

- Programmi di conciliazione vita-lavoro, orari flessibili, politiche di congedo parentale.
- Garantire la maternità e la funzione di *caregiver*. Mandatoria la sostituzione per periodi di tempo, magari con unità suppletive da condividere per reparti affini per patologie; trovare soluzioni alternative momentanee al lavoro in presenza tramite lo *smart working*, la flessibilità dell'orario, i congedi, predisporre una formazione *ad hoc* nei periodi di assenza. In tutto questo ci può aiutare il salto tecnologico in atto
- Rivalutare gli organici e pianificare le risorse mediche necessarie per una attività in termini di risorse a tempo pieno, consapevoli che una risorsa a tempo pieno per un anno lavorativo per una donna può non essere = 1, soprattutto nel periodo fertile ma anche nell'età "più grande ", periodo della possibile funzione di *caregiver*. In attesa che la conduzione familiare non sia più solo sulle spalle delle donne

Spazio quindi a soluzioni nuove senza incidere negativamente sulla efficienza e sui risultati, ricercando il benessere dell'operatore che si traduce poi nel benessere dell'intero sistema e di conseguenza si riverbera sui singoli cittadini

Ma al di là di questo la sfida è ancora più grande e le domande sono:

- la presenza femminile sarà una opportunità per un approccio più olistico delle cure, orientato alla multidisciplinarietà, ad un sistema di relazione che coniughi competenza e professionalità insieme alla necessaria empatia?
- Saremo in grado di non dimenticare, una volta rotto il tetto di cristallo, da dove veniamo, da millenni di discriminazioni e dalla immensa fatica che abbiamo fatto per arrivare qui dove siamo?
- Saremo capaci di inventare un nuovo tipo di guida che sappia costruire alleanze per l'equità, in questo caso delle cure e della salute, principio costituzionale primo per permettere una buona vita e il godimento di tutte gli altri diritti ad esso connessi, o ci crologeremo in quello che abbiamo ottenuto o, meglio, che alcune avranno ottenuto?
- Se questo cambio di passo non ci sarà la sanità pubblica potrà essere destinata ad una deriva minimalista fatta da donne votate ancora una volta al lavoro povero, economicamente e professionalmente, lavoro ancillare che coniughi la solita realtà, la necessità cioè di far quadrare lavoro e famiglia?

Ma il cambio di passo non ce lo chiedono più solo le donne ma anche i giovani colleghi e questo è motivo in più per un passo avanti e coraggioso.

Oltre al valore intrinseco di raggiungere l'equità di genere, l'attuale sbilanciamento quantitativo a favore delle donne e ancora di più il perseguire i loro diritti diventi fattore determinante a garanzia del diritto alle cure.

Medicina di genere e parità di genere

Secondo OMS la medicina di genere è lo studio della influenza delle differenze biologiche (sesso) e socioculturali (genere) sulla salute e sulla malattia di ogni persona

Il concetto di medicina di genere è relativamente recente ed è emerso a partire dagli anni '90 e precisamente nel 1991, quando la cardiologa americana Bernardine Healy pubblicò sul *New England Journal of Medicine* un editoriale in cui denunciò la disparità di trattamento per le donne con cardiopatia ischemica. In quell'occasione coniò l'espressione "sindrome di Yentl" (dal nome di un racconto ebraico in cui una ragazza si deve travestire da ragazzo per poter studiare).

Da allora molto è cambiato ma ancora tanto resta da fare. È cambiata soprattutto l'attenzione della comunità scientifica rispetto alla necessità di studiare le donne nella ricerca medica; fino ad allora la specificità femminile era rinchiusa nello studio del loro sistema riproduttivo e della gravidanza. Questo pensiero ha aperto le porte non solo allo studio della diversità di risposte del corpo femminile e maschile alla malattia e alle terapie ma ha aperto la prospettiva verso una sanità sempre più personalizzata e di precisione. Il corpo femminile ha fatto questo dono, Eva non si deve più travestire da Adamo per ricevere le cure appropriate e con lei non si devono travestire tutte le altre differenze

Da allora sono intervenuti riconoscimenti istituzionali: negli Stati Uniti, sembra un'era fa, il *National Institute of Health Revitalization Act (NIH)* nel 1993 ha obbligato l'inclusione delle donne e di minoranze negli studi clinici finanziati dalle istituzioni pubbliche.

In Italia, dopo anni nel 2018, la Legge Lorenzin ha disposto che deve essere garantito in tutte gli atti medici, dalla ricerca alla pratica clinica, l'orientamento di genere.

Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Via G.C. Vanini, 15 – 50129 Firenze Tel. 055 496522 Fax 055 481045 email protocollo@omceofi.it. Copyright by Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Firenze

Ma tuttora se immaginiamo una persona colpita da infarto miocardico o *ictus* la pensiamo di sesso maschile e la popolazione percepisce questa patologia come prevalente negli uomini e anche la classe medica non è al riparo di questa percezione a causa di una formazione codificata in un senso unico. Il pericolo è che non solo le donne non si rechino in DEA, ma anche che ci siano successive misdiagnosi, diagnosi tardive o sottovalutazioni.

Pensiamo, per esempio, alla sottovalutazione degli effetti collaterali di numerosi farmaci rispetto al genere, alla necessità di una visione diversa sulla nutrizione e sui disturbi dell'alimentazione, alla scarsa attenzione posta su tutte le patologie ormono-dipendenti dal momento del menarca alla menopausa. Si potrebbe andare, e si dovrà, andare avanti all'infinito. Qui la tecnologia e la IA potrebbero essere di aiuto se opportunamente governate.

Ecco, quindi, che in questo caso paradossalmente la parità di genere, in quanto omologazione sul sesso maschile, ha fatto danni perché non si sono considerate le disparità ed ha appiattito la ricerca medica e la cura. Solo ora è chiaro quale opportunità di prevenzione, cura e terapia la medicina di genere porti con sé in termini di appropriatezza e di efficacia e forse anche di abbattimento di costi. Non abbiamo bisogno di una generica uguaglianza ma di una opportunità di accesso e di equità alle cure che vadano insieme alla appartenenza di sesso, genere, razza, età. La maggiore prevalenza delle donne in sanità saprà rispondere a questa sfida? Saprà mischiare uguaglianza e diseguaglianza, parità e disparità in un crogiolo nuovo di opportunità e diseguaglianza?

Intanto abbiamo posto il problema, la ricerca e le cure faticosamente stanno cambiando, ora è tempo di fatti e di azione.

CATEGORY

1. Attualità

Categoria

1. Attualità

Data di creazione
13/02/2026
Autore
redazione-toscana-medica
Campi meta
Nome E Cognome Autore 1 : Lucia Toscani
Views : 843

Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Via G.C. Vanini, 15 – 50129 Firenze Tel. 055 496522 Fax 055 481045 email protocollo@omceofi.it. Copyright by Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Firenze