

**LIBRO BIANCO 2022**  
**Criticità emergenti nell'era post Covid-19.**  
**Nuove opportunità della medicina territoriale**  
*FrancoAngeli Editore*

L'attuale edizione del Libro bianco di Fondazione Onda si propone di analizzare in ottica di genere l'impatto della pandemia, per evidenziare le criticità emergenti e riflettere sulle nuove opportunità che si potranno prospettare, specialmente per le donne, attraverso la riorganizzazione della sanità territoriale.

La prima parte del volume presenta i dati di popolazione, analizzati nell'ottica delle conseguenze cliniche, sociali ed economiche della pandemia da Covid-19, rispetto alle quali le donne patiscono ancora uno svantaggio rispetto gli uomini.

La seconda sezione si focalizza sulla medicina territoriale: partendo dalla riorganizzazione dei servizi sul territorio e dal ruolo della telemedicina, vengono poi esaminate le nuove competenze dei principali attori della rete territoriale - medici, infermieri, ostetriche, psicologi e farmacisti.

Su questi temi si sviluppano gli ultimi capitoli del libro che si propongono di dare una nuova lettura della medicina territoriale e di prossimità e che accompagnano verso le riflessioni conclusive sugli scenari futuri che il sistema sanitario italiano dovrà affrontare.

Il libro è stato realizzato grazie al contributo incondizionato di Farmindustria.

**Parte I –Pandemia in ottica di genere e impatto sulla popolazione femminile**

**Capitolo 1 - La dimensione di genere nella pandemia**

di Nicoletta Orthmann

*Coordinatore medico-scientifico, Fondazione Onda, Osservatorio nazionale sulla salute della donna e di genere.*

La pandemia da Covid-19 ha gravato maggiormente sulle donne. Il sesso femminile presenta infatti un rischio circa doppio di sviluppare quadri sindromici a lungo termine e una più elevata probabilità di presentare sintomi persistenti e di maggior intensità: le cause ipotizzate sono un'eccessiva risposta infiammatoria e una reazione autoimmune indotte dal virus stesso.

A livello sociale, la situazione determinata dal Covid-19 relativamente alle restrizioni e al lavoro da casa ha comportato per le donne carichi di cura addizionali, dovuti all'interruzione della scuola, dei servizi per l'infanzia e per gli anziani. Infatti, l'80% dei caregiver è rappresentato da donne, che hanno dovuto bilanciare le esigenze dello smart working con quelle della cura familiare.

Nel tempo il ruolo del caregiver familiare è divenuto più complesso, a causa dell'invecchiamento della popolazione, che porta ad assistere persone sempre più fragili, maggiormente vulnerabili sul piano biologico e psico-emotivo.

Stando ai dati dell'*European Institute for Gender Equality*, dei 49 milioni di persone impiegate nel settore sanitario, uno dei più esposti al virus, il 76% erano donne, le quali risultavano inoltre sovra rappresentate nei servizi essenziali rimasti aperti durante la pandemia.

Secondo i rapporti di oltre 142 Paesi, la violenza contro le donne è cresciuta proprio come conseguenza delle misure governative utilizzate per contrastare la diffusione del virus.

Questo aumento dei casi di violenza di genere è estremamente preoccupante, soprattutto alla luce delle sue conseguenze a lungo termine e non solo psico-fisiche, tra cui isolamento, incapacità di lavorare, limitata capacità di prendersi cura di sé e dei propri figli.

## Capitolo 2 - Analisi dei dati di popolazione

di Nicoletta Orthmann

*Coordinatore medico-scientifico, Fondazione Onda, Osservatorio nazionale sulla salute della donna e di genere.*

Secondo i dati Istat, al 1° gennaio 2021, la popolazione residente ammonta a 58 milioni e 983 mila, mentre l'età media è pari a 46,2 anni.

Gli ultra-65enni rappresentano il 23,5% della popolazione residente. Questo segmento di popolazione vede una maggior rappresentanza femminile sul totale che aumenta proporzionalmente con l'età, passando dal 52,8% nella fascia 65-74 anni al 66,5% in quella over-85.

La speranza di vita alla nascita risulta pari a 82,4 anni, 80,1 anni per gli uomini e a 84,7 anni per le donne. Tali stime evidenziano un recupero rispetto al 2020, di circa quattro mesi di vita in più per gli uomini e tre per le donne, anche se il divario resta significativo rispetto al periodo pre-pandemico.

Vengono sinteticamente presentate le cause principali di mortalità per classi di età e genere, evidenziando in particolare che nelle fasce di età più elevata (>60 anni) la principale causa di decesso, pur con delle lievi differenze, appare la stessa per entrambi i generi (tumori per la classe 60-74 anni, malattie del sistema circolatorio per le classi 75-89 e over 90 anni).

Le differenze di genere nella cronicità risultano significative dopo i 65 anni e mostrano una preponderanza maggiore nelle donne, mediamente più anziane e dunque più esposte a patologie correlate all'invecchiamento.

L'impatto dell'emergenza Covid-19 sulle strutture sanitarie ha determinato una riduzione della presa in carico e della continuità assistenziale per i pazienti con patologie acute e croniche: i dati dell'ultimo Rapporto Osservasalute rilevano una diminuzione delle visite specialistiche di circa un terzo nel periodo 2019-2020.

Le conseguenze in termini di salute sono ancora poco note e quantificabili, ma gli effetti si manifesteranno sulla società e sui servizi sanitari nei prossimi anni.

## Capitolo 3 - Determinanti di salute

di Nicoletta Orthmann

*Coordinatore medico-scientifico, Fondazione Onda, Osservatorio nazionale sulla salute della donna e di genere.*

I determinanti di salute sono condizioni fisico-ambientali e socio-economiche che influiscono sulla salute e sul benessere dell'individuo. Possono essere suddivisi in cinque macrocategorie: caratteristiche biologiche, stile di vita, fattori relazionali, fattori riguardanti l'ambiente di vita e di lavoro, contesto politico, sociale, culturale, economico e ambientale.

A differenza delle caratteristiche biologiche individuali, questi fattori non sono imputabili unicamente alla responsabilità della singola persona: le stesse disuguaglianze di genere si trasformano in rischio per la salute attraverso valori discriminatori, credenze e pregiudizi.

Da una serie di studi pubblicata su Lancet, emerge che non c'è pressoché alcun aspetto della salute e dell'assistenza sanitaria che non sia influenzato dalle norme di genere.

L'equilibrio di genere nei ruoli di vertice in sanità concorre a influenzare il sistema sanitario-assistenziale. Si tratta di un tema che sta assumendo sempre maggiore attenzione a livello globale: infatti, secondo i dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, le donne rappresentano il 70% del personale sanitario, eppure solo il 25% di loro detiene una posizione apicale. Nondimeno, secondo i dati pubblicati da FNOMCeO nel 2021, le dottoresse costituiscono il 57% dei medici italiani sotto i 60 anni, il 60% tra gli under 50.

Si illustrano poi i dati relativi ai principali fattori di rischio: fumo di sigaretta, consumo di alcol, sedentarietà, sovrappeso, obesità. Si sottolinea, in particolare, che la condizione di eccesso ponderale presenta un marcato differenziale di genere: risulta in sovrappeso il 43,9% degli uomini versus il 28,8% delle donne e obeso il 12,3% degli uomini rispetto al 10,8% delle donne.

Per quanto riguarda i fattori ambientali, dai dati più recenti della Società Italiana di Medicina Ambientale emerge che l'Italia è il primo paese in Europa per morti attribuibili all'inquinamento atmosferico, con circa 90mila decessi prematuri/anno.

## Parte II – Medicina territoriale e salute femminile

### Capitolo 4 - Piano nazionale Ripresa e Resilienza: le sfide in sanità

#### 4.1. Riorganizzazione dell'assistenza territoriale per una sanità "di prossimità"

di Stefano Lorusso

*Direttore Generale della Programmazione Sanitaria, Ministero della Salute, già Direttore Generale dell'Unità di missione per l'attuazione del PNRR.*

La Missione 6 Salute del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) ha il fine di riorganizzare il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), per far sì che sia sempre più prossimo alle necessità delle comunità, dei singoli assistiti e dei loro caregiver.

Già il Patto per la Salute 2019-2021 evidenziava le criticità del SSN, a partire dal contesto epidemiologico, sanitario e sociale, caratterizzato dall'allungamento della durata della vita e dal progressivo invecchiamento della popolazione, che causano un costante incremento di situazioni di fragilità sanitaria e sociale, un aumento della cronicità e una maggiore insorgenza di multi-patologie. Su tutto ciò ha inoltre gravato la pandemia da Sars-Cov19.

Gli interventi della Missione 6 Salute del PNRR intendono rispondere a queste esigenze: l'obiettivo è favorire una deistituzionalizzazione, demandando all'ospedale la cura esclusiva delle acuzie e agli altri *setting* (ad esempio Hospice o Ospedale di Comunità) l'assistenza di quei pazienti che non possano essere efficacemente assistiti presso il proprio domicilio.

Particolare attenzione è riservata alla Telemedicina, che attraversa tutte le articolazioni della sanità territoriale e che può migliorare l'assistenza fornita in zone interne e/o disagiate, consentendo l'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie a distanza.

La strategia della Missione 6 del PNRR ha come tema centrale l'evoluzione e il potenziamento strutturale, organizzativo e digitale del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), per garantire una puntuale capacità di risposta assistenziale e una maggiore vicinanza alle esigenze e aspettative del cittadino e del paziente, con l'obiettivo ultimo di assicurare un'assistenza di qualità e prossimità in ogni area del Paese.

La Missione 6 rappresenta un disegno organico finalizzato ad una riorganizzazione del servizio sanitario secondo le tre direttrici di prossimità, transizione digitale e integrazione (intesa negli ambiti ospedale-territorio, socio-sanitaria e salute-ambiente) e richiede di essere sostenuto attraverso un adeguato finanziamento del fondo sanitario e un incremento del potenziale formativo, specialmente delle professioni sanitarie.

#### 4.2. Telemedicina a servizio della continuità e della personalizzazione delle cure

di Chiara Rabbito<sup>1</sup>, Maria Grazia Modena<sup>2</sup>, Antonio V. Gaddi<sup>3</sup>

<sup>1</sup>*Presidente Comitato Tecnico Scientifico della Società Italiana di Telemedicina.*

<sup>2</sup>*Vicepresidente Nazionale della Società Italiana di Telemedicina.*

<sup>3</sup>*Presidente Nazionale della Società Italiana di Telemedicina.*

La peculiarità della telemedicina consiste non soltanto nella possibilità di "annullare le distanze" tramite le tecnologie informatico-telematiche, ma anche nel consentire atti sanitari in cui la collocazione spaziale reciproca del paziente e del medico non sia elemento così determinante come nel mondo fisico.

In Italia la telemedicina è stata recentemente oggetto di attenzione, quale rilevante risorsa per fronteggiare la pandemia da Covid-19, tramite la pubblicazione nell'ottobre del 2020 delle Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina.

Ma soprattutto è il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza a prevedere e auspicare grande impulso all'impiego delle tecnologie digitali in Sanità, con un piano di investimenti e riforme nell'ambito della Missione 6 – Salute. Sempre più frequentemente la Sanità mondiale avrà necessità di ricorrere alle tecnologie informatico-telematiche e occorrerà un processo di crescita e di selezione dei sistemi tecnologici più adatti, la cui durata dipenderà molto dalla capacità di formare in parallelo tutti gli attori e i cittadini coinvolti.

Una soluzione è quella di predefinire delle linee di indirizzo univoche e basate sulla letteratura, idealmente proposte dall'Istituto Superiore di Sanità, dalle Agenzie Governative o dai Ministeri interessati.

A questa soluzione vanno affiancate regole rigorose per l'identificazione degli indicatori atti a verificare quanto viene proposto e attuato utilizzando la telemedicina.

Infine, sarà fondamentale, per facilitare, accelerare e migliorare il processo di transizione verso la digitalizzazione territoriale, pubblicare sulla letteratura internazionale sia i protocolli sia i risultati raggiunti, contribuendo così a creare per la Telemedicina quel substrato scientifico “forte” basato sulla ricerca clinica.

## **Capitolo 5 - Nuovi ruoli, nuove competenze e sinergie nella rete territoriale**

### **5.1. Il punto di vista dei medici**

*di Filippo Anelli*

*Presidente FNOMCeO – Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri.*

La pandemia degli ultimi due anni ha inciso profondamente sul ruolo della sanità e della professione medica all'interno della società e ha messo in evidenza criticità e carenze ormai strutturali.

Il ripensamento organizzativo della medicina del territorio deve avvenire tenendo presenti i valori chiave del Sistema Sanitario Nazionale: universalità, equità, uguaglianza, prossimità, fiducia. La sanità deve diventare sempre più vicina al malato, intervenendo laddove vi è maggiore necessità, ovvero a livello territoriale e domiciliare.

Il Covid, imponendo il distanziamento sociale, ha infatti dato impulso ai consulti da remoto: li ha offerti il 65% dei medici di medicina generale. Bisogna quindi ripensare i modelli organizzativi anche in tale ambito, affinché facilitino il rapporto medico-paziente ma consentano anche al professionista il giusto bilanciamento tra vita lavorativa e privata.

Inoltre, occorre colmare le disuguaglianze di salute che ancora persistono nel Paese, modificando la governance del Servizio Sanitario Nazionale, rivisitando i Livelli Essenziali di Assistenza e rivedendo le modalità di costituzione e ripartizione del Fondo sanitario nazionale. Serve anche riconoscere e valorizzare l'impegno di tutti i medici, coinvolgendoli nei processi decisionali.

Si dovrà procedere a una riforma degli iter formativi, tramite una programmazione efficiente per cui a ogni laurea corrisponda una borsa, in modo che tutti gli studenti che entrino nel percorso ne possano uscire specializzati.

Passa dal potenziamento del territorio una possibile soluzione alle liste d'attesa, alleggerendo gli ospedali tramite il rafforzamento delle cure primarie e la gestione dei pazienti cronici sul territorio.

È perciò indispensabile costituire un team delle cure primarie, con medici di medicina generale, specialisti ambulatoriali, infermieri, assistenti sanitari, tecnici, che lavorino in sinergia e, per far questo, servono nuove strutture, più ampie e dotate di tutti gli strumenti necessari alla diagnostica di primo livello e alla somministrazione di terapie.

### **5.2. Il punto di vista degli infermieri**

*di Barbara Mangiacavalli<sup>1</sup>, Monica Cirone<sup>2</sup>*

*<sup>1</sup>Presidente Fnopi - Federazione nazionale degli ordini delle professioni infermieristiche.*

*<sup>2</sup>Direttore Socio Sanitario Asl2 Liguria.*

Il territorio, nelle sue articolazioni distrettuali, rappresenta il presidio di salute pubblico più vicino alla popolazione e costituisce la porta d'ingresso dei cittadini al servizio socio-sanitario.

Affinché lo sviluppo dei servizi territoriali risulti funzionale al bisogno di salute della popolazione, in base a quanto previsto nel PNRR in termini di standard erogativi, risulta fondamentale riconsiderare l'offerta in un'ottica di sistema.

L'assistenza di domani non può essere più progettata per una popolazione di “pazienti acuti”, ma sempre più dovrà prestare attenzione alla presa in carico nel territorio di pazienti affetti da patologie croniche.

È in quest'ottica che si sviluppano nuovi ruoli e nuove competenze, ponendo l'infermiere quale figura strategica relativamente sia alla programmazione sia allo sviluppo dei percorsi di cura.

L'infermiere ha già un ruolo attivo nella definizione degli Ospedali di Comunità quale struttura intermedia tra il domicilio ed il ricovero ospedaliero. Questi modelli organizzativi, infatti, corrispondono a modelli di gestione infermieristica che vengono integrati con la rete della Medicina Generale e sono inseriti, dal punto di vista organizzativo-gestionale, nelle competenze degli infermieri.

Restano consolidati, nel nuovo sviluppo territoriale sanitario, i ruoli di management delle professioni sanitarie che devono collaborare per garantire lo sviluppo dei nuovi percorsi di cura previsti dal PNRR.

Non è solo l'attività manageriale a contraddistinguere l'infermiere in ambito territoriale ma anche la specializzazione in ambito clinico, alla quale sarà possibile agganciare la progressione di carriera e che consentirà agli infermieri di partecipare alla definizione dei bisogni di salute e all'attuazione dei modelli di presa in carico conseguenti, garantendo la sostenibilità del sistema salute. Ciò comporta un grande cambiamento nella presa in carico del cittadino e uno spostamento dei percorsi di cura domiciliare, inserendoli in una totale revisione della rete assistenziale.

### **BOX. Infermiere di Famiglia e di Comunità**

di *Ginetta Menarello*

*Presidente AIFeC – Associazione Infermieri di Famiglia e Comunità.*

Nel box si descrive la figura dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC), un professionista sanitario che prende in carico la popolazione di specifici territori e comunità, sostenendo l'integrazione sanitaria e sociale dei servizi, e incentra la propria attività sulla prevenzione, sulla promozione della salute e sullo sviluppo delle competenze del singolo e della comunità attraverso azioni di *empowerment*.

Le competenze fondamentali dell'IFeC si articolano dunque nelle seguenti aree:

- valutazione dei bisogni di salute della comunità;
- promozione della salute e della prevenzione primaria, secondaria e terziaria;
- presa in carico delle persone con malattie croniche in tutte le fasi della vita e delle persone con livelli elevati di rischio di malattia, ad esempio associati all'età;
- relazione d'aiuto ed educazione terapeutica con gli assistiti;
- valutazione personalizzata dei problemi socio-sanitari che influenzano la salute, in collaborazione con gli altri attori delle cure, per la loro risoluzione;
- definizione di programmi di intervento basata su prove scientifiche di efficacia;
- valutazione degli standard qualitativi per l'assistenza infermieristica nelle strutture residenziali;
- definizione di ambiti e problemi di ricerca clinica e sociale.

### **5.3. Il punto di vista delle ostetriche**

di *Silvia Vaccari<sup>1</sup>, Cinzia Di Matteo<sup>2</sup>, Caterina Masè<sup>3</sup>*

<sup>1</sup>*Presidente FNOPO – Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica.*

<sup>2</sup>*Consigliere FNOPO – Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica.*

<sup>3</sup>*Vicepresidente FNOPO – Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica.*

L'Ostetrica rappresenta per le donne e per le loro famiglie un importante punto di contatto con il Servizio Sanitario Nazionale e un elemento decisivo per la diffusione di una cultura orientata alla specificità di genere. Ad esempio, secondo i dati Istat, l'8,3% delle donne denuncia un cattivo stato di salute contro il 5,3% degli uomini. Il mondo sanitario deve quindi sviluppare programmi atti a promuovere stili di vita salutari correlati al genere e in questo ambito la figura dell'Ostetrica di Comunità può apportare cambiamenti positivi: attraverso una presenza costante legata al territorio, contribuisce a creare reti che veicolino informazioni e offrano interventi mirati e declinati secondo la sensibilità e la specificità di quel contesto.

L'attività dell'Ostetrica riguarda tutte le fasi del ciclo vitale femminile, tramite interventi di prevenzione, formazione e comunicazione, quali ad esempio: incoraggiare l'adesione di donne e bambini ai programmi vaccinali; favorire negli adolescenti la conoscenza del funzionamento del proprio corpo e l'approccio consapevole alla sessualità e alla scelta dei metodi contraccettivi; implementare l'adesione delle donne ai programmi di screening per la prevenzione oncologica.

Anche in epoca Covid le ostetriche hanno contribuito alla promozione della salute della donna e del suo contesto familiare e comunitario. Nella presa in carico assistenziale sono stati trasformati i modelli preesistenti, differenziando i servizi e aumentando la frequenza degli incontri a distanza. I servizi di supporto a distanza puntano a concretizzare un programma di assistenza orientato al benessere della donna e della sua famiglia, i cui obiettivi principali sono l'assistenza al puerperio e il supporto nell'accudimento del neonato, nonché il sostegno alla genitorialità.

La rete territoriale ha permesso la dimissione precoce protetta dall'ospedale subito dopo il parto, garantendo comunque la presa in carico della diade madre-bambino, l'esecuzione degli screening e i controlli previsti.

## **BOX. Ostetrica di Comunità**

di Marialisa Coluzzi<sup>1</sup>, Assunta Lombardi<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Consigliere FNOPO – Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica.

<sup>2</sup>Vicepresidente Associazione di promozione sociale “Oltre l’orizzonte APS”.

Il modello Ostetrica di famiglia e comunità, progettato e applicato in diversi contesti pubblici e privati, grazie alla collaborazione della FNOPO con organizzazioni del terzo settore, percorre nelle sue linee principali la visione di una assistenza sanitaria basata su una proattiva “presa in carico” delle comunità, in quanto nasce come risposta alle criticità emerse nell’ambito della cura del materno-infantile.

Tale figura, nella sua poliedricità, intende dare una efficace risposta sul territorio a tali problematiche attraverso interventi di educazione alla salute, promozione della cultura della vita e sviluppo dell’*empowerment* personale, genitoriale e sociale e l’attivazione di reti solidali, in particolare nelle aree a scarsità di risorse.

Con l’introduzione del modello Ostetrica di famiglia e comunità si intende realizzare pienamente le “reti di prossimità” definite nel PNRR, tramite la creazione di una costante interfaccia con le diverse organizzazioni pubbliche e del privato sociale, al fine di sviluppare un *empowerment* di comunità.

L’Ostetrica di comunità costituisce, pertanto, un tassello importante nella creazione di “comunità competenti”, in un contesto sanitario realmente collaborativo, orientato all’umanizzazione delle cure e ad un’efficace interazione tra fattori bio-medici, psico-sociali, economici e culturali.

### **5.4. Servizi di psicologia territoriale: la figura dello psicologo di comunità**

di David Lazzari

Presidente Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi.

Il capitolo illustra l’evoluzione della normativa che regola l’attività dello psicologo di comunità e ne descrive le caratteristiche essenziali.

Si sottolinea l’importanza del lavoro in rete, con l’inserimento dello psicologo nel team delle cure primarie, insieme al medico di medicina generale e al pediatra di libera scelta.

Le ricerche hanno dimostrato infatti che, accanto a bisogni di salute di carattere fisico, la soddisfazione dei bisogni psicologici risultano altrettanto importanti per la salute psico-fisica degli individui. La maggior parte delle persone chiede inizialmente aiuto al medico di famiglia e il 50% circa di tali richieste esprime un disagio psicologico-relazionale.

In questo scenario lo psicologo di cure primarie affianca il medico di medicina generale nel suo intervento clinico, ad iniziare dalla precoce individuazione del malessere psicologico, al fine di prevenirne la degenerazione in forme croniche e/o patologiche, le quali devono essere prese in carico e gestite presso le strutture specialistiche.

La psicologia delle cure primarie ha pertanto lo scopo di garantire il benessere psicologico nella sanità territoriale, fornendo un primo livello di cure psicologiche, accessibile e integrato con gli altri servizi sanitari e sociosanitari.

Per quanto riguarda le competenze proprie dello psicologo, la legge 56 del 1989 definisce le attività di questa figura: “la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico rivolte alla persona, al gruppo, agli organismi sociali e alle comunità”.

È bene che la popolazione conosca le sue declinazioni professionali e le differenze tra psicologo, psicologo specialista in un particolare ambito, psicoterapeuta; ne consegue che vi è una sempre maggiore necessità di articolare i percorsi formativi, per venire incontro allo sviluppo di specifici ambiti operativi, come quello dello psicologo di comunità.

### **5.5. Il punto di vista dei farmacisti**

di Andrea Mandelli

Presidente FOFI – Federazione degli Ordini dei Farmacisti Italiani.

Nel progetto di riforma della sanità la rete territoriale costituita dai farmacisti e dalle farmacie di comunità assume una nuova centralità. Proprio nella prospettiva della “Farmacia dei servizi”, sperimentata con successo durante la pandemia, la Legge 52/2022 e il DM 77/2022 hanno sancito le nuove funzioni del farmacista all’interno della rete di prossimità, che includono la dispensazione del farmaco, la possibilità per i pazienti

cronici di usufruire di un servizio di accesso personalizzato ai farmaci, la farmacovigilanza, le vaccinazioni anti-Covid e antinfluenzali, la somministrazione di test diagnostici.

I recenti provvedimenti normativi introducono inoltre il coinvolgimento dei farmacisti nella prevenzione vaccinale, che potrà semplificare l'accesso alle campagne di immunizzazione e concorrere al raggiungimento di più alte coperture vaccinali, anche grazie alla naturale vocazione del professionista all'ascolto e al counseling dei cittadini.

In virtù della relazione di fiducia con i pazienti e della presenza capillare sul territorio, il farmacista rappresenta una risorsa fondamentale per monitorare la corretta assunzione della terapia, aumentare la conoscenza da parte del paziente dei medicinali che sta assumendo, incrementare l'adesione alle indicazioni cliniche e supportare la terapia domiciliare.

La pandemia è stata l'occasione per riflettere, anche, sul tema della dispensazione dei farmaci. Il progressivo aumento dei trattamenti ritirati nelle farmacie territoriali ha confermato che un ricorso più ampio e strutturale al regime della distribuzione per conto per i medicinali che non necessitano di monitoraggio ospedaliero, è sinonimo di maggiore accessibilità e migliori esiti di salute per i pazienti. La farmacia del territorio si candida, dunque, a diventare il presidio sanitario elettivo per una dispensazione controllata anche delle terapie ad alta complessità, per le quali il farmacista è in grado di garantire tutta la sicurezza necessaria.

## **Capitolo 6 - Medicina del territorio secondo un approccio di genere**

### **6.1. L'approccio di genere nella medicina territoriale e nei programmi di prevenzione**

*di Luca Busani, Alessandra Carè*

*Centro di riferimento per la medicina di genere, Istituto Superiore di Sanità.*

La medicina di genere opera per promuovere la salute, migliorare le cure e la prevenzione delle malattie attraverso azioni che tengano conto delle differenze di sesso (l'insieme delle caratteristiche biologiche) e genere (il costrutto sociale che definisce norme, ruoli e relazioni tra individui), col fine ultimo di raggiungere l'appropriatezza e la personalizzazione degli interventi stessi.

In questo ambito, la personalizzazione degli interventi riveste una notevole importanza, considerando ad esempio che le motivazioni per cui donne e uomini fumano, non praticano attività fisiche, mangiano troppo o bevono alcolici sono diverse.

Per far sì che le azioni di salute siano orientate al genere, efficaci ed eque, nella loro pianificazione ed esecuzione devono essere inclusi gli aspetti legati alla persona (considerando anche le identità di genere non binarie) e alla comunità, le evidenze scientifiche ed i dati disponibili e, infine, gli indicatori di processo e di outcome.

Sebbene negli ultimi decenni siano state sviluppate una serie di politiche di salute pubblica orientate al genere, la ricerca sull'impatto e sull'efficienza di queste politiche e sul controllo e gestione dei fattori di rischio è molto scarsa e manca una discussione critica sulla metodologia degli interventi che considerano il genere.

Questi aspetti richiederanno un grandissimo impegno da parte di tutti i professionisti della salute con l'obiettivo principale di includere in tutte le aree mediche una nuova "dimensione" basata sulle differenze di sesso e/o genere, non solo in termini biologici e clinici, ma anche culturali e socio-psicologici. L'obiettivo è infatti il miglioramento della salute di tutti attraverso una medicina realmente personalizzata, più efficace ed economica.

### **6.2. Riforma dell'assistenza sanitaria territoriale e nuova domiciliarità: quali opportunità per le donne**

*di Angela Genova*

*Sociologa, Ricercatrice presso Dipartimento di Economia Società Politica, Università degli Studi di Urbino Carlo Bo.*

Il capitolo si interroga sulle opportunità che si prospettano per le donne nel nuovo scenario dei servizi sanitari territoriali. Il lavoro si articola in tre parti: la prima presenta una breve premessa teorica e metodologica, evidenziando come tutte le politiche non hanno lo stesso impatto su uomini e su donne. La seconda analizza i principali contenuti del DM 77, soffermandosi sui potenziali impatti in ottica di genere. La terza parte, invece, propone alcune riflessioni sulle potenzialità e criticità della riforma dell'assistenza sanitaria in una prospettiva sociologica.

L'analisi dei dati relativi alla composizione maschio-femmina del personale sanitario coinvolto nei servizi distrettuali evidenzia che le professioni interessate sono a prevalenza femminile più o meno marcata. Rispetto ai medici si rileva un processo di femminilizzazione della professione, confermato dal numero di laureate nel 2019, superiore a quello dei laureati.

Per quanto riguarda la composizione dell'utenza dei nuovi servizi territoriali, l'unico standard esplicitato riguarda la presa in carico del 10% della popolazione over 65, per le cure domiciliari. L'analisi delle differenze maschi-femmine nella popolazione over 65 rileva, come ben noto, una maggiore rappresentanza femminile sul totale. Anche sul versante dell'utenza si constata che saranno prevalentemente le cittadine a utilizzare i servizi riformati dell'assistenza sanitaria territoriale.

Nonostante la presenza femminile in tutto il sistema sanitario sia cresciuta nel corso degli anni e oggi le donne siano numericamente superiori agli uomini, le posizioni di vertice sono nella maggior parte occupate da uomini: poco meno di 1 donna su 3 ricopre un ruolo di vertice e 1 su 5 il ruolo di direttore generale.

In conclusione, i servizi dell'assistenza sanitaria territoriale saranno prevalentemente offerti da donne e rivolti a donne: si auspica che saranno anche co-progettati nella loro dimensione operativa e procedurale dalle donne stesse, affinché questa trasformazione possa effettivamente ridurre l'onere di cura della popolazione femminile.

### **6.3. Il contributo femminile nella riforma dell'assistenza sanitaria territoriale: proposte concrete**

*di Monica Calamai<sup>1</sup>, Silvia Foglino<sup>2</sup>, Luca Santini<sup>2</sup>, Ilaria Panzini<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Direttrice Generale AUSL di Ferrara e Commissaria straordinaria AOU di Ferrara.

<sup>2</sup>U.O. Qualità, Accreditamento, Ricerca Organizzativa AUSL di Ferrara.

L'approvazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) ha dato un nuovo impulso alla riforma dell'assetto organizzativo dell'assistenza territoriale, con la proposta di un sistema organico di misure promosse, in particolare, per l'assistenza agli anziani non autosufficienti.

In questo contesto, la prospettiva femminile assume un duplice aspetto, quello della donna professionista inserita in un contesto aziendale e quello della donna fruitrice del servizio.

Dal punto di vista professionale, la figura che può esemplificare il punto di vista femminile, dati i numeri di prevalenza nel servizio, è quella infermieristica (le donne costituiscono il 76,45% degli iscritti agli ordini professionali), mentre in ambito familiare e sociale numerose indagini mostrano che le donne sono le figure di riferimento nella gestione e di cura dei bambini e/o delle persone anziane.

In quest'ottica, il rafforzamento dei servizi di prossimità e di supporto all'assistenza domiciliare ha un impatto diretto sui divari di genere, da un lato facilitando il ruolo di caregiver e dall'altro incoraggiando un aumento dell'occupazione nel settore dei servizi di cura, a cui contribuiscono maggiormente le donne.

Affinché le donne possano offrire pienamente il loro contributo, è necessario che si individuino nuovi modelli organizzativi che consentano la conciliazione dei tempi di vita e lavoro. La direzione strategica di un'azienda sanitaria può favorire questo processo, ad esempio, tramite l'adozione di orari flessibili e personalizzati e lo sviluppo delle forme diversificate di part time, l'implementazione di lavoro agile nel lavoro a turni e di assistenza diretta e, infine, il sostegno alla condivisione del lavoro familiare e di cura fra donne e uomini.

Sarà infine necessario un monitoraggio continuo della situazione maschile e femminile nelle aziende, per la promozione delle pari opportunità e il contrasto ad ogni genere di discriminazione, attraverso strumenti quali il Bilancio di Genere e il Piano di Equità di Genere.



## **Conclusioni. Scenari futuri tra sostenibilità e innovazione per una medicina di prossimità “a misura di donna”**

di *Pierpaolo Sileri*

*Sottosegretario di Stato alla Salute, XVIII Legislatura.*

Centralità del paziente è il focus del ridisegno del Servizio Sanitario Nazionale che si appresta a diventare realtà, grazie alle risorse del PNRR e all'aumento strutturale del Fondo Sanitario Nazionale.

Nella prospettiva di un'assistenza sanitaria realmente centrata sulla persona e sulle sue esigenze specifiche sarà fondamentale la formazione specialistica dei professionisti che saranno impiegati nei nuovi distretti della salute e in tutti i presidi territoriali. Una formazione che deve comprendere gli aspetti della digitalizzazione, dell'*empowerment* del paziente e del caregiver, della multidisciplinarietà, dell'approccio *one health*, così come delle specificità di genere. Infatti, dalla formazione del personale sanitario e dalla ricerca scientifica dipendono la prevenzione e la cura dei pazienti.

Tutto ciò deve tradursi anche nei modelli che definiscono le attuali organizzazioni lavorative delle strutture sanitarie, includendo una visione “di genere” capace di valorizzare al meglio il ruolo delle donne nell'accesso alle carriere e nella conciliazione dei tempi di vita privata e lavoro.

Lo stesso PNRR individua nella Parità di genere una delle tre priorità trasversali perseguite in tutte le missioni che compongono il Piano, che dovrà inoltre essere valutato in un'ottica di *gender mainstreaming*.

Gli stereotipi di genere, infatti, non causano solo una disparità nell'accesso al lavoro e all'istruzione, ma alimentano anche la violenza di genere in tutte le sue forme, intersecandosi anche con altre forme di discriminazione.

A questo proposito, la formazione sarà ancora una volta decisiva per superare i pregiudizi e promuovere un'effettiva parità di genere: l'Istituto Europeo per l'Uguaglianza di Genere e l'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico affermano infatti che i contesti educativi sono uno spazio ideale per abbattere precocemente gli stereotipi di genere.