

**Corso di Laurea in Infermieristica  
AA 2018-2019  
1° Anno  
Corso a scelta dello studente CFU 2**



**università di ferrara**  
DA SEICENTO ANNI GUARDIAMO AVANTI.

**“SALUTE E GENERE”  
Docente: Sandra BOMBARDI**

**Obiettivi d'apprendimento:**

- Analizzare le modalità con cui il “costrutto sociale “genere influenza la salute
- Analizzare le attuali problematiche sociali di salute in relazione al genere
- Definire il concetto di equità nel rispetto delle differenze

## Come mai questo corso ?

**L'Organizzazione Mondiale della Sanità** ha stabilito che, in medicina, il concetto di equità si associa alla capacità di curare l'individuo, in quanto essere specifico e appartenente a un determinato genere.

Proprio la differenza di genere identifica esigenze diverse sul fronte delle terapie, oltre a influenzare in modo sensibile l'accesso, la qualità e l'aderenza alle cure stesse.

Nel riconoscere questa diversità di esigenze, **la Medicina di Genere** considera prioritario il diritto delle donne e degli uomini a un'assistenza sanitaria e farmacologica specifica, che si basi su un diverso modo di interpretare e valutare la programmazione e la produzione normativa in ambito farmaceutico, sanitario e socio-assistenziale.

## **Il termine “genere” deriva dal latino *genus***

ed esprime il senso della provenienza, della progenie, della parentela, della famiglia, ma anche dell'universalità, degli uomini e delle donne, e va ben oltre il concetto di maschio e femmina

Seconda metà del secolo scorso, **il termine “genere”** è stato utilizzato per indicare l'influenza della società e della cultura su un corpo maschile o femminile ed ha prevalso sul sesso (usato per indicare le differenze biologiche fra maschio e femmina) perché considerato politicamente più corretto.

**La medicina di genere** non si limita alle donne ma crea nuovi prototipi di salute anche per l'uomo incorporando gli aspetti biologici con quelli sociali, dando valore alle differenze e riconoscendo le somiglianze fra donna e uomo per arrivare all'equità della cura.

## Un approccio “di genere” (femminile/maschile)

alla salute deve essere capace di contrastare le disuguaglianze, i pregiudizi, gli stereotipi nella medicina, nella ricerca biomedica, nello studio dell'eziologia e dei fattori di rischio, nella sperimentazione farmaceutica.

**La conoscenza delle differenze di genere** favorisce una maggiore appropriatezza della terapia ed una maggiore tutela della salute per entrambi i generi.

Senza un orientamento di genere, la politica della salute risulterebbe non solo metodologicamente scorretta, ma anche discriminatoria.

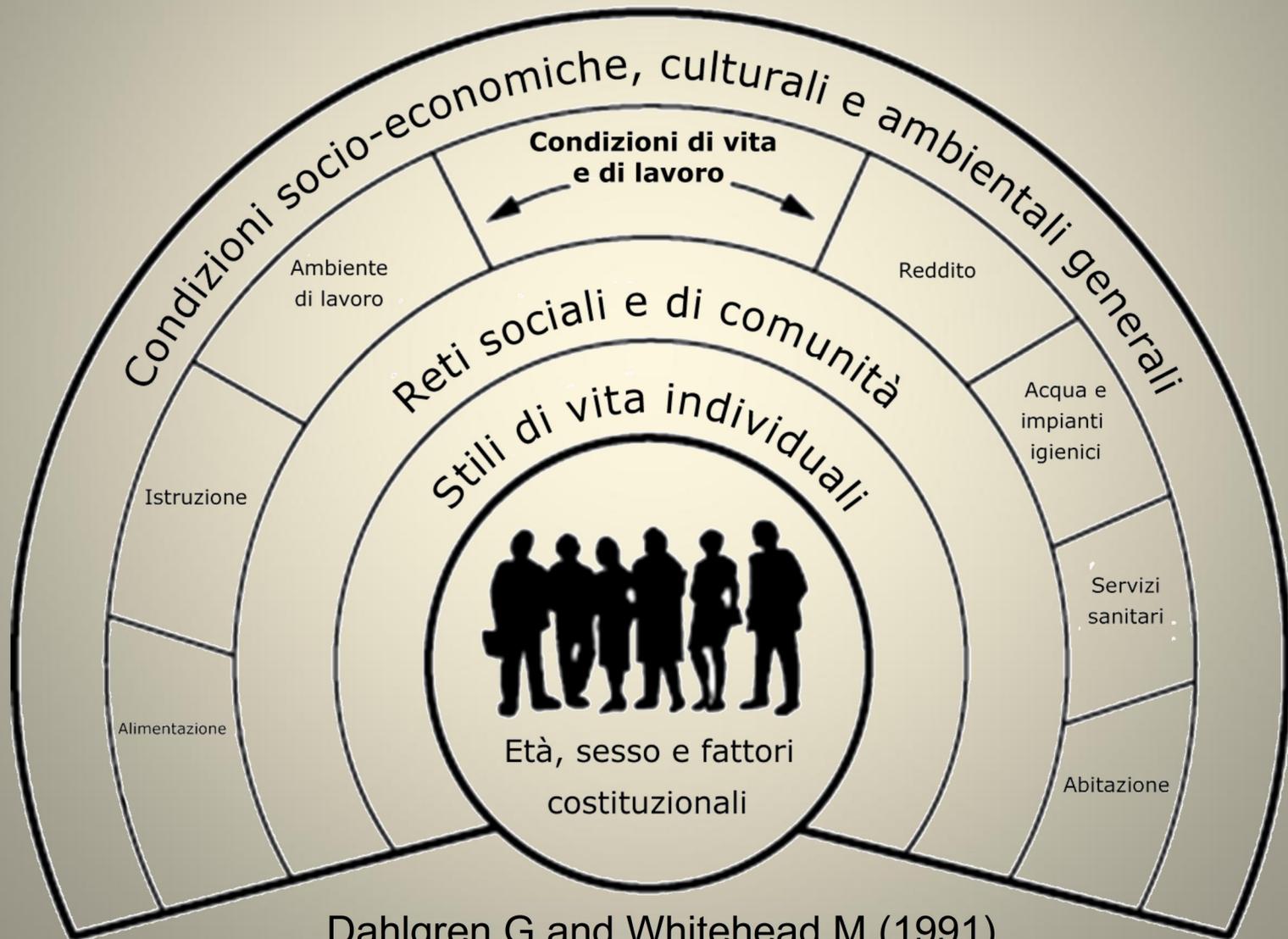
MINISTERO DELLA SALUTE:

**"un fattore determinate della salute"**

Uomo e donna differiscono:

- nello stato di salute
- nella percezione e nella promozione del benessere
- nell'insorgenza delle malattie e nel loro decorso
- nell'efficacia degli approcci terapeutici

# I DETERMINANTI DI SALUTE





Adattato da: Dahlgren e Whitehead (1991).

# Il riconoscimento delle differenze

Storicamente, le donne sono state considerate “piccoli uomini” con la sola esclusione degli organi deputati alla riproduzione, tanto che si è parlato di *Bikini Medicine*.

Si è creata così una medicina androcentrica, focalizzata soprattutto, se non esclusivamente, sull'uomo caucasico giovane

Ciò ha inevitabilmente condotto ad una medicina meno basata sull'evidenza nelle donne.

*Eppure le differenze sono numerose e significative: le donne vivono più a lungo (O.N.Da, 2009) rispetto agli uomini. Ciò sembra dipendere sia da fattori biologici che sociali. È stato, infatti, calcolato che il fumo potrebbe essere responsabile per il 10-60% del gender gap nell'aspettativa di vita (McCartney et al, 2011). Tuttavia, nel mondo animale, vive più a lungo chi è omogametico (XX) (Liker et al, 2005) indicando anche l'importanza dei fattori genetici. La maggiore longevità della donna si accompagna a una peggiore salute rispetto all'uomo (paradosso donna). Infatti, sopra i 65 anni, una percentuale maggiore di donne ha tre o più malattie croniche rispetto agli uomini. Inoltre le donne soffrono di maggiore disabilità (Oksuzyan et al, 2009). Ciò, associato alla più lunga aspettativa di vita della donna, fa sì che le donne vivranno da anziane un periodo di solitudine, di malattia e di povertà (CNEL, 2009).*

# DEFINIZIONI

**SESSO** si riferisce alle **caratteristiche biologiche e fisiologiche** di maschi e femmine: genitali, organi riproduttivi, corredo cromosomico, sistema ormonale,...

**GENERE** è la **definizione socialmente costruita** di donne e uomini.

## GENERE

E' l'**immagine sociale** della diversità di sesso biologica, determinata dalla **concezione dei compiti, delle funzioni e dei ruoli attribuiti a donne e uomini** nella società e nella sfera pubblica e privata.

E' una definizione di femminilità e mascolinità **culturalmente specifica**, che come tale varia nello spazio e nel tempo ...

E' anche una definizione culturalmente costruita della **relazione tra i sessi**.

In questa definizione è implicita una **relazione ineguale di potere**, col dominio del maschile e la subordinazione del femminile nella maggioranza delle sfere della vita.

(Consiglio d'Europa, 1998)

## **L'importanza di una prospettiva di genere nell'ambito della salute**

Differenze marcate nelle problematiche di salute e malattia tra uomo e donna, non riconducibili esclusivamente a differenze biologiche.

Uomo e donna mostrano atteggiamenti e comportamenti differenti verso la salute propria e degli altri

La medicina non è neutrale: è espressione dei valori e delle norme sociali degli uomini e delle donne che la praticano

Attività di prevenzione e cura più efficaci se tengono conto delle problematiche di genere

# Un apparente paradosso:

le donne vivono di più...

**...ma mediamente le donne si percepiscono meno in buona salute degli uomini**

## Lunga vita alle donne

### Fattori biologici

- Vantaggio nella costituzione e nella funzione protettiva di alcuni ormoni (fino alla menopausa)

### Fattori sociali, dovuti allo sviluppo economico e mutamento sociale:

- Miglioramento della nutrizione (riduzione mortalità per malattie come tbc)
- Introduzione di servizi di cura e sostegno alla maternità (riduzione tassi di mortalità dovuti alla gravidanza)
- Maggior controllo funzione riproduttiva

# Lunga vita alle donne. E gli uomini?

## Mortalità dovuta a:

Lavori a più alto rischio

Comportamenti pericolosi o violenti,  
considerati “da vero uomo”: abuso di  
alcohol e di sostanze stupefacenti,  
incidenti stradali, guerra, fumo

**L'International Council of Nurses  
(ICN) dal 2 al 8 maggio 2011**

*Nurses driving access, quality and health  
Closing the gap: increasing access and equity*

**Comprendere le nozioni di  
accesso ed equità,  
il peso delle disuguaglianze,  
misurare l'accesso e l'equità,  
gli ostacoli, i miglioramenti,  
gli strumenti da adottare  
e il ruolo degli infermieri.**



**Impegni per la professione infermieristica**

1. conoscenza dei determinanti sociali della salute
2. Il valore del diritto alla salute nei vari codici deontologici nazionali
3. La distribuzione del personale sanitario in rapporto ai bisogni della popolazione
4. Rilevazione di marcatori sociali quali: genere, etnia, reddito, istruzione, classe lavorativa, contesto di vita.
5. Sviluppo dell'*advocacy*, dalla competenza multiculturale e dal protagonismo dell'associazionismo infermieristico.
6. Il miglioramento dell'accesso ai farmaci attraverso l'introduzione della prescrizione infermieristica (Svezia e Regno Unito prontuario specifico)

# La sfida per l'Infermieristica come Politica della Cura

Stiamo curando tutti?  
Stiamo curando bene?



**La sfida che l'infermieristica ha davanti non è piccola e non è semplice: è la sfida di curare la comunità e curarla bene.**

**La base etico-politica ha impliciti questi sei valori essenziali:**

- **Il valore del diritto alla salute e alla cittadinanza**
- **Il valore dell'equità**
- **Il valore dell'eccellenza**
- **Il valore della tolleranza**
- **Il valore della solidarietà**
- **La cura come valore esistenziale**

Beatriz Gomez,  
esimia professoressa di etica dell'Università Nazionale di Cordoba, Argentina

# Codice deontologico dell'infermiere 2009



*Muovendo dall'assunzione dei  
fondamentali diritti umani*

## **Articolo 4**

*“l'infermiere presta assistenza  
secondo i principi di  
**equità e giustizia**  
tenendo conto dei valori etici,  
religiosi e culturali, nonché del  
genere e delle condizioni sociali  
della persona “*



Noi **infermieri**  
con i nostri valori,  
dalla vostra parte.  
**Sempre.**

# Il riconoscimento ed il rispetto del valore individuale di ogni singola persona.



*Il riferimento al “genere”  
quale assunzione complessiva di valori,  
sensibilità, orientamenti, comportamenti  
che nella storia delle diverse culture sono venuti  
caratterizzando, sotto il profilo antropologico e culturale, la  
differenza “prima” tra gli esseri umani,  
cioè tra uomo e donna.*

*Una differenza biologica, quindi, che non è mai solo tale:  
persona in senso biologico è sempre una persona culturale.*

*Di Cristofaro Longo G., 1995; Palazzani L., 2008; Ricci Sindoni P., Vigna C., 2008*

## Cosa sottolinea l'articolo n. 4



*L'infermiere agisce in prima persona, è un soggetto attivo che opera con autonomia di scelta e responsabilità entro una cornice di valori derivanti dalla sua storia personale e dal proprio contesto sociale*

*L'infermiere deve cogliere come stimolo la diversità ..... con l'attitudine all'ascolto, a chiedere consiglio, a lasciarsi illuminare da altri quando è necessario.*

*E' nel dialogo tra tutti i soggetti coinvolti che possono maturare le scelte terapeutiche più idonee al caso, anche sotto il profilo etico.*

**Creare le condizioni affinché vi siano le stesse opportunità per ciascuno di raggiungere il massimo potenziale di salute, attraverso l'eliminazione o la riduzione delle differenze derivanti da fattori considerati evitabili e ingiusti**



- Equità - Pari opportunità - **Massimo outcome**
- Eliminazione di fattori iniqui
- **Equità e Appropriatezza**

Garantire a tutti ciò di cui hanno realmente bisogno in relazione al problema riscontrato.

## Obiettivi per la promozione dell'approccio di genere

- Rendere centrale un approccio di genere, valorizzando una medicina attenta alle problematiche bio-culturali legate alle differenze di genere.
- Costruire un punto di vista di genere qualificato sulla salute di donne e bambine e uomini e bambini, per superare la “cecità di genere” e arrivare all'equità.
- Offrire un'informazione corretta ed equa sulle problematiche di salute e genere.
- Promuovere l'attività scientifica e di ricerca, anche in collaborazione con Enti pubblici e privati, mondo produttivo, sportivo e mass-mediatico.
- Implementare percorsi di ricerca, prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione maggiormente orientati a promuovere accesso e riforme sull'equità di genere.
- Definire percorsi preventivi e assistenziali nell'ottica dell'educazione alla salute di genere.
- Realizzare un'attività formativa professionale permanente, con l'obiettivo di favorire la conoscenza di problematiche genere-specifiche.

# LA STORIA DELLA MEDICINA DI GENERE È UNA STORIA RECENTE

**1980 (USA):**

si inizia a studiare l'impatto delle differenze di genere sul modo in cui le patologie:

- si manifestano
- si sviluppano
- sono curate

## **Nuovo approccio medico...**

Si pone in relazione il rischio di patologia, e più in generale “la salute”, con i differenti ruoli sociali, culturali ed economici determinati dal “**genere**”.

**1985:** L'istituto nazionale di sanità statunitense rende pubblico il primo rapporto sulla salute delle donne stilato sulla base delle differenze di genere.

Con questo documento si prende finalmente coscienza del ritardo conoscitivo della medicina su questo importante aspetto.

In particolare si prende coscienza che la salute umana è strettamente legata agli aspetti che costituiscono il “**genere**” e che uomini e donne non differiscono solo sessualmente, ma anche rispetto a fattori quali:

- il peso
- gli ormoni sessuali
- la percentuale di grasso corporeo
- gli enzimi epatici
- alle variabili determinate dall'ambiente
- dal tipo di società
- dall'educazione
- dalla cultura
- dalla psicologia dell'individuo.

Finalmente i ricercatori comprendono che, proprio a causa delle differenze di genere, il decorso delle patologie e la risposta alle cure farmacologiche sono sensibilmente diverse tra uomini e donne.

Anche se le patologie sono le stesse, la diversa appartenenza di genere determina sintomi, progressione e decorso delle patologie molto diversi tra loro

**1991:** per la prima volta in medicina si menziona la “questione femminile”. Bernardine Healy, direttrice dell'Istituto Nazionale di Salute Pubblica, sulla rivista NEJM parla di Yentl Syndrome a proposito del comportamento discriminante dei cardiologi nei confronti della donna.

**2002:** si avvia la prima sperimentazione riservata alle donne.

Nella Columbia University (New York) è istituito il primo corso di medicina di genere.

L'**Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)** inserisce la medicina di genere nell'Equity Act. Si stabilisce il principio di equità: “per essere appropriata la cura deve essere quella più consona al singolo genere”.

La **Commissione Europea** ribadisce la necessità di promuovere una politica in difesa della salute che tenga conto della diversità di genere

Il **Consiglio dell'Unione europea** auspica una maggior conoscenza da parte della comunità scientifica per affrontare le disuguaglianze nella salute e garantire parità di trattamento e di accesso alle cure.

**2004:** Presso il **Ministero della salute** si organizza il primo evento in Italia sulla salute delle donne: “**La salute della donna: differenze, specificità e opportunità**”

A Sassari si organizza il “Primo Seminario Nazionale su Donne e Farmaci”.

**2009:** si organizza il **primo congresso italiano nazionale sulla medicina di genere**

**2010:** esce in Italia il **primo libro mondiale dedicato specificamente alla farmacologia di genere** (Flavia Franconi, Simona Montilla e Stefano Vella, edito da Seed, Torino).