

Unplugged Italia. *Programma scolastico per la prevenzione l'uso di tabacco, alcol e sostanze tra gli adolescenti*. Disponibile all'indirizzo: <https://www.oed.piemonte.it/unpluggeditalia/>; ultima consultazione 07/01/2021.

WHO. *Life Skills Education for children and adolescents in schools*. Geneva: World Health Organization WHO; 1993.

BENESSERE ED EQUITÀ NELLA SALUTE: UN APPROCCIO DI GENERE

Eloïse Longo (a), Paola De Castro (b), Patrizia Popoli (c), Anna Maria Giammarioli (d)

(a) *Dipartimento Neuroscienze, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

(b) *Servizio Comunicazione Scientifica, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

(c) *Centro Nazionale Ricerca e Valutazione preclinica e clinica dei farmaci, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

(d) *Centro Nazionale Salute Globale, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

Evoluzione del concetto di salute e benessere

Nel corso degli ultimi anni il dibattito sul concetto di salute e benessere ha subito numerose modifiche e ampliamenti ancora in continuo divenire. Alcuni avvenimenti storici hanno segnato le principali tappe di questa evoluzione: il primo risale al 1948 quando, in seguito agli eventi traumatici vissuti durante la seconda guerra mondiale, la *World Health Organization* (WHO) ridefinisce la salute come uno stato di completo benessere fisico, mentale, psicologico, emotivo e sociale abbandonando il concetto di salute come assenza di malattia (WHO, 1948). La definizione della WHO del 1948 diviene il punto cardine di molte discipline e correnti di pensiero filosofico (orientali e occidentali) che, ponendo l'accento su aspetti non solo medici, stimolano una valutazione globale della qualità della vita orientata al benessere (anni '80) e portano a un coinvolgimento attivo dei cittadini nella valutazione degli interventi sanitari (anni '90). Solo in seguito, la WHO introducendo il concetto di assistenza sanitaria primaria con la conferenza d'Alma Ata prima (1978) e promozione della salute poi, con la Carta d'Ottawa (1986) ribadisce il concetto di salute e di benessere nella sua dimensione globale laddove la promozione della salute si sofferma soprattutto sul raggiungimento dell'equità nelle condizioni di salute (WHO, 1978; WHO, 1986). Dalla Carta di Ottawa in poi, il dibattito, che ruota intorno alla definizione di salute e benessere, indirizza le varie correnti di pensiero in due principali modelli concettuali oppositivi che si differenziano nello stabilire una gerarchia di valore tra i fattori (biologici o non biologici) che influenzano lo stato di salute e di benessere di un individuo e, più estesamente, di una comunità o di una popolazione. La distinzione non è solo concettuale, dal momento che i diversi modelli propongono antitetiche strategie di sanità pubblica e un diverso approccio sociale. Nelle diverse fasi che hanno contraddistinto il panorama socioeconomico globale del XX secolo, i due modelli hanno incontrato altalenanti fortune.

Alla fine degli anni '90 l'evoluzione dello stato di salute nel mondo (contraddistinto dall'allungamento della vita media, dall'aumento delle malattie croniche e dal radicale cambiamento del quadro nosologico) spinse la classe medica mondiale a chiedere alla WHO una revisione della definizione di salute e di benessere del 1948, che ponesse l'accento non più sulla globalità dei fattori, ma su caratteristiche individuali della persona. È nella pratica clinica che per ottenere il raggiungimento del completo e simultaneo benessere fisico-mentale-psicologico-emotivo i medici erano stati costretti a una medicalizzazione eccessiva, a un consumo esagerato

di risorse (con il rischio di non poter sostenere la spesa farmaceutica) senza per altro ottenere un miglioramento dello stato di salute. Tra le definizioni proposte nell'ampio dibattito, raccolse maggiori consensi quella che definiva la salute e il benessere come la "capacità dell'individuo di adattamento e di auto gestione di fronte alle sfide sociali, fisiche ed emotive". La nuova definizione poneva l'accento sulla capacità resiliente delle persone di convivere con la malattia nelle sue varie fasi, ma trascurava completamente i principi di equità sociale dichiarati nella Carta di Ottawa e, sebbene la nuova formulazione avesse raccolto il voto favorevole della maggior parte dei rappresentanti della WHO, non arrivò all'approvazione dell'Assemblea Generale e attualmente è ancora in vigore il testo originario del 1948.

Salute disuguale

Partendo da analoghe osservazioni, i sostenitori di un concetto globale di salute e benessere arrivano a considerazioni diametralmente opposte a quelle della classe medica mondiale. Essi sostengono che, sebbene sia indubbio che gli individui vivano in media più a lungo e in condizioni di salute migliore, si possono tuttavia riscontrare notevoli differenze in termini di speranza di vita, probabilità di ammalarsi o di cadere in disabilità tra individui appartenenti a gruppi con posizioni socio-economiche diverse (Dahlgren, 1991). Le differenze in salute vengono anche osservate a livello territoriale tra individui all'interno di una stessa popolazione o tra popolazioni appartenenti a Stati con diversi livelli economici di sviluppo. In particolare è all'inizio del XXI secolo che nonostante un diffuso e generalizzato sviluppo economico nella maggior parte degli Stati Europei si registra un progressivo aumento delle disuguaglianze con evidenti ricadute sulla salute umana.

All'interno di questo scenario la WHO nel 2005 istituisce la Commissione europea sui Determinanti Sociali di Salute (*Social Determinants of Health*, SDH) con il compito di raccogliere informazioni ed evidenze sul possibile impatto dei fattori sociali sulla salute e benessere degli individui nei diversi Stati europei. Gli SDH sono tutti i fattori "NON" biologici che influenzano in senso positivo o negativo lo stato di salute di un individuo e, più estesamente, di una comunità o di una popolazione. Nel 2008, la Commissione Europea pubblica il *report* finale dello studio i cui risultati mostrano scenari addirittura più preoccupanti di quelli ipotizzati (Marmot, 2008; Marmot, 2010; WHO, 2010). Dal *report* scaturisce come le persone che si trovano negli strati inferiori della piramide sociale abbiano un rischio almeno doppio di essere colpiti da malattie e morte prematura rispetto a chi si trova vicino al vertice. Le disuguaglianze nella salute si manifestano non solo nel *gap* esistente tra i più poveri e i più ricchi, ma i livelli di mortalità della popolazione crescono "gradualmente" man mano che ci spostiamo dai gruppi di popolazione benestanti a quelli più svantaggiati. Tale effetto viene chiamato "gradiente sociale di salute" ed è un fenomeno universale che coinvolge tutti i Paesi a prescindere da quale che sia il loro reddito (Marmot, 2008; Marmot, 2010; WHO, 2010). Ovunque le condizioni socio-economiche possono influire sulle condizioni di vita che, a loro volta possono ripercuotersi sulla salute. Le differenze di salute, se non giustificate da un punto di vista biologico, sono giudicate inique perché potrebbero essere evitate attraverso politiche sociali e strategie adeguate (Marmot, 2010; Marmot, 2016).

Responsabilità individuale e responsabilità sociale dello stato di salute

Come già accennato, i diversi modelli concettuali di salute e benessere si contraddistinguono nello stabilire una diversa gerarchia di valori tra i determinanti di salute. Secondo l'approccio individualistico, per lo più focalizzato sulla prevenzione delle singole malattie, la maggior parte delle patologie e la conseguente mortalità prematura è attribuibile a cause complesse che riguardano fattori di rischio genetici, ambientali e comportamentali come, per esempio, gli stili di vita insalubri (alimentazione scorretta, scarsa attività fisica, fumo, alcool). Lo stato di salute delle persone è condizionato per il 50% dai loro comportamenti e dal loro stile di vita mentre gli altri fattori hanno un'importanza relativa e meno marcata: fattori ambientali (20%), fattori genetici (20%), assistenza sanitaria (10%). Si tratta di un modello che rispecchia l'enfasi culturale statunitense nel porre in primo piano la responsabilità individuale nei confronti della salute e delle malattie. Numerosi studi epidemiologici hanno tuttavia mostrato come i fattori di rischio comportamentali e gli stili di vita scorretti (es. fumo, abuso di alcol, sedentarismo o obesità), possono spiegare solo in parte la maggiore incidenza di malattie croniche come tumori, disturbi cardiovascolari e diabete (Kreatsoulas, 2010; Spadea, 2010; Stringhini, 2017; Di Girolamo, 2020; Vineis, 2020).

Per le correnti di pensiero che si richiamano a un approccio globale di salute, la speranza di vita alla nascita, la frequenza con cui ci si ammala e la longevità sono determinati (oltre che dai fattori di rischio genetici, ambientali e comportamentali) dal livello educativo, dalla posizione lavorativa, dal reddito e dallo status sociale dell'individuo e della famiglia di appartenenza. I cittadini in condizioni di svantaggio sociale hanno la tendenza ad ammalarsi di più, a guarire di meno, a perdere autosufficienza, a essere meno soddisfatti della propria vita/salute e a morire prima (Marmot, 2010; WHO, 2010; Marmot, 2016). Lo stato di salute e benessere dipende dalla complessità delle condizioni di vita e di lavoro, ossia da tutti quegli elementi che determinano l'aria che respiriamo, il cibo che ci alimenta, l'istruzione che abbiamo ricevuto, la casa e l'ambiente in cui viviamo, il lavoro che svolgiamo, lo stipendio che riceviamo, il reddito che possediamo, la possibilità di curarci se ci ammaliamo oppure di essere assistiti quando non lo possiamo più fare autonomamente (per esempio quando l'età avanza). La posizione socio-economica determina il "controllo" che l'individuo ha sulla propria vita e sulla possibilità di scegliere le condizioni più idonee per sé e la sua famiglia. Il "NON" controllo rende l'individuo più incline ad assumere stili di vita non corretti e a essere maggiormente soggetto ai fattori di rischio per la salute e il benessere fisico e mentale. Le persone che, nella gerarchia sociale, occupano una posizione lavorativa apicale hanno minore probabilità di ammalarsi e di morire prematuramente (Di Monaco, 2014; Stringhini, 2017). Il gradiente sociale che accompagna il benessere della popolazione all'interno dei Paesi e le differenze nell'assistenza sanitaria sono il risultato di una distribuzione ineguale, a livello mondiale e nazionale, del potere, della distribuzione delle risorse economiche e di ogni altro tipo di risorsa che influisca in maniera immediata e visibile sulle condizioni di vita e benessere. Questo modello si va sempre più affermando in Europa dove, basandosi su importanti evidenze scientifiche, l'ufficio Europeo della WHO sta intraprendendo importanti azioni per contrastare le disuguaglianze di salute in collaborazione con la maggior parte degli Stati Europei. Tra queste assume particolare rilievo l'analisi delle differenze tra i due sessi (sia biologiche, che socio-culturali) su cui si incentra la tematica delle disuguaglianze di salute tra uomini e donne.

Disuguaglianze di salute tra uomini e donne

L'approccio di genere in medicina (sinteticamente definito come "medicina di genere") tenta di analizzare le differenze che portano alle disuguaglianze di salute tra uomini e donne, analizzando sia i limiti posti da un'errata comprensione delle differenze fisiologiche tra i due sessi, sia dai condizionamenti culturali che portano uomini e donne ad approcciarsi alla salute e al benessere in maniera diversa.

Prima di addentrarci nell'analisi delle disuguaglianze di salute declinate sulle differenze tra uomo e donna, è utile porre attenzione alla terminologia: il termine "sesso" definisce le caratteristiche biologiche dell'essere maschio o femmina, mentre il termine "genere" si riferisce alle caratteristiche e ai comportamenti che una determinata cultura dominante attribuisce all'essere femmina o maschio. Lo squilibrio di genere in salute è dimostrato da differenze nell'aspettativa di vita, dagli anni di vita in buona salute, dalla mortalità e dai rischi di morbilità. L'interazione tra fattori biologici e sociali è alla base del cosiddetto "paradosso di genere": le donne vivono più a lungo degli uomini, ma trascorrono meno anni in buona salute (Oksuzyan, 2008; Gordon, 2017). Acquisire conoscenze sesso/genere-specifiche in merito sia al manifestarsi delle patologie che agli effetti delle cure farmacologiche sull'organismo maschile e femminile, dovrebbe andare di pari passo con il potenziamento della formazione medica e di tutti gli operatori della salute; questo servirebbe a rendere più efficace l'identificazione, la diagnosi e la cura delle patologie che affliggono donne e uomini e di conseguenza a non creare una salute disuguale tra sessi.

Approccio di genere in medicina: differenze di sesso

È solo tra la fine degli anni Ottanta e l'inizio degli anni Novanta del secolo scorso che la letteratura scientifica evidenzia come uomini e donne, pur essendo soggetti alle medesime patologie, presentino significative differenze riguardo l'insorgenza, la progressione, la risposta ai trattamenti e la prognosi per vari tipi di patologie che interessano, a differenti livelli, organi come il cuore, i vasi, il cervello, il fegato, il polmone e il rene (Legato, 2004). Fino ad allora il concetto di differenza di genere era stato trascurato nella ricerca preclinica e la maggior parte degli studi che stanno alla base delle attuali strategie mediche, era stata condotta su uomini per poi essere traslata alle donne. La scelta preliminare di escludere le donne dalle indagini cliniche parte da diversi fattori, primo fra tutti quello di soffermarsi sulle similarità (non sulle differenze) tra i due sessi facendo supporre che i risultati delle ricerche ottenute sugli uomini potessero essere estesi alle donne (*Committee on Women's Health Research*, 2010). L'altro fattore (di natura etica) cercava di escludere eventuali interferenze del trattamento sperimentale sulla fertilità e sulla gravidanza. Ultimo, ma non per importanza, riguardava il contenimento dei costi della ricerca; la fisiologia femminile è molto più complessa di quella maschile e la sperimentazione clinica avrebbe richiesto test aggiuntivi come, per esempio, il verificare l'efficacia del trattamento nelle diverse fasi del ciclo vitale di una donna (pubertà, età fertile, menopausa). Purtroppo la non inclusione delle donne nella sperimentazione clinica ha creato parzialità nelle conoscenze mediche penalizzando principalmente le donne. Ulteriori pregiudizi avevano portato a ritenere che determinate patologie fossero tipicamente maschili o tipicamente femminili, escludendo le donne e gli uomini dall'eventuale percorso di prevenzione. È solo negli ultimi decenni che è divenuto chiaro come uomini e donne possano presentare disparità nei determinanti patogenetici e di progressione e quindi, nella presentazione di alcune malattie. Caso emblematico è rappresentato dalle Malattie Cardiovascolari (*CardioVascular Disease*, CVD) dove la mancata inclusione delle donne negli studi clinici (i primi *trial* clinici su malattie CVD con inclusione delle

donne sono osservati in America nella prima metà degli anni '90) ha comportato un ritardo nella comprensione dei fattori di rischio fisiologici per le patologie CVD nelle donne (Kannel, 2002; Mosca, 2011). È ora evidente che il divario di incidenza tra uomini e donne si accorcia con l'avanzare dell'età quando gli eventi CVD diventano la principale causa di morte nelle donne (Greiten, 2014). Quella che potrebbe sembrare un'anomalia è facilmente spiegabile dalle caratteristiche fisiologiche femminili. La donna risulta "protetta" dall'assetto ormonale fino alla menopausa quando la diminuzione dei livelli ormonali può indurre un complessivo aumento dei fattori di rischio CVD tra cui l'aumento dell'indice di massa corporea e un'alterazione del metabolismo glucidico e lipidico (Legato, 2006; Vitale, 2009; Straface, 2011). Parlare dei fattori di rischio CVD permette di introdurre un altro aspetto che, sottovalutato o non considerato, porta a disparità di cura tra uomini e donne. Nell'uomo il rischio CVD è prevalentemente associato con alti livelli di colesterolo LDL (*Low Density Lipoproteins*), nella donna si associa principalmente con un aumento dei trigliceridi (Jónsdóttir, 2002). È evidente che le strategie terapeutiche atte ad abbassare il colesterolo totale e il colesterolo LDL saranno più efficaci negli uomini mentre nelle donne avrà maggior successo una scelta terapeutica volta ad abbassare i trigliceridi. In seguito a studi clinici, condotti esclusivamente sugli uomini, le statine (farmaci che agiscono sul colesterolo) sono entrati nella pratica clinica in tutto il mondo. Le statine sono, in effetti, molto efficaci nella prevenzione primaria, ma soprattutto nell'uomo, mentre nelle donne possono indurre notevoli effetti avversi.

In ambito farmacologico, la quasi totalità delle scelte terapeutiche e soprattutto dei dosaggi farmacologici fanno riferimento a un modello standard rappresentato da un maschio ideale, giovane e di circa 70 kg di peso. Le donne generalmente hanno un peso medio e statura inferiori rispetto all'uomo, una percentuale di grasso più elevata, una minore secrezione gastrica, ridotta motilità intestinale, minore biotrasformazione epatica e ridotta velocità di filtrazione glomerulare (Franconi, 2007; Franconi, 2010). Queste caratteristiche biologiche portano a differenti capacità di metabolizzare i principi attivi contenuti nei farmaci. Le differenze nell'assorbimento, distribuzione, metabolismo ed eliminazione dei farmaci (diversa farmacocinetica) possono variare la relazione dose/effetto producendo un maggiore accumulo o un'eliminazione più lenta dell'agente farmacologico. Come conseguenza le donne hanno generalmente maggiore vulnerabilità agli effetti avversi dei farmaci principalmente dovuti a somministrazioni inappropriate (Franconi, 2007).

Approccio di genere: aspetti culturali e consapevolezza di genere

La ricerca antropologica ha contribuito notevolmente ad ampliare le questioni riguardanti il sesso e il genere (*gender studies*). Il tema della sessualità e del ruolo riproduttivo delle donne è strettamente connesso con quello dell'ineguaglianza fra i generi (Ember, 1999).

Sebbene il concetto di *gender* compaia nella letteratura anglo-sassone soltanto a partire dagli anni Settanta del secolo scorso, questo ambito di studi trova i suoi prodromi nelle opere di Mead e, in particolare, nelle etnografie di tre culture primitive (le adolescenti samoane, i bambini di Manus, gli Arapesh, Mundugumor e Ciambuli) che costituiscono il primo lavoro sistematico di carattere socio-antropologico sulle differenze tra i sessi (Mead, 1977). L'antropologa americana Margaret Mead mostra come esistano culture presso le quali l'identità sessuale di una persona può non essere legata al suo sesso anatomico. Questi casi non sono frutto di inclinazioni personali, bensì fatti socialmente costruiti, legittimati e riconosciuti dalla società (Mead, 1977). Le differenze sessuali sarebbero, quindi, quelle legate alle caratteristiche anatomofisiologiche di una persona, mentre quelle di genere sono il prodotto di costruzioni sociali e culturali. È in considerazione di questa nuova prospettiva che si afferma una nuova cultura di genere di cui le

donne sono autrici. Grazie all'approccio interdisciplinare rappresentato dai *gender studies* si chiarisce come il rapporto tra sesso e genere sia culturalmente orientato, dinamico e storicizzato.

Evidenze scientifiche hanno mostrato l'esistenza di un'asimmetria di potere in molte sfere sociali a svantaggio delle donne, ovvero quella che efficacemente Françoise Héritier ha chiamato "un'asimmetria delle relazioni di genere" che attraverso la divisione di ruoli predeterminati culturalmente insiste sul carattere asimmetrico e diseguale della dicotomia sessuale. L'antropologa francese parla di una divisione nella quale "tutto sarà diviso in due e attribuito a un sesso o all'altro secondo due poli che saranno stabiliti come opposti" (Héritier, 2006). In ogni cultura, dunque, si trova sempre un'assegnazione di parti tra i due sessi. È proprio su tale asimmetria che si è fondata, radicalizzandosi nelle società, una divisione dei ruoli che affida alla donna la sfera privata e all'uomo quella pubblica-sociale (Di Cristofaro Longo, 2019). L'ingresso delle donne poi nei vari ambiti della vita sociale e lavorativa, unitamente alla presa di coscienza di una discriminazione fondata esclusivamente sull'appartenenza di genere ha comportato altresì una ridefinizione dell'identità di genere. Il cambiamento profondo che ha investito le donne nella percezione del sé ha avuto ricadute importanti nella vita sociale e politica nei vari Paesi del mondo. Il lento processo di ridefinizione dell'identità di genere femminile, per certi aspetti ancora in atto, ha riguardato la messa in discussione del sistema di vita pubblico e privato. Il movimento delle donne esploso negli anni Settanta ha criticato le condizioni culturali nelle quali si esplica la vita familiare, divenuto luogo di "sfruttamento e oppressione delle donne". Alle donne vengono riconosciuti nuovi *status* e conseguentemente ruoli, in coerenza con il mutato scenario sociale. Il lento percorso culturale di ridefinizione dell'identità di genere avvenuto attraverso rotture e resistenze, ha visto affermarsi nel corso degli anni a livello politico-legislativo, sociale, culturale ed economico una "cultura dell'equivalenza" intesa come riconoscimento dell'eguale valore nella differenza tra uomo e donna (Di Cristofaro Longo, 2019).

Questo breve inquadramento storico-antropologico sul tema sesso e genere e sulle asimmetrie di potere nelle sfere sociali ha importanti ricadute sullo stato di salute delle donne. Se è vero, infatti, che le donne vivono più a lungo degli uomini (in Italia l'aspettativa di vita femminile è di 85,3 rispetto a quella maschile pari a 81 anni) (ISTAT, 2020) è altresì vero che vivono con maggiori sofferenze e problemi di salute (Pilutti, 2016). La complessa relazione tra le differenze biologiche e le disuguaglianze sociali può spiegare ed essere causa delle differenze di salute tra uomini e donne.

Secondo la WHO le disuguaglianze di sesso-genere sono profondamente radicate nelle società a livello socio-politico di potere, di risorse, di diritti, di norme e valori e le organizzazioni sociali che ne derivano sono strutturate in modi che danneggiano solitamente la salute di ragazze e donne. (WHO, 2010). Per comprendere la complessa dinamica e l'intreccio tra determinanti socio-economici e stato di salute è importante avere consapevolezza di quanto siano radicati i modelli culturali dominanti, spesso maschili e ritenuti neutri che vengono applicati indifferentemente a uomini e donne. Si tratta di superare visioni omologanti e stereotipate relative alle donne e agli uomini ricostruendo il significato profondo che determinati comportamenti connotati per genere hanno sulla salute. Le differenze socio-comportamentali sono importanti: le donne hanno, infatti, una diversa percezione del dolore e della sintomatologia che le porta a sottovalutare gli esiti clinici e, conseguentemente, ad avere un ridotto accesso alle cure. Evidenze scientifiche dimostrano come le caratteristiche che sono alla base del sesso e del genere coinvolgono fattori sia endogeni che esogeni che cambiano nel corso della vita. Tali differenze vedono interagire tra loro diversi domini relativi a: genetica, modificazioni epigenomiche, ambiente ormonale, funzione immunitaria, processo di invecchiamento neurocognitivo, salute vascolare ecc., che influiscono sulle risposte alle terapie.

Non meno importante è la componente psicologica generata in specifici contesti sociali che gioca un ruolo chiave nella definizione dello stato di consapevolezza dei singoli individui. Anche

in presenza di disuguaglianze oggettive (un esempio noto a chiunque è quello relativo alla divisione del lavoro domestico tra donne e uomini) può non emergere la percezione di iniquità se l'individuo (donna e uomo) riconosce la propria esperienza coerente con i valori, le tradizioni culturali della rete sociale di riferimento (solitamente a vantaggio maschile) (Todesco, 2013; Barbera, 2008). Così il malessere psicologico che affligge prevalentemente le donne a fronte di un'oggettiva diseguale distribuzione dei carichi di cura in famiglia, può avere gradi di intensità e significati differenti in base a quanto sia da loro percepito come iniquo.

La presenza nelle donne di sintomi vaghi e aspecifici come, per esempio, tachicardie, vertigini, frequenti mal di testa, astenia, dolori addominali, malattie croniche (ipertensione, diabete, asma che non reagiscono alle terapie corrette) possono indicare uno stress eccessivo (Brown, 2004) e/o rappresentare un indicatore di sospetto di violenza. Al riguardo è significativo osservare come lo spazio domestico sia anche sede di violenze sulla donna. Senza entrare nel merito dell'argomento, basti notare come le conseguenze sullo stato di salute delle donne che hanno subito violenza assumono diversi livelli di gravità che possono avere esiti fatali (femminicidio) o gravi (interruzione di gravidanza); condizioni di morbosità fisica (conseguenze di trauma, ustione avvelenamento o intossicazione) e psicologica (disturbo da stress post-traumatico – *Post-Traumatic Stress Disorder*, PTSD), depressione, abuso di sostanze e comportamenti auto-lesivi o suicidari, disturbi alimentari, sessuali, ecc.) (Longo, 2020). Tali conseguenze possono perdurare lungo tutto l'arco della vita e affliggere anche i bambini che assistono alla violenza sulla propria madre o sono essi stessi vittime di abusi e maltrattamenti (Longo, 2019; Longo, 2020). Anche in questo caso la disuguaglianza di genere è al contempo causa e conseguenza della violenza e le misure di prevenzione adottate puntano a ottenere un cambiamento culturale negli atteggiamenti e comportamenti maschili e femminili finalizzati a eradicare pregiudizi, atteggiamenti, condotte e abitudini basati sugli stereotipi negativi di genere.

Utilizzare la lente del genere per interpretare gli esiti di salute significa assumere una prospettiva equa e culturalmente orientata, tenuto conto dei fattori culturali e delle diverse aspettative sociali che influenzano lo stato di salute di donne e uomini. I processi di costruzione sociale hanno, quindi, un ruolo rilevante nella riduzione delle disuguaglianze di salute. Le disparità salariali e pensionistiche di genere, per esempio, mettono le donne anziane, in particolare, a rischio di povertà ed esclusione sociale e creano ostacoli ai servizi sanitari. Inoltre, i conflitti di genere, il carico di lavoro totale e il lavoro non retribuito hanno potenziali effetti negativi sul benessere delle donne e sulla salute a lungo termine.

Da ultimo è bene rilevare come l'epidemia da COVID-19 e le misure di isolamento hanno avuto pesanti ricadute in tutti i livelli della vita sociale accentuando disuguaglianze sociali e ricadute sulla salute delle donne. Secondo il Rapporto annuale 2020 dell'ISTAT (Istituto Nazionale di Statistica), l'epidemia ha avuto un forte impatto sull'organizzazione familiare con riflessi sui carichi di cura, sugli equilibri di convivenza e sulle opportunità di apprendimento dei bambini, aspetti importanti della qualità del lavoro che hanno penalizzato soprattutto le donne (ISTAT, 2020). L'epidemia da COVID-19 ha messo in luce la mancanza di pari opportunità tra i due sessi che sono precluse o ostacolate da stereotipi di genere.

Esempi di implementazione e attivazione delle politiche di genere

In accordo con le misure in grado di contrastare le disuguaglianze di salute, l'adozione della prospettiva *gender sensitive* in politiche non prettamente sanitarie può generare vantaggi sulla salute di donne e uomini, nella misura in cui agire sulle asimmetrie sociali di genere significa

incidere sul funzionamento dei meccanismi sociali che determinano il benessere e i rischi per la salute.

L'eliminazione delle differenze di genere e delle conseguenze svantaggiose che queste generano sulla salute, sono elementi fondamentali della strategia di *gender mainstreaming* che negli ultimi decenni ha spinto l'Unione Europea a emanare direttive comunitarie per la promozione delle pari opportunità. Il ruolo di promozione svolto dall'Unione Europea ha sollecitato i Paesi membri (tra cui l'Italia) a legiferare per la promozione dell'uguaglianza di genere e delle pari opportunità. Un esempio è il recepimento della direttiva europea che ha portato all'istituzione del Comitato Unico di Garanzia nelle pubbliche amministrazioni italiane (Unione Europea, 2006).

Comitato unico di garanzia

L'adozione della prospettiva *gender sensitive* in politiche non prettamente sanitarie può generare vantaggi sulla salute di donne e uomini, poiché agire sulle asimmetrie sociali di genere significa incidere sul funzionamento dei meccanismi sociali che determinano il benessere e i rischi per la salute.

In tal senso, un importante tassello nell'assicurare condizioni di parità e benessere nei luoghi di lavoro è rappresentato dall'istituzione del Comitato Unico di Garanzia (CUG) in ottemperanza alla Legge n. 183 del 4 novembre 2010. Questa legge, innovando il DL.vo 165/2001, all'art. 57 dispone che le pubbliche amministrazioni costituiscano al proprio interno il "Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni".

Il CUG è formato da componenti designati da ciascuna delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative (artt. 40 e 43 del DL.vo 165/2001) e da un numero paritetico di rappresentanti dell'amministrazione. Ogni tre anni il CUG elabora un Piano di Azioni Positive (PAP) (specifiche per ogni singola amministrazione) che viene poi approvato dalle organizzazioni sindacali e adottato mediante delibera dalla Direzione Generale.

In un contesto come quello italiano – caratterizzato da bassi livelli di partecipazione delle donne nel mercato del lavoro e da differenze di retribuzione a sfavore della componente femminile – il monitoraggio, la promozione e il sostegno alle pari opportunità diventano strategici. Oltre a quello di assicurare parità e pari opportunità nell'ambiente lavorativo, il CUG ha il compito di accrescere la *performance* organizzativa dell'amministrazione favorendo l'adozione di misure che implementino il benessere lavorativo.

L'attenzione al benessere lavorativo in Italia è frutto di un lungo processo che, sulla scorta di indirizzi europei, è stata recepita a livello legislativo favorendo la capacità da parte delle amministrazioni di promuovere e tutelare il più alto livello di benessere e di salute psicofisica e sociale di alcune categorie di lavoratori che subiscono disparità dovute al sesso, all'età, all'etnia e alla diversa abilità fisica. Il ricorso a modalità flessibili di lavoro, la promozione, il riconoscimento e valorizzazione delle relazioni umane e delle competenze, il rispetto delle pari opportunità sono tutte azioni volte alla costruzione di una nuova "cultura del lavoro" che tenga conto delle differenze. Cultura del lavoro, quindi, attenta alle differenze di genere e improntata all'abbattimento di quei fattori "stressogeni" che contribuiscono in maniera determinante alla comparsa di una serie di disturbi (depressione, insonnia, disturbi cardiovascolari, ipertensione, ecc.) che incidono sul benessere delle persone nonché sui livelli di efficienza, efficacia e produttività dell'organizzazione nel suo complesso.

La promozione del benessere organizzativo deve necessariamente tenere conto della difficile conciliazione tra tempi di vita e di lavoro che è da sempre un'area critica per le donne pur nel rispetto delle differenze di genere. Alle donne è chiesto di organizzarsi tra orari di entrata/uscita

dei figli dalla scuola, orari di apertura/chiusura degli uffici pubblici e dei negozi e nella gestione di familiari bisognosi di particolari cure assumendo il ruolo di *caregiver*. Negli ultimi anni stiamo anche imparando che le misure adottate per affrontare le lacune di genere potrebbero in qualche caso addirittura risultare peggiorative per la condizione femminile se non vengono pensate con un approccio integrato che consideri l'interdipendenza di più fattori.

Un esempio per tutti è rappresentato dall'introduzione dello *smart working* o Lavoro Agile (LA) che dovrebbe rappresentare uno degli strumenti principali di conciliazione tra tempi di vita e di lavoro ma si è rivelato spesso meno efficace per le lavoratrici rispetto ai lavoratori. Mentre, infatti, in molti casi gli uomini che lavorano in *smart working* hanno una maggiore possibilità di concentrarsi solo sul lavoro, le donne in *smart working* si trovano spesso a dover esercitare contemporaneamente anche il ruolo di *caregiver*. Nel 2020 l'emergenza sanitaria da SARS-CoV-2 hanno imposto un ricorso generalizzato (e nella maggior parte dei casi improvviso) a forme di *smart working* o LA, identificato quale modalità di lavoro idonea a gestire e contenere tale emergenza. Tale modalità che prima della pandemia poteva apparire come una opportunità per coniugare produttività ed efficienza in associazione a un migliore livello di benessere delle lavoratrici e dei lavoratori, è tuttavia risultata particolarmente sfavorevole per le donne impegnate anche nel lavoro di cura e di gestione familiare. La situazione emergenziale rischia di impattare in modo determinante sulla condizione femminile nel nostro Paese, evocando un ritorno al passato sul piano occupazionale ed economico che, con l'aumento della disoccupazione e del lavoro di cura non retribuito, aggrava di fatto disuguaglianze di genere preesistenti (Giammarioli, 2019; Giammarioli, 2020).

Equità di genere nella produzione di pubblicazioni scientifiche

L'era moderna è caratterizzata dall'evoluzione degli strumenti di informazione e comunicazione e da una loro sempre maggiore diffusione e accessibilità. L'uso consapevole di tali strumenti assume un ruolo centrale per decostruire e ricostruire criticamente le rappresentazioni delle identità di genere. In particolare, il ruolo delle riviste scientifiche assume particolare rilevanza nel promuovere articoli che garantiscano l'equità di genere nella ricerca.

Ruolo degli editori per promuovere equità di genere nella ricerca: linee guida SAGER

La libera circolazione delle informazioni è oggi molto facile per tutti attraverso i siti internet e i diversi canali *social*, tuttavia il ruolo degli editori scientifici quali certificatori di contenuti rimane ampiamente riconosciuto dalla comunità scientifica che aspira da sempre a vedere pubblicati i propri lavori in prestigiose riviste internazionali. Gli editori dunque hanno una grande responsabilità nel far pubblicare contenuti scientifici di valore nelle proprie riviste e, a garanzia della qualità, sottopongono gli articoli ricevuti al giudizio della comunità dei pari (*peer review*), dettando loro stessi le "regole del gioco". In questo contesto, gli editori possono anche influenzare le scelte degli autori che, per farsi pubblicare un lavoro, debbono necessariamente rispettare quanto da loro richiesto. Lo stesso dicasi per quanto riguarda il rapporto tra editori e *referee*, anch'essi tenuti a rispondere a quanto richiesto dagli editori, secondo standard codificati. Dunque gli editori giocano un ruolo davvero importante nella gestione delle informazioni scientifiche avvallandone la circolazione o rifiutandole.

È stato proprio un gruppo di editori della *European Association of Science Editors* (EASE) che, riconoscendo l'importanza delle differenze di sesso e genere nella ricerca e la generale sottovalutazione del problema nella gran parte degli articoli scientifici, si è attivato, a partire dal 2014, per cercare di contrastare il fenomeno dell'*under-reporting* attraverso lo sviluppo e la

successiva implementazione di linee guida editoriali, le *SAGER Guidelines* (Heidari, 2016).^{*} SAGER, acronimo di *Sex and Gender Equity in Research*, è oggi inteso come un *framework* di riferimento per autori, *referee* ed editori, con l'obiettivo di ridurre il *gap* di ricerca dovuto alla mancata valutazione delle differenze di sesso e genere. In sintesi le SAGER raccomandano di pubblicare dati disaggregati per sesso e genere, ogni volta questo sia possibile e di giustificarne l'assenza qualora la disaggregazione non sia applicabile.

Attraverso l'applicazione dei principi contenuti nelle *SAGER guidelines*, si raccomanda a editori, autori, *referee* di prestare maggiore attenzione alle differenze di sesso e genere in tutte le fasi della ricerca, dal disegno dello studio alla pubblicazione di un articolo scientifico e a rifiutare il lavoro qualora la mancata espressione delle differenze non sia opportunamente giustificata.

In effetti, la ricerca biomedica non sempre tiene conto dell'effetto delle differenze di sesso e di genere nello studio delle malattie con conseguenze anche serie nell'applicabilità dei risultati ottenuti, anche a fronte di grossi investimenti. È già stato sottolineato come le differenze di sesso e genere rappresentano importanti determinanti di salute che, se non vengono considerate adeguatamente sin dalle prime fasi del progetto di uno studio, possono influenzare in modo negativo i risultati della ricerca rendendola addirittura inutile e causando terribili sprechi di risorse, sia umane che finanziarie.

Le linee guida SAGER agiscono principalmente attraverso gli editori di riviste scientifiche che richiedano la disaggregazione dei dati in tutte le sezioni di cui si compone un articolo scientifico, incluso il titolo e l'*abstract*. Poiché tutti i ricercatori hanno interesse a pubblicare (*publish or perish*) e poiché gli editori, come *gatekeeper* della scienza, dettano le regole per la pubblicazione degli articoli nelle proprie riviste, le linee guida SAGER sono destinate ad avere un impatto importante nella ricerca. Rappresentano di fatto un utile strumento per gli editori, ma anche gli autori e i *referee*, in quanto prevedono raccomandazioni generali (relative al corretto uso della terminologia) e raccomandazioni specifiche per ogni sezione dell'articolo e includono anche una *check list* per gli autori per verificare, ad esempio, quando uno studio include solo un sesso, se questo è riportato nel titolo e nell'*abstract*; come sono stati considerati sesso e genere nel disegno dello studio; se i dati sono presentati in modo disaggregato nei risultati; se nella discussione sono opportunamente considerate le implicazioni di sesso e genere.

Le linee guida coinvolgono gli editori delle riviste sin dal momento della ricezione del manoscritto quando decidono se dare avvio al processo editoriale, oppure, se sia preventivamente necessario richiedere agli autori una modifica del testo, con disaggregazione dei dati nel rispetto di quanto raccomandato nelle linee guida stesse. Anche i *referee* dovranno considerare quanto stabilito dalle SAGER nella revisione dell'articolo, al pari degli altri elementi di valutazione di un articolo.

Dopo la loro pubblicazione nel 2016, le linee guida sono state ampiamente discusse dalla comunità scientifica producendo un interessante dibattito su importanti riviste internazionali (De Castro, 2016; Clayton, 2016; The Lancet Psychiatry, 2016; Lundine, 2018; Heidari, 2018) ed essendo anche incluse in corsi di formazione su scrittura scientifica e metodologia della ricerca in diversi ambiti disciplinari.

* Le Linee Guida SAGER sono presenti nel sito di Equator, <http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/sager-guidelines>, il principale portale di linee guida che ha l'obiettivo di promuovere trasparenza e integrità nella ricerca biomedica. Le SAGER, prodotte in inglese, sono state tradotte in spagnolo, portoghese, turco, cinese, vietnamita e coreano. Maggiori informazioni (incluse presentazioni e pubblicazioni), sono accessibili dal sito dell'EASE (disponibile all'indirizzo <http://www.ease.org.uk/about-us/gender-policy-committee>) dove è anche possibile firmare l'*endorsement* ufficiale, il primo passo verso l'adozione di un approccio più consapevole alle differenze di genere nella ricerca.

Conclusioni

La persistenza delle disuguaglianze di salute scaturisce da relazioni asimmetriche di potere e da modelli culturali tradizionali che hanno profonde radici e resistono al cambiamento sociale. La speranza di vita alla nascita e la frequenza con cui ci si ammala sono determinati non solamente da stili di vita non salutari, da fattori di rischio genetici e ambientali ma soprattutto dal livello educativo, dalla posizione lavorativa, dal reddito e dallo status sociale dell'individuo e della famiglia di appartenenza. Le persone in condizioni di svantaggio sociale hanno la tendenza ad ammalarsi di più, a guarire di meno, a perdere autosufficienza, a essere meno soddisfatti della propria vita/salute e a morire anticipatamente. Prendendo in considerazione uomini e donne nella medesima posizione socio-economica, l'asimmetria di potere è a svantaggio delle donne, in tutti i Paesi del mondo. La corretta osservazione delle disuguaglianze di genere in salute risulta spesso inficiata dall'utilizzo di chiavi interpretative "neutre" dove le differenze tra uomini e donne sono nascoste tra le pieghe delle statistiche. Come la ricerca medica ha effettuato sperimentazioni cliniche solo su uomini, producendo parametri ritenuti generalizzabili e quindi assumendoli come "neutri", anche nell'analisi delle disuguaglianze sociali e di salute si rischia di operare sulla base di criteri standard che vengono poi generalizzati e considerati "neutri". Le traiettorie dei percorsi di vita, differenti tra donne e uomini, contribuiscono a moltiplicare la complessità che dovrebbe essere analizzata. Sarebbe interessante reinterpretare gli elementi che entrano in gioco verificando il diverso peso dei fattori sessuali e biologici da un lato e delle differenze di genere dall'altro, analizzando le ricadute sulle circostanze materiali di vita quotidiana che generano disuguaglianze.

In conclusione, la sfida dei prossimi decenni non sta solo nell'osservare gli eventi per genere ma nella capacità di individuare processi differenziati per genere e promuovere un paradigma biopsicosociale in grado di contrastare le iniquità e promuovere più salute nel rispetto delle differenze di genere.

Bibliografia

- Barbera F, Negri N. *Mercati, reti sociali, istituzioni: una mappa per la sociologia economica*. Bologna: Il Mulino; 2008.
- Brown RJ. Psychological mechanisms of medically unexplained symptoms: an integrative conceptual model. *Psychological Bulletin* 2004;130(5):793-812.
- Clayton JA, Tannenbaum C. Reporting sex, gender, or both in clinical research *JAMA* 2016;316(18):1863-64.
- Dahlgren G, Whitehead M. *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm, Sweden: Institute for Futures Studies; 1991.
- De Castro P, Heidari S, Babor TF. Sex and Gender Equity in Research (SAGER): reporting guidelines as a framework of innovation for an equitable approach to gender medicine. Commentary. *Ann Ist Super Sanita* 2016;52(2):154-7.
- Di Cristofaro Longo MG. *Cultura dei diritti umani*. Roma: Aracne; 2019.
- Di Girolamo C, Nusselder WJ, Bopp M, Brønnum-Hansen H, Costa G, Kovács K, Leinsalu M, Martikainen P, Pacelli B, Rubio Valverde J, Mackenbach JP. Progress in reducing inequalities in cardiovascular disease mortality in Europe. *Heart* 2020;106(1):40-9.
- Di Monaco R, Pilutti S. Le azioni di correzione nel senso dell'equità delle politiche non sanitarie. In: Costa G, Bassi M, Gensini GF, Marra M, Nicelli AL, Zengarini N. *L'equità nella salute in Italia*. Milano: Fondazione Smith Kline presso Franco Angeli; 2014.
- Ember RC, Ember M. *Antropologia culturale*. Bologna: Il Mulino; 1999.

- Franconi F, Brunelleschi S, Steardo L, Cuomo V. Gender differences in drug responses. *Pharmacol Res* 2007;55(2):81-95.
- Franconi F. *Sex and gender analysis in medical and pharmacological research*. United Nations Division for the Advancement of Women (DAW, part of UN Women) United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO) EGM/ST/2010/EP. 12 September 2010. Disponibile all'indirizzo: <https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.364.7273&rep=rep1&type=pdf>; ultima consultazione 20/01/2021.
- Giammarioli AM, Ferrelli RM, Falzano L, De Castro P, Venerosi V, Medda E, Mattioli B, Bucciardini R. The story from Italy: COVID-19 and inequity. *EuroHealthNet Magazine*. 19/6/2020. Disponibile all'indirizzo: <https://eurohealthnet-magazine.eu/the-story-from-italy-covid-19-and-inequity/>; ultima consultazione 20/01/2021.
- Giammarioli AM. Working Conditions and Health Inequalities. In: IntechOpen (Ed.). *Safety and health for workers – Theory and applications*; 2019. Disponibile all'indirizzo: <https://www.intechopen.com/books/safety-and-health-for-workers-research-and-practical-perspective/working-conditions-and-health-inequalities>; ultima consultazione 20/01/2021.
- Gordon EH, Peel NM, Samanta M, Theou O, Howlett SE, Hubbard RE. Sex differences in frailty: a systematic review and meta-analysis. *Exp Gerontol* 2017;89:30-40.
- Greiten LE, Holditch SJ, Arunachalam SP, Miller VM. Should there be sex-specific criteria for the diagnosis and treatment of heart failure? *J Cardiovasc Transl Res* 2014;7(2):139-55.
- Heidari S, Babor TF, De Castro P, Tort S, Curno M. Sex and gender equity in research: rationale for the SAGER guidelines and recommended use. *Res Integ Peer Rev* 2016;1:2.
- Heidari S, Bachelet VC. Sex and gender analysis for better science and. *Lancet* 2018 27;392(10157):1500-502.
- Héritier F. *Maschile e femminile. Il pensiero della differenza*. Bari: Laterza; 2006.
- Institute of Medicine. National academies of sciences, engineering, and medicine. Committee on women's health research. Methodologic issues in women's health research. In: Institute of Medicine. National academies of sciences, engineering, and medicine (Ed). *Women's health research: progress, pitfalls, and promise*. Washington (USA): National Academies Press; 2010. Disponibile all'indirizzo: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK210137/>; ultima consultazione 20/01/2021.
- Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT). *Rapporto annuale 2020. La situazione del Paese*. Roma: ISTAT; 2020.
- Italia. DL.vo 30 marzo 2001, n. 165. Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche. *Gazzetta Ufficiale – Serie Generale* n. 106 del 9 maggio 2001 – Suppl. Ordinario n. 112.
- Italia. DL.vo 4 novembre 2010, n. 183. Deleghe al Governo in materia di lavori usuranti, di riorganizzazione di enti, di congedi, aspettative e permessi, di ammortizzatori sociali, di servizi per l'impiego, di incentivi all'occupazione, di apprendistato, di occupazione femminile, nonché misure contro il lavoro sommerso e disposizioni in tema di lavoro pubblico e di controversie di lavoro. *Gazzetta Ufficiale – Serie Generale* n. 262 del 9 novembre 2010 – Suppl. Ordinario n. 243.
- Jónsdóttir LS, Sigfússon N, Gudnason V, Sigvaldason H, Thorgeirsson G. Do lipids, blood pressure, diabetes, and smoking confer equal risk of myocardial infarction in women as in men? The Reykjavik Study. *J Cardiovasc Risk* 2002;9(2):67-76.
- Kannel WB. The Framingham Study: historical insight on the impact of cardiovascular risk factors in men versus women. *J Gend Specif Med* 2002;5(2):27-37.
- Kreatsoulas C, Anand SS. The impact of social determinants on cardiovascular disease. *Can J Cardiol* 2010;26(Suppl C):8C-13C.

- Legato MJ, Gelzer A, Goland R, Ebner SA, Rajan S, Villagra V, Kosowski M. Writing Group for the partnership for gender-specific medicine. gender-specific care of the patient with diabetes: review and recommendations. *Gend Med* 2006;3(2):131-58.
- Legato MJ. Gender-specific medicine: the view from Salzburg. *Gend Med* 2004;1(2):61-3.
- Longo E. Accompagnamento del minore vittima di abuso e maltrattamento. In: Pitidis A, Longo E, Cremonesi P, gruppo di lavoro progetto REVAMP (Ed.). Progetto REVAMP (REpellere Vulnera Ad Mulierem et Puerum). *Violenza e abuso su minore: modelli di intervento sanitario in Pronto Soccorso*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2019. (Rapporti ISTISAN 19/29). p. 48-52.
- Longo E. Audizione dell'Iss su violenza e abuso sui minori. Camera dei Deputati, 16 gennaio 2020. *Not Ist Super Sanità* 2020;33(1):16-17.
- Longo E, De Castro, P. De Santi A. Scaravelli G. Convegno. Violenza di genere. Riconoscere per prevenire, contrastare e assistere le donne che hanno subito violenza. *Not Ist Super Sanità* 2020;33(6):28-31.
- Lundine J, Bourgeault IL, Clark J, Heidari S, Balabanova D. The gendered system of academic publishing. *Lancet* 2018;391(10132):1754-56.
- Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S. Commission on social determinants of health. closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet* 2008;372(9650):1661-9.
- Marmot M. *Fair society, healthy lives. The Marmot review. Strategic review of health inequalities in England post-2010*. London: UCL Institute of Health Equity; 2010. Disponibile all'indirizzo: <http://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review/fair-society-healthy-lives-full-report-pdf.pdf>; ultima consultazione 20/01/2021.
- Marmot M. *La salute disuguale. La sfida di un mondo ingiusto*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore; 2016.
- Mead M. *Sesso e temperamento in tre società primitive*. Milano: Il Saggiatore; 1977.
- Mosca L, Barrett-Connor E, Wenger NK. Sex/gender differences in cardiovascular disease prevention: what a difference a decade makes. *Circulation* 2011;124(19):2145-54.
- Oksuzyan A, Juel K, Vaupel JW, Christensen K. Men: good health and high mortality. Sex differences in health and aging. *Aging Clin Exp Res* 2008;20(2):91-102.
- Pilutti S, Costa G, D'Enrico A, Di Monaco R. *Prospettive di genere e salute. Dalle disuguaglianze alle differenze, Policy brief. Strumenti di Health Equity Audit di genere*. Grugliasco (TO): DORS Centro regionale di Documentazione per la Promozione della Salute - Regione Piemonte; 2016. Disponibile all'indirizzo: <https://iris.unito.it/retrieve/handle/2318/1612090/263356/Policy%20brief%20-%20Genere%20e%20Salute.pdf>; ultima consultazione 20/01/2021.
- Spadea T, Bellini S, Kunst A, Stirbu I, Costa G. The impact of interventions to improve attendance in female cancer screening among lower socioeconomic groups: a review. *Prev Med* 2010;50(4):159-64.
- Straface E, Gambardella L, Mattatelli A, Canali E, Boccalini F, Agati L, Malorni W. The red blood cell as a gender-associated biomarker in metabolic syndrome: a pilot study. *Int J Cell Biol* 2011;2011:204157.
- Stringhini S, Carmeli C, Jokela M, Avendaño M, Muennig P, Guida F, Ricceri F, d'Errico A, Barros H, Bochud M, Chadeau-Hyam M, Clavel-Chapelon F, Costa G, Delpierre C, Fraga S, Goldberg M, Giles GG, Krogh V, Kelly-Irving M, Layte R, Lasserre AM, Marmot MG, Preisig M, Shipley MJ, Vollenweider P, Zins M, Kawachi I, Steptoe A, Mackenbach JP, Vineis P, Kivimäki M; LIFEPAATH consortium. Socioeconomic status and the 25 × 25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1.7 million men and women. *Lancet* 2017;25;389(10075):1229-37.
- The Lancet Psychiatry. Sex and gender in psychiatry. *Lancet Psychiatry* 2016;3(11):999.

- Todesco L. *Quello che gli uomini non fanno. Il lavoro familiare nelle società contemporanee*. Roma: Carocci; 2013.
- Unione Europea. Direttiva 2006/54/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 5 luglio 2006. Attuazione del principio delle pari opportunità e della parità di trattamento fra uomini e donne in materia di occupazione e impiego. *Gazzetta ufficiale dell'Unione europea* del 26 luglio 2006, L204/23.
- Vineis P, Avendano-Pabon M, Barros H, Bartley M, Carmeli C, Carra L, Chadeau-Hyam M, Costa G, Delpierre C, D'Errico A, Fraga S, Giles G, Goldberg M, Kelly-Irving M, Kivimaki M, Lepage B, Lang T, Layte R, MacGuire F, Mackenbach JP, Marmot M, McCrory C, Milne RL, Muennig P, Nusselder W, Petrovic D, Polidoro S, Ricceri F, Robinson O, Stringhini S, Zins M. Special Report: The biology of inequalities in health: the lifepath consortium. *Front Public Health* 2020;8:118.
- Vitale C, Mendelsohn ME, Rosano GM. Gender differences in the cardiovascular effect of sex hormones. *Nat Rev Cardiol* 2009;6(8):532-42.
- WHO. *A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social determinants of health discussion paper 2*. Geneva: World Health Organization; 2010. Disponibile all'indirizzo: https://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf; ultima consultazione 20/01/2021.
- WHO. *Constitution*. Geneva: World Health Organization; 1948. Disponibile all'indirizzo: <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution>; ultima consultazione 20/01/2021.
- WHO. *Declaration of Alma-Ata. International Conference on primary health care. Alma-Ata, URSS, 6-12 September 1978*. Geneva: World Health Organization; 1978 (Health for All Series N° 1). Disponibile all'indirizzo: https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf; ultima consultazione 20/01/2021.
- WHO. *Ottawa charter for health promotion. First International Conference on health promotion*. Geneva: World Health Organization. 1986. Disponibile all'indirizzo: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf; ultima consultazione 20/01/2021.