

EDITORIALE

di Gualtiero Ricciardi*

La prospettiva di genere rappresenta certamente un approccio innovativo alla salute ed include la necessità di coltivare quel terreno epistemologico che conduce ad un recupero effettivo della multidimensionalità delle conoscenze. Attraverso il superamento delle barriere tra saperi e l'interconnessione dei contesti disciplinari è possibile superare l'ancoraggio alla sola oggettività scientifica ed includere anche le differenze socio-culturali, troppo spesso, messe da parte dimenticando le specificità della persona. Se consideriamo la malattia non soltanto come un evento clinico-biologico, ma come un contesto biografico e sociale, emergono chiaramente i fattori che sono stati oscurati da un approccio neutro, che non ha considerato la prospettiva di genere. Parlare dunque di "culture di salute" ha un doppio significato: da una parte di superare l'approccio positivista della non contaminazione della scienza (che situa i nostri costrutti teorici all'interno del processo storico), e dall'altra di offrire un'apertura al modo di costruire le nostre conoscenze che sempre di più necessitano, data la complessità dei fenomeni, di una visione "contaminata" superando la tradizionale divisione tra natura e cultura.

Nel 2000 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha inserito la medicina di genere nell'*Equity Act*, un documento finalizzato a migliorare sia l'accesso che l'appropriatezza delle cure. Da allora si sono moltiplicati gli studi all'interno del settore medico, (soprattutto nell'ambito della ricerca biomedica statunitense), ma è mancato un ulteriore importante passo in avanti derivante da una osmosi funzionale tra i diversi settori di studio. Una incisiva apertura all'apporto della sociologia per l'analisi dei contesti di vita e delle biografie femminili può apportare elementi indispensabili per una corretta e costruttiva prospettiva che adotti il genere, in tutte le sue potenzialità euristiche. Vanno tuttavia considerate anche le conseguenze in termini discriminatori che una distorsione o esclusione di tale concetto comporta.

Nel nostro paese, questo tema ha incontrato numerosi ostacoli nella comunità scientifica medica e, tutt'ora, tale approccio è poco conosciuto e quasi per nulla praticato anche nella formazione universitaria. Come spesso avviene, ci sono forti resistenze all'innovazione e i cambiamenti penetrano

* Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità; presidenza@iss.it

lentamente anche nelle università. In particolare, gli studi di genere hanno subito un consistente ostracismo culturale assieme ad una riluttanza ad assumere un'idea di scienza intesa come “fenomeno complesso, cognitivo, culturale e sociale”.

Ad oggi sono cresciuti, in maniera esponenziale, i convegni e i seminari che affrontano il tema delle differenze uomo-donna nella diagnosi e cura delle principali malattie, ma è nella prevenzione che si rimane ancora legati a quello che potremmo definire lo stereotipo delle differenze uomo-donna, basato su diversità biologiche esclusivamente sessuali. Infatti, le campagne sanitarie sono rivolte prettamente alla prevenzione dei tumori al seno o dell'apparato riproduttivo. La medicina di genere aiuta a colmare il “gap sanitario”, ma senza una vera integrazione con i “determinanti” sociali che coinvolgono, com'è noto, la costruzione culturale dei ruoli, delle funzioni, dei compiti e delle aspettative implicite nell'appartenenza ad un sesso o ad un altro, non sarà possibile migliorare la cura e l'accesso alla cura delle malattie.

Nonostante quindi il tentativo di superare la visione “neutra”, ancora presente in molte discipline, assistiamo tuttora ad un uso non corretto del termine *genere* che, nel paradigma esclusivamente bio-medico, rimane sinonimo di diversità biologiche tra i sessi. L'analisi della letteratura evidenzia lacune e criticità che riguardano soprattutto una maggiore apertura, al di là degli steccati, verso una chiave di lettura non semplificata ma corrispondente alla definizione stessa di salute da intendersi come benessere fisiopsico-sociale.

Un paradigma, dunque, che riconosca la prospettiva multifattoriale nell'analisi delle condizioni di salute, in cui le diverse componenti siano in continua e reciproca interazione, come dimostrato dai diversi contributi presenti in questo volume.

La sociologia della salute può giocare un ruolo importante di raccordo e di collaborazione con la medicina per dare a uomini e donne le stesse opportunità di cura.

Come già sostenuto nella definizione del 1948 dell'OMS, un rapporto dialettico tra i diversi fattori biologici, sociali e culturali, può trovare nella trasversalità del genere un'ermeneutica diversa per un passaggio dalla materialità del corpo all'esperienza soggettiva della malattia.

Inoltre, l'attuale crisi dei sistemi socio-sanitari, ha posto al centro dell'attenzione non solo la questione finanziaria per la spesa relativa alle prestazioni erogate, ma anche l'esigenza di una approfondita analisi finalizzata ad una più appropriata valutazione del rapporto costi/benefici della prevenzione. È necessario considerare i nuovi bisogni attraverso piani ope-

rativi non strettamente economicistici, ma in grado di comprendere tutti i determinanti di salute. In altri termini, se i fattori primari di malattia sono essenzialmente economici e sociali, le soluzioni devono essere economiche e sociali; si tratta quindi di avviare una riflessione a partire dalla formazione universitaria per arrivare a risposte istituzionali che siano multidisciplinari, multiprofessionali e multisettoriali.