

# L'attenzione per la salute delle donne: un interesse recente

DOMENICA LA BANCA

## *Riassunto*

La Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità prevede tra i diritti fondamentali dell'uomo il raggiungimento del livello ottimale di salute ma in realtà questo non si realizza. Ciò non avviene per la popolazione femminile che continua ad avvalersi di terapie e cure mediche valide per l'uomo ma non necessariamente per la donna. La medicina di genere mira a definire e superare questa ingiustizia. La medicina gender sottolineando l'impatto del sesso del soggetto sulla fisiologia e patologia umana, oltre che sui tratti clinici delle malattie. Il concetto di sesso (genere) si riferisce alla complessa interrelazione e integrazione tra la sessualità – che distingue il corpo dal punto di vista biologico e funzionale – ed il comportamento psicologico e culturale – risultato di elementi etnici, sociali e religiosi. L'articolo ricostruisce le fasi di sviluppo della medicina gender dall'esperienza del gruppo femminista sorto alla fine degli anni Sessanta negli Stati Uniti per fondare l' "Ufficio della Sanità femminile" presso il "Department of Health & Human Services". Il contributo rileva inoltre lo stimolo apportato alla medicina di genere dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e dalle istituzioni dell'Unione Europea. Particolare attenzione è dedicata al caso italiano.

## *Considerazioni introduttive*

Una riflessione intorno al tema del rapporto fra salute e genere lascia affiorare la piena consapevolezza del suo carattere insieme sdrucchiolo e articolato e, di conseguenza, assai ampi potrebbero essere gli eventuali campi d'indagine meritevoli di approfondimenti e discussioni. In primo luogo, pertanto, è opportuna una chiara individuazione dell'oggetto d'indagine che qui si cercherà di approfondire. Nella carta costitutiva dell'Organizzazione mondiale della sanità del 1948 il godimento del miglior stato di salute raggiungibile è stato riconosciuto come un diritto fondamentale di ciascun essere umano, senza

distinzione di razza, religione, opinioni politiche e condizione economica e sociale. Nel medesimo documento, inoltre, il concetto di salute supera il riferimento in senso stretto all'assenza di malattie o di infermità per approdare ad una accezione molto ampia che comprende lo "stato di completo benessere fisico, mentale, sociale".<sup>1</sup> Ciò ha implicato, a sua volta, «il riconoscimento che la salute non si limita ai confini dell'organismo individuale, ma comprende un aspetto soggettivo di benessere e una dimensione sociale».<sup>2</sup> Ad ormai, però, più di sessanta anni dal riconoscimento universale di questo diritto in molti casi esso appare ancora molto lontano da una sua piena concretizzazione. Ciò è certamente vero se si considerano le drammatiche condizioni sanitarie della maggior parte dei paesi in via di sviluppo, dove la soglia di affermazione delle tutele sanitarie è rimasta ancorata a livelli pressoché parossistici, ma vero è, inoltre, che nell'ambito della complessiva scarsa affermazione di tale diritto ci sono segmenti sociali ancor meno protetti ed in complesso molto più svantaggiati. Tra queste vi rientra con ogni evidenza l'universo femminile<sup>3</sup>. Tale condizione si connota per essere trasversale, con le dovute differenze, all'intera popolazione femminile del pianeta. In altri termini, anche nei paesi economicamente e socialmente più progrediti le donne hanno visto un'affermazione assai lenta, e a volte ancora del tutto incompiuta, di tale diritto. L'Italia va ascritta tra questi ultimi paesi.

Il diritto alla salute nell'ordinamento giuridico dell'Italia repubblicana è stato sancito nell'articolo 32 della Costituzione, che recita: «La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, [...]». Al di là di tale riconoscimento, per quanto concerne la tutela della salute femminile, è prevalsa nella produzione legislativa successiva un'attenzione prevalente a quella della donna lavoratrice, frutto di norme nazionali e internazionali già consolidate,<sup>4</sup> e che, se da un lato, ha lasciato di fatto privo di tutele quella parte del mondo femminile che, per svariati motivi, è rimasta esclusa dal mondo del lavoro, dall'altro, ha finito con il concentrare l'attenzione a favore

---

<sup>1</sup> Costituzione WHO, 1948. Sulla definizione di salute Cosmacini, Satolli, Gaudenzi, 1997.

<sup>2</sup> Ingrosso, 1989, p. 398. È partire dagli anni Ottanta che il filone sociologico della medicina della salute ha avuto in Italia un notevole sviluppo. Pionieristici furono le pubblicazioni degli atti dei primi Convegni tenutisi in Italia sulla salute entrambi curati da Donati, 1983 e 1986.

<sup>3</sup> Per un recente quadro della situazione WHO, 2008 e 2009.

<sup>4</sup> Uno snodo rilevante per l'attenzione alla salute delle donne è rappresentato proprio dal diritto giuslavorista. La Convenzione n. 3 dell'Organizzazione Internazionale del Lavoro (OIL) del 1919, dedicata al tema della protezione della maternità della donna lavoratrice, riconobbe internazionalmente questo diritto e pose al centro della tutela la funzione riproduttiva evidentemente in funzione della tutela del nascituro piuttosto che della madre. Ales, 2007, pp. 51 e ss.

dell'esclusivo ruolo riproduttivo delle donne. In tale contesto il binomio madre-bambino sono divenuti una endiadi inscindibile nell'ambito della produzione giuridica giuslavorista che ha disciplinato la tutela della salute delle madri. Se ci si sposta, però, da tale produzione normativa a quella successiva riguardante temi come l'aborto o la fecondazione medicalmente assistita, si rileva, di contro, una scissione di interessi, a volte anche in conflitto, tra madre e feto o tra donna e embrione.<sup>5</sup> Ad ogni modo, ragionare sulla salute della donna in Italia è equivalso a parlare quasi esclusivamente della salute riproduttiva della donna-madre e per lo più lavoratrice.<sup>6</sup>

Ciò premesso, quello che mi propongo di esporre in questo lavoro sono le tappe del percorso che ha visto (o perlomeno ha incominciato a vedere) passare il diritto delle donne alla salute dal terreno del riconoscimento formale e giuridico e dalle affermazioni di principio a quello della concreta attuazione, cercando, inoltre, di sottolineare quali siano stati i fattori e gli attori che hanno favorito questo cammino. Come già anticipato, tale momento, ampiamente dilazionato rispetto all'affermazione positiva dello stesso diritto per gli uomini, rappresenta come la dimensione della salute sia un elemento chiave nell'analisi dei corsi di vita e nella determinazione dei diritti di cittadinanza<sup>7</sup> e al contempo testimonia una volta di più come il rilievo della connotazione di neutralità qualificante il riconoscimento di alcune singole prerogative giuridiche si è spesso orientato a denotare una naturale declinazione al maschile.

Il motivo di ciò va certamente ricercato nell'assenza in Italia, ma non solo, di una percezione della specificità della salute di genere e ciò sia in termini di cura che di ricerca e formazione. È mancata, cioè, nella nostra cultura l'idea che una stessa malattia si possa manifestare diversamente a seconda del sesso e proprio per questo motivo debba essere altrettanto diversamente curata.<sup>8</sup> In

---

<sup>5</sup> Cfr. Baldini, 2009.

<sup>6</sup> Va, però, anche qui segnalato come ancora molto bassi sono i livelli di tutela garantiti e come, poi, mal si sono adeguati ad un mondo del lavoro in evidente trasformazione. Ciò è quanto lasciano constatare recenti lavori come quello dell'Istituto Superiore di Sanità (Leonardi, Scaravelli, 2004) e quello dell'Osservatorio Nazionale sulla salute delle donne, ONDa, 2007 (a). Sull'attività dell'Osservatorio si tornerà più diffusamente in seguito.

<sup>7</sup> «[...] salute/malattia sono spesso il punto di arrivo di storie individuali caratterizzate dalla stessa dimensione della disuguaglianza», Facchini e Ruspini, 2001, p. 9. Su questi temi anche Zincone, 1992 e Bimbi, 2003.

<sup>8</sup> Scrive Umberto Veronesi: «Sappiamo bene infatti che ci sono dei farmaci come gli antibiotici o gli antistaminici che a causa del complesso sistema ormonale femminile hanno sulle donne conseguenze cardiovascolari, conseguenze che non si avrebbero se gli stessi farmaci fossero studiati specificamente sul corpo femminile», ONDa, (b), p. 12. Nel novembre 2008 il Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB) ha approvato il parere sulla «*La sperimentazione farmacologica sulle*

altri termini è mancata un'attenzione sull'impatto che le differenze di genere hanno sulla fisiopatologia e, quindi, sul trattamento delle più comuni malattie sociali<sup>9</sup>. Al di là dell'aspetto patologico la medicina di genere estende il suo campo d'indagine anche ai comportamenti psicologici e culturali, frutto delle tradizioni etniche, religiose, sociali, formative, e riconosce come i fattori di rischio legati alla salute femminile vadano oltre i soli aspetti riproduttivi, fino ad interessare il ruolo sociale della donna e le sue dinamiche di cambiamento. Se però, come ha scritto Rita Bianchieri, il concetto di genere è ormai entrato a far parte del patrimonio concettuale delle prospettive analitiche e interpretative delle scienze sociali a partire dalla seconda metà degli anni 70, consolidandosi nei diversi ambiti e offrendo una ormai vasta produzione scientifica che nel corso del tempo si è sviluppata, che ha ancor più intensificato il dibattito, altrettanto non è avvenuto nelle scienze mediche dove è stata da poco introdotta questa dimensione per comprendere la complessa interazione tra caratteristiche biologiche e sociali e come queste interagiscano nella disforme incidenza, tra donne e uomini, di alcune patologie e, più in generale, sulla salute stessa.<sup>10</sup>

Dunque, uno sguardo complessivo alla storia della ricerca medico-farmacologica ne evidenzia la subordinazione ad un approccio maschile, illegittimamente esteso all'universo femminile, che, come tale, non ha tenuto conto dell'influenza sulla salute di fattori legati al genere, sia fisiologici che sociali, e non ha consentito che si predisponessero ricerche e sperimentazioni che tenessero conto di tali diversità. In altri termini, la parità teorica tra uomini e donne, si è tradotta in questo caso in una reale discriminazione, impedendo che le differenze tra i generi entrassero nella pratica clinica.

### *Le origini della Gender medicine*

Per capire quando ci si è incominciati ad interrogare e a percepire la tutela della salute delle donne come un diritto negato nella sua specificità e singolarità,

---

*donne*" basandosi sui dati che segnalano il maggior uso procapite di farmaci da parte delle donne e come gli effetti dei farmaci sulle donne sono meno studiati. Su ciò Franconi, Canu, Campasi, 2008 e Osservatorio Nazionale sull'impiego dei medicinali, Istituto Superiore di Sanità, Agenzia Italiana del Farmaco, 2006. Anche la Società italiana di farmacologia (SIF) ha attivato da alcuni anni un gruppo di lavoro con l'obiettivo di incentivare la ricerca farmacologica sulle differenze sessuali, mediante un'opera di informazione rivolta agli operatori sanitari allo scopo di stimolare la formazione di esperti nel settore e sensibilizzare le autorità sanitarie. Cfr. Buffoni, 2006.

<sup>9</sup> Tra cui malattie cardiovascolari, osteoporosi, diabete, malattie respiratorie, disordini neurodegenerativi, disturbi d'ansia e dell'umore, malattie reumatiche e delle articolazioni, e alcuni tumori.

<sup>10</sup> Bianchieri, 2007, p. XI.

rispetto ad un riconosciuto diritto *tout court* alla salute, dobbiamo senz'altro richiamarci all'esperienza dei Gruppi femministi di salute delle donne sorti sul finire degli anni Sessanta negli Stati Uniti.<sup>11</sup> Proprio in quel periodo Barbara Seaman pubblicava «*The Doctors' Case against the Pill*»,<sup>12</sup> un testo, inconsapevolmente divenuto il catalizzatore dei moderni movimenti per la salute delle donne, in cui si denunciava la mancata informazione, da parte dei medici e della *Food and Drug Administration*, alle donne sottoposte a terapie ormonali sui possibili danni ed effetti collaterali della pillola anticoncezionale.<sup>13</sup> In modo parallelo e in molti casi coincidente, si era avviato un ulteriore percorso, la cui origine va rintracciata nuovamente negli Usa, da cui muoveva il dibattito sull'intricato rapporto tra donna-salute-medicina e che nell'immediato si tradusse in una rivendicazione degli strumenti che consentissero alle donne di poter conoscere il proprio corpo. Nell'ambito, poi, della più generale campagna di autodeterminazione delle donne,<sup>14</sup> nel 1970 si creò lo spazio per la pubblicazione da parte del *Boston Women's Health Book Collective* del volume *Our Bodies, Ourselves*, che aprì una fondamentale breccia nel muro di silenzio che circondava l'argomento.<sup>15</sup> Il testo, che richiamava con immediatezza al «collegamento inestricabile tra l'ambito fisico e la costruzione di soggettività»,<sup>16</sup> fu costruito sulle esperienze relative alla cura e alla conoscenza del corpo femminile raccontate da donne e metteva in evidenza come, in molti casi, le conoscenze così trasmesse fossero più utili che gli stessi consigli medici. Da qui la necessità di raccogliere queste esperienze e di metterle al servizio di tutte le donne con l'obiettivo di riuscire a farne degli utenti critici e non del tutto passivi nei confronti dei servizi medici e delle cure sanitarie offerti. Si andavano

---

<sup>11</sup> Il primo *Women's Feminist Health Center* nacque a Los Angeles nel 1969. Su questi temi Love, 2006.

<sup>12</sup> Seaman, 1969.

<sup>13</sup> Il numero delle donne, che alla data di pubblicazione del testo, risultava far uso della pillola anticoncezionale oscillava in tutto il pianeta tra i 12 e i 15 milioni. Si ricorda, inoltre, che l'uso della pillola fu autorizzato a fini contraccettivi dalla *Food and Drugs Administration* nel 1960. Su questi temi Bloom & Parsons, 1994.

<sup>14</sup> Ergas, 1992, pp. 581 e ss.

<sup>15</sup> The Boston Women's Health Book Collective, 1971. Il Collettivo nacque da un piccolo gruppo di discussione sulle donne e i loro corpi, costituitosi a Boston nel 1969, agli inizi del movimento femminista. Il contenuto del testo trae origine da esperienze vissute e proprio perciò le donne del Collettivo riuscirono in questo testo ad essere critiche verso la parola degli "esperti", che non rifletteva la loro realtà vissuta, e capaci di valutare il servizio che offrivano le istituzioni mediche, le cliniche, gli ospedali, le scuole per infermieri, la formazione medica, che mal corrispondeva alle necessità della cura della salute delle donne.

<sup>16</sup> Ergas, 1992, p. 582. Il testo, che da più di 35 anni registra nuove ristampe, nel corso degli anni è

profilando, in altri termini, i primordi della pratica del *self help*,<sup>17</sup> che presto si diffuse anche nei paesi europei e favorì la fondazione, a partire dal 1971, dei primi Centri per la salute delle donne.

In Italia la diffusione della pratica del *self-help clinic* ebbe un forte stimolo dall'incontro a Roma, nel novembre del 1973, tra il Movimento femminista della città e le donne del *Feminist Women's Health Center* di Los Angeles: fu il primo importante contatto con l'esperienza statunitense.<sup>18</sup> Mentre, *Our Bodies, Ourselves* trovò una larga divulgazione grazie alla traduzione realizzata nel 1974 dal neonato Gruppo femminista milanese per una medicina delle donne.<sup>19</sup> Questa pionieristica esperienza originò un vero e proprio Movimento per la salute delle donne che dette vita in diverse città italiane alla creazione di numerosi centri, molto diversi tra loro,<sup>20</sup> benché tutti finalizzati a fornire alle donne gli strumenti utili perché divenissero consapevoli della loro salute. Uno spazio molto rilevante del dibattito sollevato dal Movimento si concentrò intorno alla salute riproduttiva e alle problematiche anticoncezionali della donna. Era, del resto, difficile poterne sfuggire negli anni in cui in Italia molto vivace ed aspro era lo scontro su temi quali il diritto d'aborto e l'istituzione dei Consultori familiari.<sup>21</sup> In tal modo, quest'anima del Movimento femminista italiano rappresentò un interessante laboratorio in cui termini come procreazione, aborto, sessualità e maternità consapevole assunsero significati nuovi che si riflessero ampiamente nella presa di coscienza da parte delle donne della possibilità di poter disporre liberamente del proprio corpo. Ma da dove cominciare? In primo luogo dalla conoscenza del corpo che per molte donne rappresentava un vero e proprio tabù. L'intuizione fu giusta dato lo straordinario ed inaspettato successo del primo opuscolo pubblicato dal Gruppo femminista per una medicina delle donne, *Anticoncezionali dalla parte della donna* (1974, testo a stampa), che fu tale non solo per la numerosità delle copie distribuite, ma anche per la diffusione sull'intero territorio nazionale grazie a quelli che si dimostrarono essere

---

stato tradotto in 17 lingue e in braille ed è stato diffuso in numerose zone del pianeta arricchendosi di appendici che più da vicino interessano le specifiche realtà locali.

<sup>17</sup> Sul *self-help* Tozzi 1987 (b) e Percovich, 2005, cap. IV.

<sup>18</sup> Gruppo femminista, 1977.

<sup>19</sup> The Boston Women's Health Book Collective, *Noi e il nostro corpo*, 1974. Sulla storia del Gruppo femminista per una medicina delle donne si rinvia a Percovich, 2005.

<sup>20</sup> «A Torino furono determinati stretti collegamenti col sindacato e con la fabbrica, a Milano la forte presenza di via Cherubini con l'enfasi posta sulla ricerca sulla sessualità e sull'inconscio, a Padova il suo essere collegato al gruppo di Lotta Femminista, a Roma la vicinanza con le istituzioni politiche tradizionali da un lato e il filo diretto con il *self-help* americano dall'altro». Percovich, 2005, p. 52.

<sup>21</sup> Memoria, numero monografico, 1987 e Scattigno e Bertilotti, 2005.

degli efficientissimi canali di distribuzione: i centri dell'Associazione italiana per l'educazione demografica (Aied).<sup>22</sup> Il testo trovò sicuramente un ampio consenso perché rivendicativo di una gestione personale del corpo, ma anche perché si proponeva proprio di colmare quel desiderio di conoscenza trasversale all'intero universo femminile: «La stragrande maggioranza di noi donne non sa niente del proprio corpo ed è portata a considerare le sue manifestazioni fisiologiche come malattie e malattie di cui vergognarsi».<sup>23</sup> Queste prime tappe del Movimento, pur se incentrate sugli aspetti riproduttivi, sulla sessualità e sull'aborto, rappresentano ad ogni modo uno snodo fondamentale nel percorso di destrutturazione e della messa in discussione della prerogativa maschile del mondo medico. In particolare la discussione sull'aborto

che scava profondamente nell'etica, nei apposti uomo-donna, nelle responsabilità individuali e collettive, nelle applicazioni sociali e nella scienza, ha fatto anche riaffiorare in superficie l'atteggiamento della medicina verso le «questioni femminili». Ha scosso l'immagine stereotipata della medicina benefica ed obiettiva, e ha fornito nuovi dati e nuove interpretazioni.<sup>24</sup>

Bisognerà, poi, aspettare il decennio successivo per «un approfondimento di riflessione teorica sulle questioni emerse nel decennio precedente, quali il ruolo della medicina nella vita delle donne, i presupposti interpretativi e normativi sottesi al rapporto medico malato malattia, il ruolo subalterno delle donne non solo in medicina, ma nella scienza in generale»<sup>25</sup>. Ad inaugurare questa riflessione fu ancora una volta la traduzione di un testo dall'inglese, intitolato *Alice attraverso il Microscopio: il potere della scienza sulla vita delle donne* (1985, La Salamandra)<sup>26</sup>, che introduceva temi come donne, scienza e società, corpo femminile e controllo tecnologico. Il volume era firmato da un gruppo di Brighton, formatosi già nel 1976 con lo scopo di mettere a fuoco i problemi sollevati dagli sviluppi della ricerca scientifica e dalle sue applicazioni e ai riflessi che le moderne tecnologie potevano avere sulla vita delle donne.

Le articolazioni del Movimento italiano per la salute delle donne appaiono molto più complesse ed interessanti di quanto qui si possa dire, ma ancora embrionali risultano gli studi sull'argomento.<sup>27</sup> Certo è però che se l'esperienza

---

<sup>22</sup> L'associazione istituita dai radicali negli anni Cinquanta era ben radicata su tutto il territorio nazionale, sud compreso. Sul tema si veda ancora Percovich 2005, p. 29.

<sup>23</sup> *Salute e condizione sociale della donna*, cit. in Ibidem, p. 230.

<sup>24</sup> Berlinguer, 1978, p. 67.

<sup>25</sup> Percovich (b), 2005.

<sup>26</sup> The Brighton Women & Science Group, 1980.

<sup>27</sup> Oltre al già citato libro della Percovich, che ripercorre prevalentemente l'esperienza del centro

dei gruppi statunitensi ancor oggi viva e dinamica in tutto il territorio nazionale, quella del movimento italiano per quanto peculiare e foriera di stimolanti novità pare essere implosa di lì a poco messa di fronte ad una serie di riforme quali l'istituzione dei consultori familiari (Legge 29 luglio 1975, n. 405), la legge sull'istituzione del Sistema sanitario nazionale di stampo universalistico (Legge 23 dicembre 1978, n. 833), la legge Basaglia sulla chiusura dei manicomî (Legge 13 maggio 1978, n. 180, Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori), e non da ultima la legge sull'aborto (Legge 22 maggio 1978, n. 194, Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza).

Tuttavia, quanto l'attività dei movimenti per la salute delle donne abbia finito per stimolare e condizionare parte del mondo medico americano o le stesse scelte politiche è difficile valutarlo, viste anche le tesi contrarie,<sup>28</sup> ma sta di fatto che ad oggi gli Stati Uniti rappresentano il paese dove la medicina di genere pare essere meglio che altrove affermatasi passando dalla mera enunciazione di principio a momenti di ricerca e pratica concreti. Accanto a centri ed iniziative che possono ricongiungersi all'articolato mondo femminista ancora ben presenti e dinamici e che continuano a mostrare una sensibile attenzione ai temi della salute riproduttive delle donne. Ne è un esempio il *Feminist Women's Health Center*, istituito dal 1980, con il fine di promuovere e proteggere gli «*woman's right to choose and receive reproductive health care*»<sup>29</sup>. Grazie all'attività del Centro si è venuto strutturando nel campo della ricerca e della clinica medica un ulteriore e consistente filone che ha fatto della medicina di genere il suo specifico campo di indagine. L'inizio di questo percorso è coinciso con la provocatoria denuncia pubblicata da Bernardine Healy nel 1991 sul *New England Journal of Medicine* dal titolo «*The Yentl Syndrome*».<sup>30</sup> Nell'editoriale erano presentati due studi che segnalavano di come le donne affette da cardiopatia fossero curate meno e ricevessero interventi meno risolutivi e aggressivi rispetto agli uomini: era la presa di coscienza della diversa realtà del mondo femminile per quanto concerne le malattie cardiache.<sup>31</sup> *L'Office on Women's*

---

milanese, molto poco sappiamo delle vicende degli altri gruppi diffusisi rapidamente sul territorio nazionale (Torino, Firenze, Roma, Napoli, e in moltissime altre città). Qualche ulteriore notizia può essere rintracciata nella specifica sezione «*Il corpo e la salute*» in Memoria, 1987; Tozzi, 1984 e 1987 (a); Percovich e Tozzi, 1998; Jourdan, 1976; Tozzi, Chiaromonte, Frezza, 1991.

<sup>28</sup> Il concetto di stato "patriarca", ad esempio, tende ad oscurare «l'azione delle donne nell'attuazione di misure e programmi di welfare, visti più come fenomeno legato ai processi di modernizzazione, che come risultato di una lotta politica collettiva», Vezzosi, 1994, p. 114.

<sup>29</sup> <http://www.fwhc.org>

<sup>30</sup> Hearly, 1991.

<sup>31</sup> Modena, 2007, p. 5.



*Health*, inaugurato nello stesso anno presso l'*U.S. Department of Health & Human Service*, è l'immagine che più testimonia la robustezza di questo settore medico e il suo avvenuto riconoscimento "istituzionale". Molto eloquenti sono le parole con cui viene presentato l'ufficio sul suo portale:

*Its Vision is to ensure that "All Women and Girls are Healthier and Have a Better Sense of Well Being." Its mission is to "provide leadership to promote health equity for women and girls through sex/gender-specific approaches." The strategy OWH uses to achieve its mission and vision is through the development of innovative programs, by educating health professionals, and motivating behavior change in consumers through the dissemination of health information.*<sup>32</sup>

Per quanto concerne invece le sue funzioni l'OWH lavora per eliminare le disparità nelle ricerche, nei servizi di cura e nella formazione attraverso quattro funzioni principali: coordinando e promuovendo la collaborazione tra le agenzie e gli uffici del DHHS, offrendo assistenza ai *decision-maker* attraverso informazioni su ricerche, prevenzione e servizi, riconoscendo, sviluppando e sostenendo programmi e innovazioni nel campo della medicina delle donne ed educando professionisti e fruitori della salute e del benessere<sup>33</sup>.

A ben vedere, dunque, la diffusione pratica di una medicina di genere è stata avviata negli Stati Uniti da poco meno di venti anni. Se gli esordi, però, sono stati lenti e localizzati un maggiore dinamismo si avverte nell'ultimo decennio anche in Europa dove sono sorti i primi centri universitari per la medicina di genere, tra cui: il *Frauen- und Gender-Gesundheitsforschung* fondato presso l'università di Monaco nel 1997<sup>34</sup>, il *Berlin Institute for Gender in medicine* (GiM) fondato presso il *Charité - Universitätsmedizin Berlin* nel 2003<sup>35</sup> e nello stesso anno è stato inaugurato *The Center for Gender Medicine* presso il Karolinska Institutet di Stoccolma<sup>36</sup>.

Ad oggi la fase più matura del percorso di affermazione della medicina di genere pare coincidere con l'attività della Columbia University di New York, che dal 2002 ha promosso uno specifico corso universitario che si occupa dello studio di tutte le patologie che riguardano entrambi i sessi attraverso «*a new approach to*

---

<sup>32</sup> [www.4woman.gov](http://www.4woman.gov)

<sup>33</sup> *Ibidem*.

<sup>34</sup> <http://www.genderhealth.hwz.uni-muenchen.de/>

<sup>35</sup> Il cui obiettivo è l'analisi sistematica delle differenze di sesso e di genere nella medicina e la loro introduzione nella formazione del personale medico e paramedico. <http://gender.charite.de/>

<sup>36</sup> Finalizzato a: «*To promote public and medical professional awareness of the impact of gender and sex on health and disease by providing high-class education and funding frontline research within the field*». In <http://ki.se/ki>

*health care based on insights into biological differences between women and men*<sup>37</sup> e la pubblicazione della rivista “*Gender Medicine*”.<sup>38</sup> Questa svolta è tanto più significativa poiché pone l’accento sulla necessità di formazione del personale medico, che è un momento irrinunciabile per un evidente successo dell’intero percorso.

Il ben consolidato cammino statunitense si scontra con molte altre realtà dove la medicina di genere è un argomento pressoché sconosciuto. In questi casi molto utile si sta mostrando l’intervento dell’Organizzazione Mondiale della Sanità, che dalla prima Conferenza internazionale sulla promozione della salute di Ottawa (1986) ha intrapreso un percorso che mira ad insistere sulla necessità di operare non solo sulle dinamiche sanitarie ma anche su quelle sociali, quali prerequisiti di una promozione della salute e del benessere.<sup>39</sup> Le differenze di genere, frutto di costruzione sociale, se non opportunamente considerate divengono in tale ottica una forte discriminante. In seguito a questa iniziale presa di coscienza si sono succedute all’interno dell’organizzazione varie iniziative orientate a ridurre i termini della discriminazione di genere nella salute, coordinate da un dipartimento appositamente istituito (WHD-*Department of Gender, Women and Health*). Queste azioni mirano all’affermazione di un approccio alla salute attraverso ricerche, politiche e programmi attenti al genere senza mai peraltro distogliere l’attenzione dal sottolineare come la posizione penalizzata delle donne nella società rappresenti una violazione dei diritti umani e nel contempo un ostacolo allo sviluppo<sup>40</sup>. Una presa d’atto tardiva, ma determinata ed energica.

Nella regione europea, accanto all’impegno del WHO, si sta assistendo anche ad un intenso lavoro di stimolo per l’affermazione del diritto di genere alla salute, promosso dagli organi dell’Unione Europea. Molte e sempre più specifiche, infatti, sono, le linee di indirizzo che provengono dagli organismi europei e che mirano ad una uniforme applicazione del diritto alla salute per tutti i cittadini dell’Unione. In una Conclusione del 2006 il Consiglio ha invitato la Commissione europea ad

integrare gli aspetti di genere nella ricerca sanitaria, a sostenere lo scambio di informazioni e di esperienze sulle buone prassi in campo della promozione e

---

<sup>37</sup> <http://partnership.hs.columbia.edu>

<sup>38</sup> Oltre alla rivista vanno segnalate alcune importanti pubblicazioni dell’Istituto, tra cui Legato e Colman, 1991 e 1997 e Legato 2002.

<sup>39</sup> «Condizioni e risorse fondamentali della salute sono: la pace, la casa, l’istruzione, il cibo, il reddito, un eco-sistema stabile, la continuità delle risorse, la giustizia e l’equità sociale. Ogni progresso sul piano della salute deve essere necessariamente e saldamente ancorato a questi requisiti», *Ottawa Charter*, 1986.

<sup>40</sup> Tra cui WHO, 1992, 1998a, 1998b, 2000, 2001, 2002a, 2002b, 2007.

prevenzione sanitaria attenta alla dimensione di genere e ad aiutare gli Stati membri a sviluppare strategie efficaci per ridurre le disparità in materia di salute aventi una dimensione di genere.<sup>41</sup>

Quasi contestualmente la “Carta europea per l’eguaglianza e le parità delle donne e degli uomini nella vita locale” ha fatto proprio questo invito, riconoscendo nel suo articolo 14, tra l’altro, che:

in base alla parità fra donne e uomini e affinché ambedue i generi godano di buona salute, i servizi medici e sanitari devono tenere conto delle diverse necessità. Riconosce inoltre che tali necessità non provengono soltanto dalle differenze biologiche ma anche da condizioni di vita e di lavoro differenti nonché da attitudini e presupposti stereotipati.<sup>42</sup>

Queste iniziative si sono tradotte in un importante stimolo per le azioni dei singoli governi nazionali e il caso italiano pare esserne stato molto influenzato.

### *La medicina di genere in Italia*

Osservando più da vicino l’esperienza italiana, alla luce delle considerazioni fin qui svolte, emerge con esplicita evidenza il ritardo con cui si stanno affrontando tali questioni<sup>43</sup>. Questo status è sottolineato, non solo, dall’assenza di un organismo che ricordi seppur blandamente l’OWH statunitense, ma anche dalla scarsa percezione di un diritto negato. In tale contesto si distinguono tuttavia delle esperienze che assumono un maggior tratto di singolarità proprio perché sorte in un ambiente culturalmente impreparato, se non ostile.

---

<sup>41</sup> Consiglio UE, 2006.

<sup>42</sup> Carta europea per l’eguaglianza e le parità delle donne e degli uomini nella vita locale, Elaborata e promossa dal Consiglio dei Comuni e delle Regioni d’Europa e dai suoi partners. Nell’ambito del progetto sostenuto dalla Commissione europea nell’ambito del 5° Programma d’azione comunitario per la parità tra donne e uomini(2005-2006). Nel medesimo articolo 14 i firmatari si impegnano a garantire ed a promuovere: l’inclusione dell’ottica di genere nella pianificazione nella destinazione delle risorse e nella fornitura di servizi medici e sanitari e a garantire che le attività volte a promuovere la sanità, comprese quelle tendenti ad incoraggiare una sana alimentazione e l’importante esercizio fisico, tengano conto delle attitudini e delle necessità diverse delle donne e degli uomini; che il personale specializzato, ivi compreso il personale che lavora per la promozione della salute, conosca le modalità con le quali il genere influisce sulle cure mediche e sanitarie, e tenga conto dell’esperienza diversa di donne e uomini nelle rispettive cure; che donne e uomini abbiano accesso ad un’informazione adeguata sui problemi della sanità.

<sup>43</sup> Sul complessivo ritardo dell’Italia nell’affrontare la riflessione sulle disegualianze nella salute si veda Vicarelli, 1993.

È nel modo medico, in via di progressiva femminilizzazione,<sup>44</sup> che si sono intraviste le prime istanze e i primi concreti successi. In particolare è il modo della cura delle malattie mentali ad inaugurare, sull'onda del dibattito scaturito dalla legge Basaglia, distinti centri per le donne dove la specificità è stata definita «non a partire da categorie nosografiche, ma dalle soggettività nuove che il lavoro di deistituzionalizzazione aveva fatto emergere come centrali ed urgenti sia in termini di bisogni che di diritti».<sup>45</sup> Un mondo, dunque, in cui furono proprio le esperienze di lavoro di donne su donne con sofferenza psichiatrica che, attraverso il superamento del pregresso sistema manicomiale, ha condotto alla creazione di servizi territoriali innovativi ed originali. Tale dinamica fu certamente alla base della creazione del Centro di salute mentale delle donne di Napoli, che dal 1989 fornisce assistenza psicologica a donne ed adolescenti di ambo i sessi, associando questa attività ad importanti momenti di ricerca e formazione degli utenti e dello stesso personale medico-sanitario,<sup>46</sup> e del Centro Donna-Salute mentale di Trieste, sorto nei primissimi anni Novanta.<sup>47</sup>

L'ulteriore passo consiste, ancora oggi, nel trasferire queste singole esperienze a tutti i campi della ricerca medica e da essi alla pratica clinica. I tempi ormai non sono più procrastinabili, come ci dimostrano le recenti indagini sullo stato di salute delle donne in Italia.<sup>48</sup>

La necessità prioritaria è stata quella di avere a disposizione dei dati disaggregati in base al genere, o meglio, degli indicatori qualitativi e quantitativi che raccolgano le informazioni tenendo conto di tale diversità. Una strategia per la salute della donna richiede infatti la costruzione di un sistema epidemiologico e statistico che si occupi contestualmente di ricercare dati disaggregati per genere, di promuovere la valenza di genere nella ricerca e di diffondere le informazioni sulla salute della donna. La prima iniziativa in tal senso è stata quella del Ministero delle pari opportunità che nel 1998 istituiva un primo gruppo di lavoro, Medicina Donna Salute, per lavorare sull'assenza di dati genere-specifici sulla salute. La lotta alla disuguaglianza nella salute diveniva in tal modo e per la prima volta un obiettivo qualificante del Piano Sanitario Nazionale 1998-2000. A ciò seguirono riflessioni sui temi dall'assenza di ricerche sensibili al genere, sui fattori di rischio occupazionali e ambientali, sull'inadeguatezza con

---

<sup>44</sup> Vicarelli, 2003.

<sup>45</sup> Signorelli, 1993.

<sup>46</sup> Per le numerose attività del Centro si rinvia a [www.centrosalutementaledonna.it](http://www.centrosalutementaledonna.it)

<sup>47</sup> Sul centro triestino: Ramondino, 2000. Altre simili esperienze sono raccontate da Lupo e Di Fele, 2008.

<sup>48</sup> ONDa, 2007, 2008 e Ministero della salute, 2008.

cu veniva affrontata la considerazione delle differenze di genere nelle diagnosi e nelle pratiche terapeutiche fino all'esclusione o l'insufficiente presenza delle donne nella sperimentazione clinica, mentre nel 2003 un'equipe di specialisti veniva incaricata dal Ministero della Salute di formulare le linee-guida sulle sperimentazioni cliniche e farmacologiche attente alla variabile uomo-donna. Ne è scaturita una pionieristica pubblicazione che ha posto l'accento sulla necessità di assumere la prospettiva di genere in tutti i campi di azione della medicina, dalla pratica clinica alla ricerca, dalla diagnosi alla prevenzione, invitando, in questa prospettiva, il ministero e le regioni a promuovere azioni positive per integrare nella programmazione sanitaria l'approccio *gender sensitive* ai problemi di salute degli uomini e delle donne.<sup>49</sup> Il 2005 è stato poi l'anno del Tavolo di lavoro sul tema "*Salute delle donne e farmaci per le donne*",<sup>50</sup> mentre nel 2007 Livia Turco, ministro della sanità, ha riaperto il dibattito sul tema della salute delle donne promuovendo ed avviando un piano organico di azioni ed iniziative con cui affrontare il tema della salute delle donne: con decreto del 6 giugno 2007 è stata istituita, con durata triennale, la Commissione salute delle donne che annovera tra i suoi obiettivi l'elaborazione del Piano strategico intersettoriale per la promozione e tutela della salute psico-fisica delle donne e l'approfondimento di temi come la medicina di genere, la salute riproduttiva, il percorso di nascita, gli aspetti preventivi nelle varie fasi della vita delle donne. È stato aperto un tavolo interregionale sulle tematiche materno infantili, attraverso il Centro per il controllo e la prevenzione delle malattie sono stati avviati una serie di studi e sperimentazioni sul percorso di nascita e sui modelli di sorveglianza della mortalità materna ed in ultimo è stato varato il Piano di azioni per la salute della donna e del bambino. Tale piano considera la salute delle donne come obiettivo strategico di una politica nazionale pubblica di promozione della salute, nella convinzione che: «La salute delle donne è l'indicatore più efficace per valutare l'impatto delle politiche nazionali sulla salute, e per rimuovere tutte le disuguaglianze, non solo quelle economiche e sociali, ma

---

<sup>49</sup> Il gruppo di lavoro, coordinato dalla psicologa Elvira Reale, includeva donne con diverse professionalità mediche rappresentative sia del mondo della clinica che della ricerca. Gli obiettivi generali del gruppo di lavoro erano quelli di: creare un campo unitario ed integrato di osservazione sulle varie patologie che minacciano la salute delle donne; focalizzare l'attenzione sui bias di genere che ostacolano il diritto alla salute nelle donne e di proporre linee-guida ed interventi per costruire un sistema sanitario più centrato sui bisogni di salute delle donne. I risultati ottenuti sono stati pubblicati in Ministero per le Pari Opportunità, 2001 e 2003. Entrambi i lavori mettono in rilievo i problemi e pregiudizi che segnalano il limite della medicina nell'approccio alla salute della donna.

<sup>50</sup> Il tavolo è stato istituito presso il Ministero della salute e hanno partecipato l'ISS, l'Agenzia italiana del farmaco, l'Agenzia per i servizi sanitari regionali e la Società italiana di farmacologia.

anche quelle fra uomini e donne». <sup>51</sup> Per segnalare queste azioni ministeriali, in occasione del trentennale del Servizio Sanitario Nazionale, il 7 maggio 2008, è stata presentata pubblicazione dal titolo: “*La salute della donna: un diritto in costruzione*”. <sup>52</sup> Questo rapporto nella sua terza parte ha pubblicato i lavori e le ricerche della Commissione ministeriale “*Salute delle donne*” offrendo, in tal modo, un aggiornato *screening* dello stato di salute delle donne in Italia. <sup>53</sup> In chiara linea di continuità il nuovo esecutivo pare intenzionato a proseguire questo percorso. Nel dicembre 2008 è stato presentato il primo progetto per la medicina delle donne, che si occuperà di ricerca, assistenza e prevenzione delle malattie dal punto di vista femminile. Il Progetto dal titolo “*La Medicina di Genere come Obiettivo Strategico per la Sanità Pubblica: l’Appropriatezza della Cura per la Tutela della Salute della Donna*”, è nato grazie ai fondi della Ricerca Finalizzata del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. <sup>54</sup> Il fine di questo piano è quello di formulare programmi di prevenzione e a linee guida genere-mirate attraverso l’integrazione delle conoscenze biomediche sulle malattie metaboliche (diabete, aterosclerosi ecc), sulla medicina del lavoro, sulle reazioni avverse ai farmaci, che sono più frequenti e gravi nella donna, con quelle sociali ed economiche. <sup>55</sup>

Accanto a queste iniziative “istituzionali” il 2007 è stato un anno molto significativo per la promozione della *gender medicine*. In particolare si è avviato il percorso, oggi molto dinamico, di iniziative e attività promosse dalle

---

<sup>51</sup> Varato il 7 marzo 2007, con l’ambizione di costituire la struttura un piano strategico intersettoriale, di durata triennale. Tra le azioni proposte: campagne di prevenzione mirate sui tumori femminili; reparti di oncologia col “bollino rosa”; sportelli dedicati alle donne che hanno subito violenza e distribuiti su tutto il territorio nazionale, in particolare presso i pronto soccorso ospedalieri; azioni per le mamme di figli prematuri, perché possano trascorrere più tempo a casa; educazione alla genitorialità e spazi dedicati agli adolescenti nei consultori. Ministero della salute, 2007.

<sup>52</sup> Ministero della Salute, 2008.

<sup>53</sup> Ibidem, pp. 233 e ss.

<sup>54</sup> Pari a 2,7 milioni di euro.

<sup>55</sup> Partecipano al progetto tre Regioni, di cui due come capofila (Sardegna, Sicilia) e una unità della Regione Toscana, l’ISPESL-Roma, un’unità dell’Agenzia Servizi Sanitari Regionali, Roma; 2 IRCCS (Istituto Dermatologico San Gallicano-I.F.O. IRCCS-Roma, IRCCS San Raffaele Pisana-Roma), un Consorzio Interuniversitario -INBB, 8 Università degli Studi (Cagliari, Firenze, Messina, Modena, Piemonte Orientale-Novara, Roma- La Sapienza, Roma Tor Vergata, Sassari). Nello specifico, i settori di studio sono: le malattie metaboliche e salute della donna: studi patogenetici e approcci terapeutici innovativi; gli ormoni sessuali come determinanti “di genere” nella risposta immune e nello sviluppo di malattie autoimmuni e metaboliche, gli interferenti endocrini negli ambienti di lavoro e salute della donna, le malattie iatrogene e reazioni avverse ai farmaci, Determinanti della salute della donna, medicina preventiva e qualità delle cure. Per maggiori informazioni sul progetto [www.iss.it](http://www.iss.it)

varie sezioni provinciali della Federazione italiana delle donne medico. Ad inaugurare questo cammino è stato il Convegno nazionale tenutosi a Caserta nel settembre del 2007, dal titolo “*Medicina e Sanità declinate al femminile*”, dove al centro del dibattito è stato posto il tema della femminilizzazione del mondo medico. Questi momenti di riflessione sono poi proseguiti, in evidente linea di continuità, nell’ottobre del 2008 ad Alghero dove è stato promosso il convegno: “*Sanità per le donne, donne per la sanità*”,<sup>56</sup> e nell’alessandrino dove si è tenuto il convegno dal titolo: “*La medicina di genere: nuova frontiera. Dalle peculiarità anatomiche agli aspetti clinico-terapeutici e sociali*” finalizzato alla divulgazione scientifica della medicina di genere.<sup>57</sup> Se il 2007 può essere considerato come un momento di svolta è il 2009 che si va caratterizzando per essere un anno di grande impulso per la medicina di genere in Italia. Le iniziative in campo sono numerose e provengono da più fronti. Accanto al programma del ministero, va segnalato il XXIX Congresso delle donne medico che dedicherà l’annuale convegno nazionale a: “*La medicina delle Differenze*”. Non di minore importanza è, inoltre, l’organizzazione del Primo congresso nazionale sulla medicina di genere, che si auspica possa divenire prassi annuale, voluto dalla Società italiana salute medicina di genere e della *European society gender health medicine*.<sup>58</sup>

Questa rapida panoramica sarebbe di certo lacunosa se omettesse di segnalare una ulteriore iniziativa: la nascita dell’Osservatorio nazionale sulla salute delle donne (ONDa, 2005). L’Osservatorio, con sede a Milano, è nato «per studiare specificamente le principali patologie e tematiche di salute femminili promuovendo una cultura della salute di genere e con l’obiettivo di essere propositivo e interlocutore delle Istituzioni, del mondo scientifico, delle Università, della popolazione femminile»<sup>59</sup>. Il centro, diretto dalla dottoressa

---

<sup>56</sup> In cui si è cercato di identificare delle nuove strategie d’azione per evitare, così come aveva messo a nudo il precedente convegno casertano, che la presenza femminile nel mondo medico vada diradandosi via via che si sale a livello gerarchico. Questo convegno, inoltre, ha posto anche particolare attenzione alla donna come protagonista del sistema sanitario non solo come medico, ma anche come paziente. Sono stati, pertanto, affrontati svariati temi quali, solo per citarne alcuni: farmaci a misura di donne, prevenzione e salute nelle adolescenti, invecchiare bene, donne immigrate e sistemi sanitari, rapporti donna-gravidanza-sicurezza e formazione, nonché gli ospedali delle donne.

<sup>57</sup> Il congresso ha avuto luogo nell’ottobre 2008 a Spinetta Marengo (AL) su iniziativa della sezione alessandrina dell’AIDM.

<sup>58</sup> Entrambe le società sono nate grazie all’iniziativa della Fondazione Giovanni Lorenzini Medical Foundation, con sede a Milano e Hudson, nel 2007. In occasione del “Terzo Seminario sulla Salute della Donna” organizzato dall’Istituto Superiore di Sanità e dalla Società Italiana di Farmacologia nel dicembre del 2008 è stato inaugurato il sito delle due società (<http://www.gendermedicine.org>).

<sup>59</sup> ONDa, 2007 (a), p. 9.

Francesca Merzagora, nei primi due anni di attività ONDa ha organizzato in tutto il territorio nazionale oltre cinquanta Convegni/Conferenze su vari aspetti legati alla salute femminile, ha pubblicato tre innovativi volumi<sup>60</sup> e ha allestito una mostra interattiva ed itinerante “*Donna in salute*” che esplora in tre aree tematiche (In armonia con l’ambiente, Cambiare in salute e Cura e cultura) tutti i principali problemi legati alla salute di genere. L’Osservatorio, infine, ha avviato un progetto volto ad identificare e premiare, sulla falsariga dei *women’s hospital* americani, le strutture ospedaliere più sensibili e vicine alle esigenze delle donne ricoverate.

L’attenzione, dunque, alla medicina di genere in Italia è rimasta in sordina per circa un ventennio. Bisogna guardare, infatti, ai nostri giorni per vedere nascere, di contro, un interesse ampio, articolato e costante che coinvolge una serie di attori sociali che spaziano dalle istituzioni pubbliche (Ministeri, Istituto superiore di Sanità, Centri universitari), al mondo medico e della ricerca farmacologica, attraverso i loro ordini e società, e alle fondazioni o associazioni *non profit*. I protagonisti di questa promozione sono dunque molteplici e vanno investendo l’intero mondo della medicina, senza particolari settorialismi disciplinari (la cardiologia, piuttosto che endocrinologia o la psicologia e così a seguire). Questo induce a considerare che è stata ormai acquisita una convinzione di fondo: la medicina di genere è socialmente trasversale e multidisciplinare; interessa le scienze mediche come quelle sociali, coinvolge gli operatori così come gli attori.

La sfida maggiore rimane, dunque, quella di lasciarsi alle spalle i percorsi pregressi, per lo più imbevuti di stereotipi e specchio di discriminanti costruzioni sociali, attraverso un lucido e dinamico sforzo interistituzionale che sappia, in una chiara logica di *gender mainstreaming*, coinvolgere i *decision makers* nazionali e internazionali, gli attori e operatori del settore sanitario, i loro sistemi formativi, le organizzazioni *no profit* e le stesse donne quali utenti consapevoli dei loro diritti. È anche attraverso l’affermazione concreta del diritto delle donne alla salute, attraverso un’ampia riconoscibilità ed una concreta operatività della *gender medicine*, che passa la rilevabilità dei gradi di maturità civile e democratica di un paese.

---

<sup>60</sup> ONDa 2007 (a) e (b), 2008.



## Summary

In World Health Organization's Constitution the enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being, but in fact it is not so. Is not so for the female population until now forced to seek treatment with therapies and medications certainly suitable for men, but not necessarily for women. Is the *Gender medicine* that aims to curb this iniquity.

In fact, the *Gender medicine* focuses on the impact of the gender on human physiology, pathophysiology, and clinical features of diseases. The concept of Gender refers to a complex interrelation and integration of sex as a biological and functional marker of the human body and psychological and cultural behavior (due to ethnical, social, and religious background).

The essay reconstructs the stages of development of the *Gender medicine* from the experience of feminist group of women's health, arose in the late sixties in the United States, at birth of the "Office on Women's Health" at the U.S. "Department of Health & Human Services", emphasizing moreover the stimulus given to the Gender medicines from the WHO and, in Europe, from the institutions of the European Union. Finally, particular attention is given to the Italian experience.

*Keywords: WHO, Gender Medicine, Women's health, Health right.*

*Running head: Salute delle donne*

## BIBLIOGRAFIA

- Edoardo Ales, *La protezione della salute della donna lavoratrice nella normativa internazionale e comunitaria*, in ONDa, 2007 (a).
- Gianni Baldini, *Diritti della madre e interessi dell'embrione: legge 40/2004 e interventi della giurisprudenza*, in Patrizia Guarnieri (a cura di), *In scienza e coscienza. Maternità, nascite e aborti tra esperienze e bioetica*, Carocci, Roma, 2009.
- Giovanni Berlinguer, *Donne e salute*, Il pensiero scientifico, Roma, 1978.
- Teresa Bertilotti e Anna Scattigno (a cura di), *Il femminismo negli anni settanta*, Roma, Viella, 2005.
- Rita Bianchieri (a cura di), *Da Esculapio a Igea. Un approccio di genere alla salute*, Plus, 2007.
- Franca Bimbi, *Differenze e disuguaglianze*, Bologna, Il Mulino, 2003.
- Amy S. Bloom & P. Ellen Parsons, *The 25th Anniversary of the Doctor's Case Against the Pill*, «The Network News», novembre/dicembre 1994.
- Franca Buffoni, *Donne nella ricerca farmacologica italiana*, «Quaderni della SIF», n. 5, 2006.

- Consiglio dell'UE, *Conclusioni*, Gazzetta Ufficiale dell'UE C 146/4 del 22 giugno 2006.
- G. Cosmacini, R. Satolli, G. Gaudenzi, *Dizionario di storia della Salute*, Einaudi, Torino, 1997
- Carla Facchini, Elisabetta Ruspini (a cura di), *Salute e disuguaglianze. Genere, condizioni sociali e corso di vita*, Angeli, Milano, 2001.
- Gruppo femminista per una medicina delle donne, *Anticoncezionali dalla parte delle donne*, Milano, Testo a stampa, 1974.
- Gruppo Femminista per la Salute delle Donne: *La storia del gruppo; La visita ginecologica; L'autovisita e l'osservazione del ciclo mestruale; Il seno; Il diaframma; Anticoncezionali; La pillola; Infezioni vaginali e urinarie; La menopausa; Infezioni vaginali e cure alternative; La gravidanza e il parto; Le malattie trasmesse con il rapporto sessuale* (serie di opuscoli), Roma, 1977.
- Pierpaolo Donati (a cura di), *La sociologia sanitaria. Dalla sociologia della medicina alla sociologia della salute*, Milano, Angeli, 1983.
- Pierpaolo Donati (a cura di), *Salute e complessità sociale*, Angeli, Milano, 1986.
- Pierpaolo Donati (a cura di) *La cura della salute verso il 2000*, Milano, Franco Angeli, 1989.
- Yasmine Ergas, *La costituzione del soggetto femminile: il femminismo negli anni '60/'70*, in Georges Duby, Michelle Perrot, *Storia delle donne*, Laterza, Bari 1992, pp. 564-593.
- F. Franconi, S. Canu, I. Campasi, *Gruppo di lavoro 'Approccio di genere alla salute', Approccio di genere nella ricerca, nelle sperimentazioni e nei trattamenti farmacologici*, in *Lo stato di salute delle donne in Italia. Primo rapporto sui lavori della Commissione Salute delle Donne*, Roma 2008, pp. 39-53.
- Il movimento femminista negli anni '70*, numero monografico di «Memoria. Rivista di storia delle donne», nn. 1-2, 1987.
- Bernardine Healy, *The Yentl syndrome*, «The New England Journal of Medicine», 1991, 25, pp. 274-276
- Marco Ingrosso, *La promozione della salute: premesse epistemologiche e ragioni sociologiche*, in Donati, 1989.
- Clara Jourdan, *Insieme contro. Esperienza dei consultori femministi*, Milano, La Salamandra, 1976.
- Marianne J. Legato, M.D., and Carol Colman, *The Female Heart: The truth about women and heart disease*, Simon and Schuster, New York, 1991
- Marianne J. Legato, M.D., and Carol Colman, *What women need to know : from headaches to heart disease and everything in between*, Publisher Simon and Schuster, New York, 1997
- Marianne Legato, *Eve's rib : the new science of gender-specific medicine and how it can save your life*, Harmony Book, New York , 2002

- Alida Leonardi e Giulia Scaravelli (a cura di), *Salute della donna e del concepito: prevenzione dei rischi ambientali e occupazionali*, Rapporti ISTISAN 04/20, Roma, 2004.
- Barbara J. Love, *Feminists who Changed America, 1963-1975*, University of Illinois Press, Champaign, 2006.
- Emilio Lupo e Salvatore Di Fede, *Centottanta*, Psichiatria Democratica, Napoli, 2008.
- Ministero della salute, *Verso un piano di azioni per la promozione e la tutela della salute delle donne e dei bambini*, marzo 2007 ([www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it)).
- Ministero della salute, *La salute delle donne: un diritto in costruzione. Lo stato di salute delle donne in Italia*, Primo rapporto sui lavori della Commissione "Salute delle donne", Roma, marzo 2008 ([www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it))
- Ministero per le Pari Opportunità, *Una salute a misura di donna*, Roma, 2001.
- Ministero delle Pari Opportunità, *Guida alla salute delle donne*, Roma, 2003.
- Maria Grazia Modena, *Il cuore delle donne e le malattie delle coronarie*, in Maria Grazia Modena e Silvia Vegetti Finzi, *Il cuore femminile al femminile. Fisiologia ed emozioni*, Milano, ONDa- Testo a stampa, 2007.
- ONDa, *La salute della donna. Proposte, strategie, provvedimenti per migliorarla*, Milano, Franco Angeli, 2008.
- ONDa, *La tutela della salute della donna nel mondo del lavoro*, Milano, Franco Angeli, 2007 (a)
- ONDa, *La salute della donna. Stato di salute e assistenza nelle regioni italiane*, Milano, Franco Angeli, 2007 (b)
- Osservatorio Nazionale sull'impiego dei medicinali, Istituto Superiore di Sanità, Agenzia Italiana del Farmaco, *L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale anno 2006*, Il Pensiero Scientifico, Roma 2006.
- Ottawa Charter for Health Promotion*, Prima Conferenza Internazionale sulla Promozione della Salute. Ottawa, Canada, 7-21 novembre 1986
- Luciana Percovich, *La coscienza nel corpo. Donne, salute e medicina negli anni Settanta*, Milano, Fondazione Badaracco - Franco Angeli Editore, 2005.
- Luciana Percovich, *Dal "duello" con la fertilità al suo opposto, Queer/Liberazione*, n.12, 15 maggio 2005(b).
- Luciana Percovich e Silvia Tozzi, *Donne, medicina e salute: scritti e documenti 1974-1992*, Gruppo femminista per la salute delle donne, 1992, Milano, 1998
- Fabrizia Ramondino, *Passaggio a Trieste*, Einaudi, 2000.
- Elisabetta Ruspini, Carla Facchinetti, *Salute e diseguaglianze. Genere, Condizioni sociali e corso di vita*, Milano, Franco Angeli, 2002.
- Barbara Seaman, *The Doctors' Case against the Pill*, Alameda, Calif, Hunter House, 1969.
- Assunta Signorelli, "Ricominciare a essere". L'esperienza di Trieste, pubblicato in

- <http://www.triestesalutementale.it>
- The Boston Women's Health Book Collective, *Our Bodies, Ourselves*, New York, Paperback, 1971. Nella traduzione Italiana compariva con il titolo *Scritto dalle donne per le donne*, Milano, Feltrinelli, 1974.
- The Brighton Women & Science Group, *Alice through the Microscope. The power of science over Woman's lives*, Virago, Londra, 1980; trad. It. *Alice attraverso il microscopio: il potere della scienza sulla vita delle donne*, Milano, La Salamandra, 1985.
- Silvia Tozzi, *Il movimento delle donne, la salute, la scienza. L'esperienza di Simonetta Tosi*, «Memoria. Rivista di storia delle donne», nn. 11-12, 1984.
- Tozzi Silvia, *Molecolare, creativa, materiale: la vicenda dei gruppi per la salute*, «Memoria. Rivista di storia delle donne», nn. 19-20, 1987.
- Silvia Tozzi, *Alle radici del self help*, «Memoria. Rivista di storia delle donne», n.19-20, 1987.
- S. Tozzi, E. Chiaromonte, G. Frezza, *Donne senza rinascimento*, Eleuthera, Milano, 1991.
- Elisabetta Vezzosì, *Genere e welfare state nella storiografia statunitense*, «Passato e Presente», a. XII (1994), n. 33, pp. 113-127.
- Giovanna Vicarelli, *L'equità nella salute*, in Paci M. (a cura di), *Le dimensioni della disuguaglianza. Rapporto della Fondazione Cespe sulla disuguaglianza sociale in Italia*, Bologna, Il Mulino, 1993.
- Giovanna Vicarelli, *Identità e percorsi professionali delle donne medico in Italia*, in «Polis», 1, pp. 93-122.
- WHO, *1992: Women's Health: Across Age and Frontier*, Geneva, 1992.
- WHO, *Women, Aging and Health*, Geneva, 1998a.
- WHO, *Gender and Health: A Technical Paper*, Geneva, 1998b.
- WHO Gender Working Group, *Gender Policy for WHO*, Geneva, 2000.
- WHO, *Strategic action plan for the health of women in Europe*, Copenhagen, World Health Organization, 2001.
- WHO, *Integrating gender perspective in the work of WHO. Who gender policy*, Geneva, 2002a.
- WHO, *Gender analysis in health : a review of selected tools*, Geneva, 2002b.
- WHO, *Women, ageing and health : a framework for action : focus on gender*, Geneva, 2007.
- WHO, *The World Health Report 2008. Primary Health Care: Now More Than Ever*, Geneva, 2008.
- WHO, *Women and health : today's evidence tomorrow's agenda*, Geneva, 2009.
- Giovanna Zincone, *Da sudditi a cittadini*, Bologna, Il Mulino, 1992.