

AREA TEMATICA

Disuguaglianze ed equità nella salute, nell'accesso ai servizi e nell'efficacia dell'assistenza
Politiche di contrasto delle disuguaglianze e di promozione dell'equità

IL GENDER BUDGETING IN SANITA'

LA COSTRUZIONE DEI BILANCI PUBBLICI SECONDO LA PROSPETTIVA DI GENERE

Magda ZANONI, Direttore Arpa Studi

Indice

1. Le motivazioni alla costruzione di un bilancio di genere in sanità
 2. La metodologia
 3. I contenuti di un bilancio di genere di Asl
 4. Un sistema informativo che consenta analisi di genere
 5. Il livello regionale e l'esperienza della Regione Piemonte
- Conclusioni
Bibliografia

Mariam aveva sentito la notizia nel gennaio di quello stesso anno: uomini e donne sarebbero stati ricoverati in ospedali diversi, tutto il personale femminile degli ospedali di Kabul sarebbe stato licenziato o mandato a lavorare in un'unica struttura centralizzata.

"E noi (donne n.d.r.) cosa dovremmo fare?"

"Andate al Rabia Balkhi" rispose una guardia.

Si fece avanti una giovane donna, dicendo che c'era già stata. Non avevano acqua pulita, né ossigeno, né elettricità, né medicinali.

"In quell'ospedale non c'è niente" disse.

"E' là che dovete andare".

(Hosseini K., 2007, p. 296-297)

1. LE MOTIVAZIONI ALLA COSTRUZIONE DI UN BILANCIO DI GENERE IN SANITA'

L'Australia fu il primo paese, nel 1984, a introdurre un progetto pilota per la costruzione di un bilancio sensibile al genere ovvero che inserisce la prospettiva di genere nei bilanci pubblici, che non vuol dire costruire un "bilancio separato", ma ristrutturare, leggere e modificare i bilanci esistenti.

In seguito, altri paesi nel mondo hanno sperimentato questo strumento di attuazione della strategia di *gender mainstreaming* (1), in particolare Canada, Gran Bretagna, Francia, Israele, Svezia, Svizzera, Norvegia, alcuni paesi in via di sviluppo; ma un impulso decisivo alla divulgazione dello strumento viene dalla Piattaforma d'azione adottata il 15.7.1995, in occasione della Quarta Conferenza Mondiale delle Donne tenutasi a Pechino, e la sua risoluzione del 18.5.2000 che, all'obiettivo strategico A1), così auspica: "Esaminare, adottare e perseguire politiche macroeconomiche e strategie di sviluppo che riconoscano i bisogni delle donne ... Ridefinire l'allocazione della spesa pubblica al fine di promuovere le opportunità delle donne ed il loro accesso alle risorse produttive, riconoscendo i loro bisogni fondamentali nel campo sociale, della formazione e della salute".

Preso atto della Piattaforma d'azione adottata a Pechino, anche il Parlamento Europeo si è impegnato per l'adozione dello strumento del Gender Budgeting:

- il 16.6.2003 viene depositata la Relazione sul Gender Budgeting (Parlamento Europeo, 2003);
- il 3.7.2003 viene approvata la Risoluzione del Parlamento europeo sul gender budgeting - la costruzione dei bilanci pubblici secondo la prospettiva di genere (Parlamento Europeo, 2002);
- nel 2006 la *Road Map* per le prossime strategie della UE per le pari opportunità cita espressamente l'adozione, da parte dei Paesi membri, del Bilancio di Genere.

In Italia, vi sono state interessanti esperienze prevalentemente a livello provinciale e comunale (2). Un passaggio importante è stato rappresentato dalla stipulazione del **Protocollo d'intesa di province e comuni** "Costruzione della rete tra province e comuni per la diffusione di azioni sulle pari opportunità", che vede impegnati nella promozione e sviluppo dello strumento del bilancio di genere ormai un dozzina di province e una decina di comuni. L'Associazione nazionale comuni d'Italia, nel suo Manifesto per una democrazia paritaria nei comuni italiani (Anci, 2007), prevede tra le scelte concrete da perseguire anche la costruzione del bilancio di genere.

Alcune Regioni si sono cimentate e hanno fornito elementi interessanti: la Regione Emilia Romagna, la Regione Marche e ora la Regione Piemonte (vedi § 5) che sta stendendo il proprio Bilancio di Genere, all'interno del quale una parte rilevante riguarda la sanità. Proprio partendo da quest'ultima esperienza, l'obiettivo del presente lavoro è fornire delle prime considerazioni per la realizzazione di bilanci di genere a livello di Asl e definire una metodologia specifica per l'applicazione del Gender Budgeting nel settore sanitario: l'obiettivo finale è inserire la prospettiva di genere a tutti i livelli del processo di costruzione dei bilanci nazionali, regionali e locali che mira a ristrutturare le entrate e le uscite con l'obiettivo di promuovere le pari opportunità tra uomini e donne.

A livello nazionale, la Direttiva 23 maggio 2007 (G.U. n. 173 del 27.7.2007), *Misure per attuare parità e pari opportunità tra uomini e donne nelle amministrazioni pubbliche*, emanate dal Ministro per le riforme e le innovazioni nella pubblica amministrazione e dal Ministro per i diritti e le pari opportunità, nelle azioni da

seguire per attuare pari opportunità nelle amministrazioni pubbliche, auspica che i bilanci di genere diventino pratica consolidata nelle attività di rendicontazione sociale delle amministrazioni.

Ma quali sono le motivazioni specifiche che inducono a fare analisi di genere nel settore sanitario?

Secondo la W.H.O. (traduzione da W.H.O. Departement of gender and Women's Health, 2002, p.1), "La posizione di svantaggio delle donne nella società è ora internazionalmente riconosciuta come una branca dei diritti umani e una barriera allo sviluppo Nel caso della salute, lo status sociale, economico e politico delle donne compromettono la loro possibilità di proteggere e promuovere la loro salute fisica, emotiva e mentale, compreso il loro effettivo uso delle informazioni e dei servizi sanitari Le istituzioni, e gli strumenti che essi producono, si rivolgono alla valutazione di genere con differenti prospettive e differenti obiettivi. Alcune mirano ad assicurare allo stesso modo a uomini e donne un'equa partecipazione e eguali benefici nello sviluppo sociale e economico dei programmi. Svolgono ciò al fine di assicurare la massima efficacia per i programmi. Inoltre, evidenziano l'importanza di migliorare l'impatto negativo delle ineguaglianze di genere. Altre istituzioni scelgono come principale punto di vista la giustizia sociale. Da questa prospettiva, l'indirizzo di genere mira non solo ad assicurare che il programma sia efficace, ma anche infine a trasformare le relazioni di genere. Ci sono due componenti che fanno parte di questa trasformazione. Primo, lo sforzo mira ad assicurare alle donne un eguale controllo sulle risorse. Secondo le norme devono essere cambiate in modo che le donne siano valutate in modo eguale agli uomini, questo fornisce loro la capacità di vivere la vita al pieno delle loro potenzialità".

Il breve estratto dal romanzo di Hosseini riportato in apertura ha la capacità, in poche battute, di mettere in evidenza i due ambiti di possibilità di discriminazioni nei confronti delle donne nel settore del diritto alla salute e del settore sanitario: da un lato, come cittadine utenti dei servizi sanitari, dall'altro, come erogatrici del servizio/lavoratrici del settore. Infine, ma non marginale nel ruolo di cura/assistenza al paziente che hanno le donne delle famiglie.

In Italia, la condizione femminile e le discriminazioni di genere non sono, fortunatamente, paragonabili a quelle dell'Afghanistan, di cui al periodo della citazione letteraria, o dei paesi in via di sviluppo dove la durata media della vita delle donne è fortemente condizionata dalle uccisioni a seguito di stupri e violenze e dalla mancanza di assistenza alla maternità e alla vita sessuale in genere. Pur tuttavia, anche in Italia, l'introduzione dell'analisi di genere consente di inserire, laddove già non c'è, una dimensione di conoscenza che aiuta a leggere ed interpretare la realtà al fine di pianificare, programmare e gestire i servizi sanitari al meglio per *l'intera popolazione* e, in particolare, evidenzia:

- le discriminazioni di genere, anche non totalmente consapevoli, che ancora esistono;
- la stretta relazione fra i bisogni sanitari delle donne, l'accessibilità e l'uso dei servizi sanitari e la situazione socio-economica e il ruolo delle donne nella società;
- i problemi all'accessibilità e all'adeguatezza dei servizi alle donne immigrate e di culture diverse (realtà ormai significativa nelle statistiche, di chi ha diritto all'assistenza sanitaria nel nostro paese perché in regola e lavoratrice).

2. LA METODOLOGIA

La metodologia per la redazione di bilanci di genere poggia ormai su una vasta letteratura, si ricorda in particolare la scuola australiana, di cui si citano solo due opere esplicative (Rhonda Sharp, 2000 e Rhonda Sharp, Ray Broomhill, 2002), l'esperienza canadese (Donner, 2003; Bakker, 2006) e quella inglese (Budlender, Hewit, 2003 ; HM Treasury, 2004)

In Italia, l'impostazione metodologica fa riferimento, da un lato, alle indicazioni dell'Unione europea e, dall'altro, alla metodologia tipica degli strumenti di rendiconto volontari: le donne sono lo stakeholder, o gruppo portatore di interesse, più numeroso in una comunità e che taglia trasversalmente tutti gli altri gruppi. Alcuni enti, ad esempio, Comune di Torino e Provincia di Torino hanno fatto la scelta di inserire la dimensione di genere nel Bilancio sociale.

Un recente lavoro della Provincia di Milano fornisce una guida metodologica per i comuni secondo la quale (Provincia di Milano, 2006, p. 9) "Leggere i bilanci degli enti pubblici in chiave di genere è un importante strumento di mainstreaming che consente di analizzare e contribuire a ridurre le disuguaglianze di genere attraverso un esercizio di trasparenza, democrazia e rendicontazione della gestione e distribuzione delle risorse pubbliche, a vantaggio dell'intera collettività. In tal modo, gli amministratori possono essere

maggiormente consapevoli delle conseguenze su donne e uomini del loro agire, per poter condurre una azione politica non solo più equa, ma anche più efficace ed efficiente.”

Il Bilancio di genere è l'applicazione al bilancio dell'analisi dell'impatto delle politiche pubbliche sulle donne e sugli uomini; esso inserisce la dimensione di genere a tutti i livelli di costruzione dei bilanci pubblici e mira a ristrutturare le entrate e le uscite al fine di promuovere la parità tra i sessi.

Molte esperienze vedono nel bilancio di genere uno strumento di rendiconto volontario atto a integrare e rendere più comprensibile e intelleggibile il bilancio consuntivo da parte della collettività e di particolari gruppi della popolazione, perciò partendo dai documenti di programmazione valutarne il loro impatto in termini di risultati sulla popolazione.

La Provincia di Milano, correttamente secondo la definizione europea e internazionale del Bilancio di genere, sostiene che (IRS, 2006, p.18-19) “il documento finanziario analizzato può essere sia il bilancio approvato a consuntivo che a quello preventivo. E' evidente però la differenza del processo di analisi e valutazione che si viene a generare nei due casi:

- analizzando il **bilancio a consuntivo** si opera un **processo di gender auditing** nel quale, a ciclo amministrativo concluso, si analizzano i risultati dell'attività condotta. La scelta di cominciare dall'analisi del bilancio consuntivo consente di disporre di dati definitivi sulla base dei quali valutare l'attività che è stata condotta e riorientare i bilanci futuri;
- affrontare il **bilancio a preventivo** significa invece contemplare la possibilità di operare delle variazioni di bilancio, e di modificare le decisioni, di condurre cioè un **processo di gender budgeting**. Certamente disporre in questa fase di un precedente documento redatto sul bilancio a consuntivo consente di disporre di elementi conoscitivi indispensabili per poter in qualche modo variare le decisioni. Il gender budgeting si presta dunque ad una lettura meno tecnica del gender auditing, e più politica, poiché si passa da una forma di rendicontazione sociale ad una forma di valutazione dai connotati più soggettivi.”

Il metodo adottato dalla Città di Bologna inserisce il Bilancio di genere a pieno titolo nelle nuove forme di rendicontazione sociale che rappresentano il passaggio da una semplice raccolta ordinata d'informazioni ex-post, peraltro non sempre e su tutto perseguita, ad un vero e proprio sistema comparativo tra attese ed esiti, e dovrebbe esserne parte integrante. E' interessante l'approccio di tale comune (Città di Bologna 2006, p. 4) che “ha seguito l'approccio del gender auditing secondo una declinazione dello sviluppo umano, proponendo un modello che prevede una lettura degli interventi pubblici basata sullo sviluppo di capacità di empowerment sul quale si impattano scelte individuali, contesti parentali o familiari, contesti economici e politiche pubbliche. Ciò partendo dal presupposto che le nozioni di capacità e funzionamenti sono misure più adeguate della qualità della vita degli individui rispetto ai tradizionali indicatori utilizzati relativi alla disponibilità di beni materiali (ricchezza, reddito o spesa per consumi). In quest'ottica, pertanto, i funzionamenti sono le cose di valore che riusciamo realmente a fare o a essere; le capacità sono le alternative di scelta, ossia l'insieme delle possibilità che un individuo può scegliere: la libertà di scelta tra funzionamenti alternativi.” Lo studio di fattibilità ha individuato 7 assi di empowerment come parametri rilevanti per la caratterizzazione della condizione femminile e direttrici fondamentali di sviluppo umano.

Un ulteriore aspetto che può sembrare banale, ma che discende dalla concezione che si ha del Bilancio di genere e delle finalità che si prefigge, non va trascurato. Dalla documentazione metodologica fin qui analizzata le analisi di genere si rivolgono agli amministratori, decisori, gestori: i lavori sono corposi, la descrizione metodologica è prevalente (anche perché si è ancora in una fase in cui è necessario definire una metodologia). L'approccio però del bilancio sociale legato alla rendicontazione e alla trasparenza tende a produrre documenti e informazioni da divulgare anche alla cittadinanza; ecco allora che esperienze più recenti producono documenti di due livelli: uno rivolto all'interno dell'ente, agli amministratori e ai tecnici, l'altro rivolto alla popolazione. Solo per fare degli esempi, i comuni di Pinerolo e Collegno (Città di Pinerolo 2007, Città di Collegno 2007) hanno scelto questa strada. Anche il linguaggio adottato risente di queste scelte, anche a costo di qualche semplificazione che genera qualche imprecisione si sceglie di trasmettere informazioni e sensibilità che aiutino la cittadinanza a rapportarsi con l'amministrazione.

E' evidente che, in particolare in quest'ultimo caso, va affrontato un problema insito negli strumenti di valutazione cosiddetta volontaria: la carenza di un processo di validazione o di certificazione riconosciuta.

Il problema va affrontato al fine di evitare i *rischi di autoreferenzialità* presenti quando si adottano questi strumenti. Non vi sono risposte normative; una possibilità è quella di individuare fin dall'inizio della stesura del bilancio di genere, ad esempio, un Comitato scientifico esterno che esprima, in modo autonomo, proprie valutazioni almeno sul metodo adottato o coinvolgendo i revisori dei conti in quanto certificatori del processo.

I livelli istituzionali nazionale, regionale, locale.

Gli obiettivi e i contenuti di un bilancio di genere in sanità sono fortemente correlati alle funzioni e compiti del livello istituzionale che ne predispone la stesura.

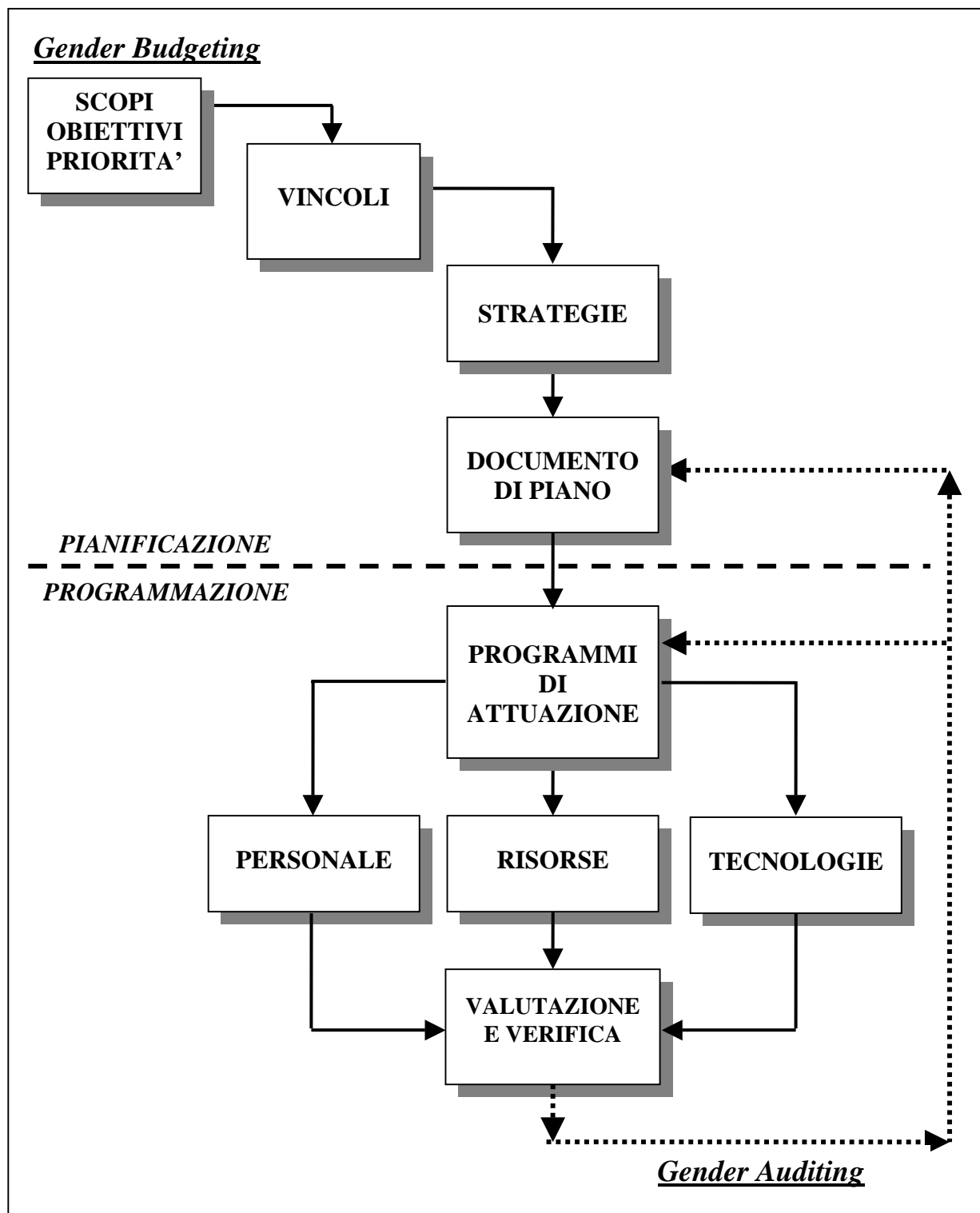
Il Piano sanitario nazionale e gli altri documenti nazionali programmatori dovrebbero tenere in conto la dimensione di genere, come le regioni dovrebbero inserirla nei loro Piani sanitari regionali, nei documenti programmatori e di organizzazione per il livello locale. Nelle Asl/Ao, dove l'aspetto gestionale è prevalente, la dimensione aziendale andrebbe programmata e valutata secondo una prospettiva di genere.

A **livello nazionale**, la già citata Direttiva 23 maggio 2007, prevede l'adozione di bilanci di genere nella pubblica amministrazione; non pone cenno all'introduzione del bilancio di genere specificamente nel comparto sanitario, ma come per le Regioni, dove l'introduzione del Bilancio di genere non può esimersi dall'analizzare il settore sanità (essendo questa la funzione prevalente, almeno in termini di quota di bilancio impegnata) egualmente a livello nazionale il settore non può essere trascurato.

Schematizzando, inserendo il bilancio di genere nel modello esemplificato nel capitolo 6 "La valutazione del SSN e il monitoraggio del PSN" del Piano sanitario nazionale 2006-2008 (pag. 98) ne risulta la Fig.1.

Per quanto detto finora e quanto si esporrà nel prossimo capitolo, sembra essere più coerente, rispetto ai compiti istituzionali, accentuare il ***processo di gender budgeting a livello nazionale e regionale*** e, invece, accentuare il ***processo di gender auditing a livello di Asl***.

*Fig. 1 Il processo di pianificazione e il bilancio di genere-
(integrazione al modello del Psn 2006-2008, p.98)*



Nello stesso cap. 6 del PSN in vigore si ricorda che, per quanto attiene gli strumenti con cui sarà garantita la valutazione, il D.Lgs. 502/92 e successive modificazioni definisce quale strumento di valutazione del processo attuativo del PSN la **Relazione sullo stato sanitario del Paese**. Il **sistema di reporting più articolato** prevede: una Relazione congiunturale annuale, una Relazione triennale e la produzione di **documenti monotematici** su tematiche individuate anno per anno, che rappresentano approfondimenti monografici per la valorizzazione di esperienze territoriali e per focalizzare i problemi emergenti, ad essi almeno si dovrebbero aggiungere uno o più documenti di Analisi su problematiche di rilievo e impostati con un taglio politico sociologico.

E' in quest'ultimo tipo di documenti che potrebbe inserirsi la prima stesura sperimentale di un Bilancio di genere specifico in sanità a livello nazionale, per poi diventare un capitolo della Relazione o meglio ancora inserire la dimensione di genere in tutta la sua stesura. Bisogna rilevare che già l'ultima Relazione disponibile relativa al 2003-2004 (Ministero della Salute, 2006) inserisce l'analisi di genere in molti capitoli, ma non in modo sistematico.

L'auspicata integrazione con i servizi socio assistenziali sembra più che mai da perseguire ai fini del miglioramento dell'equità dell'accesso alle risorse in sanità, vista la tendenziale fragilità sociale delle donne.

Negli ultimi anni le **disuguaglianze sociali** nella salute sono diventate un tema importante nella sanità pubblica europea: nessun singolo fattore di rischio è in grado di spiegare una quota così alta di mortalità e di morbosità nella popolazione. Tutti gli indicatori socioeconomici utilizzati - classe, educazione, casa, risorse economiche, contesto - misurano variazioni sociali dello stesso segno, seppure di intensità variabile diversa, su tutti gli indicatori di salute e di accesso all'assistenza analizzati (Costa, Spandea, Vannoni, 2004).

A questi risultati va sommata la constatazione che le donne sono particolarmente esposte alla povertà e sono soggetti deboli (Irs, 2006, pag.37); in particolare tre caratteristiche sono definite di rischio, che in parte si riflettono in bisogni di conciliazione: il tipo e il grado di dipendenza economica e familiare, l'uso del tempo, la disparità della disponibilità di risorse socioeconomiche. Alcune condizioni personali delle donne risultano particolarmente sensibili al rischio di povertà, tanto maggiori quanto più combinate: la disoccupazione, il basso titolo di studio, la presenza di figli piccoli, la frattura del nucleo familiare (divorzi, separazioni, vedovanze), l'età anziana.

Questi ultimi temi sono in parte ripresi nel § 5.6 Il sostegno alle famiglie (PSN 2006-2008, p.77) che richiama la necessità di "attuare politiche intersettoriali di sostegno alla famiglia che in primo luogo riconoscano il ruolo attivo della famiglia stessa nell'analisi del bisogno, nella formulazione di proposte, nella valutazione partecipata dei servizi ad essa rivolti, riconoscendo e sostenendo il ruolo dell'associazionismo delle famiglie nelle sedi e nelle occasioni decisionali (ad es. Piano di Zona) in cui vengono definiti programmi e progetti in favore delle famiglie.

Domande da porsi nella pianificazione dei progetti

In fase di definizione di un piano, di un progetto o nel valutare la bontà di un documento di programmazione o di un progetto, quali sono le domande che occorre porsi? Pur essendovi più esempi disponibili (si veda, ad esempio, HM Treasury, 2004, p. 29), si riporta una traduzione con adattamenti alla situazione italiana del questionario di Lisa Donner (Donner, 2003) perché mirato alla pianificazione sanitaria.

1. Il programma così strutturato considera gli stessi e i differenti bisogni di donne e uomini, ragazze e ragazzi? Quali risorse vengono allocate localmente e trasferite alla nostra regione per aiutare a identificare questi bisogni?
2. Il programma così strutturato considera già che cosa si conosce attualmente sulle differenze di genere e per questo tipo di domanda sanitaria?
3. Il punto di vista di donne e uomini, ragazze e ragazzi è stato inserito, a livello di progettazione, nel programma? Se no, come inserirlo?
4. Donne e uomini, ragazze e ragazzi sono considerati tutti insieme o sono state considerate categorie per età e stili di vita? Sono state considerate le differenze di popolazione?
5. Il progetto è stato pianificato per fornire un'immagine sulla situazione di queste donne e uomini, ragazze e ragazzi che portano a una maggiore considerazione della malattia, o la cui salute può essere vulnerabile, compresi i giovani, gli anziani, coloro che vivono con redditi bassi, portatori di

handicap, immigrati e rifugiati e coloro con differenti orientamenti sessuali? Cosa conosciamo quindi e cosa possiamo conseguentemente cercare sull'influenza del genere sulla salute di donne e uomini in questi gruppi? Dove si possono attingere informazioni aggiuntive?

3. I CONTENUTI DI UN BILANCIO DI GENERE DI ASL

L'attivazione di un processo di gender auditing all'interno di un'Asl presuppone l'analisi del conto consuntivo dell'ultimo anno in un'ottica di genere per fornire elementi conoscitivi del proprio bilancio, dell'organizzazione interna e della gestione del personale, riclassificare il bilancio e, infine, fornire l'indicazione di aree di miglioramento e di proposte per il processo di gender auditing sia a livello di Asl che per i livelli di pianificazione superiori.

Si ricorda che l'Asl è in molte realtà locali una delle maggiori aziende del territorio (ad esempio, in Piemonte, gli occupati del settore sanitario rappresentano circa il 4% degli occupati totali della regione; questo per dare il senso della dimensione) e, pertanto, occorre analizzare il bilancio del settore sanitario secondo la sua duplice dimensione di impatto sulla cittadinanza:

- come erogatore di servizi sanitari e il suo impatto sulla salute;
- come azienda che crea valore aggiunto e il suo impatto sul mondo del lavoro.

In linea di massima i contenuti di un Bilancio di genere fanno riferimento ad un'analisi di contesto, alla riclassificazione del bilancio, all'analisi dei servizi sensibili al genere.

Mutuando i contenuti dei Bilanci di genere degli enti pubblici allo specifico settore sanitario possiamo individuare quattro grossi capitoli di analisi:

1. l'analisi dei documenti di pianificazione e programmazione in un'ottica di genere, il confronto con i bisogni di donne e uomini e l'analisi di contesto;
2. la riclassificazione del bilancio;
3. la gestione dell'azienda, in particolare la politica del personale;
4. l'accessibilità e l'uso dei servizi.

3.1 L'analisi dei documenti di pianificazione e programmazione in un'ottica di genere e il confronto con i bisogni di donne e uomini e l'analisi di contesto

Non si vuole in questa sede addentrarsi in un terreno di studio tipico degli epidemiologi, si assumono per dati gli indirizzi dei documenti di pianificazione, programmazione e budget e si prova a rileggerli in un'ottica di genere; è importante però segnalare che ovviamente le modalità di rilevare i bisogni della popolazione sono molto sensibili al genere, ma lo vedremo dal punto di vista del Sistema informativo.

Si riporta, anche in questo caso come esempio, traducendo e adattando alla realtà italiana, il questionario di Lisa Donner (Donner, 2003, p.41) per il livello locale.

1. La pianificazione fornisce e raccoglie le informazioni riguardanti le categorie di genere donne/ragazze e uomini/ragazzi, in modo appropriato?
2. Come le differenze di genere influiscono sulla partecipazione e la non inclusione al progetto di donne e uomini? Come si può cambiare l'impianto del progetto per incoraggiare l'equa partecipazione di donne, uomini, ragazze e ragazzi.
3. Il progetto è stato predisposto in modo da poter comprendere le informazioni sui differenti bisogni e esperienze di ogni membro familiare, senza pensare alla famiglia come unico metro di analisi? Come si possono includere differenti tipologie di famiglie?
4. Il progetto è stato formulato esprimendo considerazioni sulle attuali differenze di genere per i bisogni in sanità?
5. Il progetto è stato strutturato per valutare informazioni sulla situazione di donne e uomini, ragazze e ragazzi che portano a una maggiore considerazione della malattia, o la cui salute può essere vulnerabile, compresi i giovani, gli anziani, i cittadini con redditi bassi, portatori di handicap, immigrati e rifugiati e i cittadini con differenti orientamenti sessuali? Cosa conosciamo quindi e cosa

- possiamo conseguentemente cercare sull'influenza del genere, sulla salute di donne e uomini in questi gruppi? Quali risorse esistono localmente e fuori dalla nostra regione per aiutarci?
6. Quali altri dati possono essere utili riguardo alla sanità della popolazione, sia a livello provinciale che regionale, che statale? Sono divisi per sesso? Si è considerata la valutazione di genere analizzando questi dati?

Sull'importanza di pianificare e monitorare in modo integrato con i servizi socio-assistenziali già si è detto, ma vale la pena di ribadirlo a livello di Asl dove la stesura del Piano di zona già fornisce strumenti di integrazione.

3.2 La riclassificazione del bilancio

Nella metodologia utilizzata negli enti pubblici la riclassificazione del bilancio avviene secondo tre grandi categorie:

- le entrate e le spese direttamente inerenti il genere
- le entrate e le spese indirettamente inerenti il genere (che è possibile ulteriormente suddividere in: riguardanti il sostegno alla cura, rivolte alla popolazione adulta e sensibili al genere, ambientali);
- le entrate e le spese neutre rispetto al genere.

Si prova ad analizzare i problemi e gli aspetti specifici di tale metodologia applicata al settore sanitario.

Le entrate e le spese direttamente **inerenti il genere** possono far riferimento ai progetti specifici rivolti alle donne (i progetti volti a favorire le pari opportunità, Comitato pari opportunità, formazione specifica...) e alla spesa sanitaria rivolta solo alle donne (screening femminili, tutela materno infantile).

Le entrate e le spese **indirettamente inerenti** al genere fanno riferimento a:

- progetti specifici o servizi di sostegno alla cura (supporto all'assistenza sia in ospedale che sul territorio, ad esempio l'asilo nido aziendale ecc);
- assistenza sanitaria divisa per genere (Drg e l'altra assistenza ospedaliera, farmaceutica, prestazioni ambulatoriali, ecc).

Le entrate e le spese **ambientali** possono far riferimento ai problemi della sicurezza.

Infine, un contenitore di spese residuali, quelle cosiddette **neutre**, che sono insensibili al genere o quelle per le quali non siamo ancora capaci di dividere gli impatti su uomini e donne, in quanto nessuna politica pubblica è tendenzialmente neutra rispetto al genere, come possono dimostrare alcuni esempi:

- l'appalto delle pulizie può essere attento all'inserimento di lavoratori in modo equo di donne e uomini;
- la costruzione di un ospedale può essere attenta al problema di rendere più agevole l'assistenza ai degenti (che è compito prevalentemente delle donne della famiglia o di infermieri pagati dalle famiglie, che sono in prevalenza donne).

3.3 La gestione dell'azienda ed in particolare la politica del personale

Come già ricordato, le Asl sono indirizzate nella loro attività dai documenti pianificatori e programmatori dei livelli istituzionali superiori, ma non solo e sono organizzate secondo una legge regionale, ricevono i finanziamenti sulla base di parametri e concertazioni con la Regione, pertanto, nel processo di gender budgeting questi elementi vengono assunti come fattori esogeni, a partire dalla nomina del direttore generale.

Molto però della gestione del personale afferisce a scelte locali e nel bilancio di genere è auspicabile che si effettui:

- l'analisi dei **dati sul personale** in un'ottica di genere (personale dipendente diviso per uomini e donne per ruolo, part-time e anzianità, tipologie di contratto divise per uomini e donne, convenzionato uomini e donne ecc);
- la valutazione della presenza della **commissione pari opportunità**, attività e risorse ad essa destinate;

- *la presa d'atto* delle maternità, permessi per motivi familiari, motivazioni per il part-time, richieste di part-time non ancora accolte;
- l'analisi dei *servizi di supporto* al lavoro femminile (ad esempio asilo nido aziendale).

Da questo punto di vista, la già citata Direttiva 23 maggio 2007 è una buona guida alle azioni da perseguire.

3.4 L'accessibilità e l'uso dei servizi

Infine, un capitolo del bilancio di genere deve affrontare l'analisi dei fattori che determinano le barriere all'accesso del servizio e alle modalità d'uso dei servizi in un'ottica di genere. Sappiamo che vi sono problemi diversi di accessibilità delle donne e degli uomini e non strettamente correlate alla patologia: determinati dall'uso del tempo e dal costo opportunità del tempo, dalla mobilità, dalla disponibilità finanziaria, ecc.

4. IL SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO

Nessuna analisi può avvenire senza il supporto di una base dati informativa, che *deve consentire elaborazioni di genere*; è importante, al fine di evitare duplicazioni di costi, che strumenti, quali i sistemi informativi, la contabilità analitica, i sistemi di indicatori, siano, fin dalla fase della loro progettazione, orientati alle analisi di genere.

A livello nazionale il *Nuovo Sistema Informativo Sanitario* (NSIS) (PSN 2006-2008, p. 96) si pone l'obiettivo di costruire un sistema organico di misure per il SSN con la disponibilità di:

- dati specifici relativi alla quantità, qualità e costi dei livelli di assistenza erogati;
- modalità omogenee di generazione dei dati stessi (classificazioni e codifiche);
- metodologie di analisi dei dati;
- processi sistematici di valutazione dei risultati;
- continuità di azione per consentire il progressivo ampliamento della base dati e quindi della capacità di elaborare misure sui diversi livelli di assistenza;
- progressivo miglioramento delle metodologie di analisi, e di progressiva integrazione delle singole misure in un quadro organico di comprensione.

In particolare, il monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza (LEA) prevede di implementare e consolidare un nuovo sistema di indicatori centrato sui 4 principali elementi di integrazione, qualità, appropriatezza e accessibilità.

Nel frattempo molte informazioni erano e sono già disponibili sul sito e nelle pubblicazioni dell'Istat (riprese e analizzate nella Relazione sullo stato sanitario del Paese), nei sistemi informativi regionali e delle Aziende sanitarie/Ao. Ad esempio, nell'analisi a livello nazionale delle determinanti della salute vengono individuati tre capitoli (Ministero della salute, 2005): determinanti socio-economici, stili di vita, ambiente. Dall'analisi degli *stili di vita* emerge con chiarezza una differenza di comportamenti tra uomini e donne rispetto allo svolgimento di attività fisica (meglio gli uomini che le donne, vedi sopra sull'uso del tempo) al consumo di tabacco e alcol (meglio le donne degli uomini, ma c'è un avvicinarsi dei comportamenti nelle fasce di età giovanili), peso. In linea di massima la maggiore longevità delle donne sembra legata alla maggiore consapevolezza che la salute è un bene da tutelare soprattutto adottando stili di vita corretti (Ires, 2007).

L'essere nella fase di definizione del sistema informativo consente una maggiore flessibilità ed è auspicabile che ci si ponga domande come quelle che seguono (Donner, 2003, p.38).

1. I dati sono suddivisi per sesso (disaggregati)? Sono analizzabili per la categoria "sesso"? Se no, come è possibile farlo?
2. I dati sono raccolti in modo che portino alla massima partecipazione di donne, uomini, ragazze e ragazzi? I dati sono stati analizzati in modo da considerare entrambi i sessi come fattore determinante per la salute o come fattore essenziale e pregnante per la salute?

3. Donne e uomini, ragazze e ragazzi sono stati considerati come unica categoria oppure sono state prese in considerazione differenze in età e stile di vita tipiche di ogni classe? Sono state considerate le differenze?
4. I dati forniscono un'immagine sulla situazione di queste donne e uomini, ragazze e ragazzi che portano a una maggiore considerazione della malattia, o la cui salute può essere vulnerabile, compresi i giovani, gli anziani, coloro che vivono con redditi bassi, portatori di handicap, immigrati, rifugiati e coloro con differenti orientamenti sessuali? Che cosa può dirci quindi il dato sulle influenze di genere, sulla salute di donne e uomini in questi gruppi?
5. I dati sono riferibili solo al nucleo familiare, quando le esperienze e i bisogni di donne e uomini, ragazze e ragazzi, nella famiglia possono essere differenti?
6. Questi dati, come possono essere utilizzati per aiutarci per migliorare la salute di donne e uomini, ragazze e ragazzi nella nostra regione? Come possono questi dati essere usati per aiutarci per indicarci le disuguaglianze di genere nella salute della nostra popolazione?

A livello locale, di solito molti archivi contengono già l'informazione di genere: personale e ruoli, SDO e spesa per DRG, spesa e prestazioni ambulatoriali, spesa e prestazioni pronto soccorso, spesa e consumo dei farmaci, mobilità, screening, medicina sportiva ecc. Occorre, pertanto, solo fare delle elaborazioni ed analisi in un'ottica di genere, laddove già non si fanno.

5. IL LIVELLO REGIONALE E L'ESPERIENZA DELLA REGIONE PIEMONTE

Le esperienze a livello regionale si riducono sostanzialmente a tre regioni: la Regione Emilia Romagna, la Regione Marche, la Regione Piemonte. L'esperienza della Regione Valle d'Aosta (Regione Valle d'Aosta, 2004) non viene qui considerata in quanto, pur rientrando nel Programma Operativo Regionale del Fondo Sociale Europeo, non ha svolto un'analisi di genere a livello regionale realizzando l'analisi di genere della Città di Aosta e della Comunità Montana Monte Cervino.

La Regione Emilia Romagna, nel 2003, ha avviato un progetto, iniziativa condotta sul Fondo sociale europeo, per l'implementazione del gender auditing tra gli strumenti di programmazione e controllo dell'Ente (sviluppo di un primo progetto del 2001). I risultati sono stati presentati in un convegno (Regione Emilia Romagna, 2005) e, rispetto all'approccio metodologico utilizzato, pare utile riportare un estratto dell'intervento di Antonella Picchio (Regione Emilia Romagna, 2005, p. 10) sull'approccio dello sviluppo umano nel gender auditing: "Rispetto ad una valutazione delle politiche fatta solo in termini di pari opportunità che non cambia l'impostazione delle politiche ma si prefigge solo di mappare le differenze tra uomini e donne, l'analisi delle politiche da noi compiuta si pone anche un'altra domanda "uguali in che cosa?". La risposta è: nelle condizioni del vivere e del benessere, individuale e collettivo, vale a dire in uno spazio multidimensionale che comprende, secondo l'approccio da Amartya Sen, un complesso di capacità di essere e di fare delle persone che agiscono in uno spazio privato e pubblico. Questo approccio sposta l'attenzione analitica dalle risorse, viste come mezzi, alla qualità della vita ribadita come il fine delle politiche, che diventa il criterio di valutazione della verifica dei risultati dell'uso delle risorse pubbliche."

La Regione Marche ha individuato, per la stesura del proprio bilancio di genere relativamente al 2003-2004 (Regione Marche, 2006, p.10-11), un percorso in quattro fasi: analisi dei documenti di programmazione, riclassificazione ed analisi di bilancio con un doppio sistema di indicatori, risorse umane in un'ottica di genere, rappresentanza in un'ottica di genere. E' stata utilizzata la metodologia VISPO (Valutazione d'impatto strategico delle pari opportunità) per l'analisi di genere dei documenti di programmazione e nell'analisi del contesto regionale. Anche in questa esperienza, però, la dimensione sanitaria è stata solo marginalmente analizzata.

Infine, la Regione Piemonte ha presentato una proposta il 21 Settembre 2006 di legge regionale, n.328, Disposizioni per l'istituzione dei bilanci di genere. Inoltre, nelle Proposte di linee guida per la stesura del bilancio di genere (Regione Piemonte, 2006) si illustrano gli obiettivi: "L'intenzione è infatti quella di superare la logica del *prodotto*, inteso come redazione di un report riferito al bilancio di genere, per arrivare ad una visione di processo, nella quale il bilancio di genere si affianca a tutta una serie di modifiche procedurali e amministrative che ne consentono la reale efficacia in ogni momento dell'agire della Regione. In tal senso si intende proporre il bilancio di genere come strumento di valutazione dell'efficacia e

dell'equità di spesa non solo del bilancio regionale ma anche dei fondi strutturali nel suo complesso: si consideri che tale aspirazione è stata comunicata all'interno della Cabina di regia per la nuova programmazione dei fondi strutturali 2007-2013 e trasmessa ai Tavoli di lavoro che stanno curando la redazione del Documento strategico nazionale. Il progetto si articolerà dunque in più fasi, con l'obiettivo finale di raggiungere l'introduzione dell'approccio di genere in ogni settore di attività dell'ente, interagendo trasversalmente non solo ai vari assessorati e servizi, ma anche rispetto alle potestà legislative e di governo dell'ente".

A seguito delle Linee guida, l'Ires Piemonte è stato incaricato di redarre, entro ottobre 2007, il Bilancio di genere della Regione Piemonte; come per le altre regioni, anche in Piemonte, il comparto sanitario è quello prevalente di spesa (circa l'80% del bilancio complessivo) e conseguentemente una parte consistente del lavoro in itinere dell'Ires vi si riferisce. Tenendo conto che l'analisi di contesto sarà già contenuta nella restante parte dell'analisi, i contenuti del capitolo sanità riguarderanno in linea di massima:

1. l'analisi dei documenti programmatori, in primo luogo il PSSR in via di approvazione;
2. la riclassificazione del bilancio complessivo regionale con approfondimento della spesa sanitaria;
3. l'analisi delle principali statistiche sanitarie in un'ottica di genere.

Conclusioni

Molto di sta facendo in Italia per inserire la dimensione di genere nei processi decisionali pubblici; in questo ribollire di esperienze spiccano quelle degli enti locali, ma forse può essere utile iniziare ad analizzare secondo il genere anche altri settori dove la spesa pubblica investita è rilevante e l'impatto del settore nell'economia complessiva, perlomeno in termini occupazionali, è rilevante.

Per tutto quanto esposto, pur consci della limitatezza del contributo, solo la rassegna metodologica o delle esperienze sul tema avrebbe richiesto ben altri spazi, si crede che l'introduzione dell'analisi di genere nel Servizio Sanitario Nazionale, Regionale e locale possa portare un forte contributo alla trasparenza delle scelte pubbliche, ad un'azione politica più equa, efficace ed efficiente e, in buona sostanza, ad un vantaggio per l'intera collettività.

Riferimenti bibliografici citati nel testo

- ANCI (2007), *Manifesto per una democrazia paritaria nei Comuni Italiani*, disponibile sul sito www.anci.it
- BAKKER I. (2006), *Gender Budget Initiatives: Why They Matter in Canada.*, Technical Paper 1,
- BUDLENDER D., HEWITT G. (2003), *Endangering Budgets: A Practitioners's Guide to Understanding and Implementing gender Responsive Budgets*, Commonwealth Secretariat, London.
- CITTA' DI BOLOGNA (2006), *Studio di fattibilità per l'introduzione del bilancio sociale di genere nel Comune di Bologna.*
- Bilancio di genere e Gender auditing: accenni metodologici, spunti operativi, *Comune di Bologna, 21 marzo 2006* ?????
- CITTA' DI COLLEGNO (2007), *Bilancio di genere 2006.*
- CITTA' DI PINEROLO (2007), *Le politiche per le pari opportunità. Il bilancio di genere*, Alzani Editore, Pinerolo.
- COSTA G., SPANDEA T., CARDANO M. (a cura di) (2004), *Disuguaglianze di salute in Italia*. Epidemiol Prev , 28 suppl.
- DONNER Lisa (2003), *Includine Gender in Health Planning. A Guide For Regional Health Authorities*, Prairie Women's Health Centre of Excellence, Canada).
- HOSSEINI K. (2007), *Mille splendidi soli*, Piemme, Casale Monferrato.
- HM TREASURY (2004), *Gender Analysis of Expenditure Project,. Final Report*. Crown, London.
- IRES (2007), *Piemonte economico Sociale*, IGF, Torino.
- IRS (2006), *Il Bilancio di genere dei Comuni. Un manuale*, Milano.
- MINISTERO DELLA SALUTE (2006), *Relazione sullo stato sanitario del Paese 2003-2004*, Roma.
- PARLAMENTO EUROPEO (2002), *Risoluzione del Parlamento europeo sul gender budgeting - la costruzione dei bilanci pubblici secondo la prospettiva di genere (2002/2198(INI))*, Strasburgo.
- PARLAMENTO EUROPEO - Ghilardotti Fiorella (2003), *Relazione sul Gender Budgeting -La costruzione dei bilanci pubblici secondo la prospettiva di genere*, (Final A5-0214/2003), Strasburgo.
- REGIONE AUTONOMA VALLE D'AOSTA (2004), *Le esperienze di Bilancio di Genere in Valle d'Aosta*, Abaco editori,Torino.
- REGIONE EMILIA ROMAGNA (2005), *Gender Auditing in Emilia Romagna: dalla teoria alla pratica*, Atti convegno Bologna 28 gennaio 2005, Quaderni di pari opportunità, Bologna.
- REGIONE MARCHE (2006), *Il Bilancio di genere, esperienze e percorsi d'analisi di gender mainstreaming della Regione Marche*, Tecnostampa, Ancona.
- REGIONE PIEMONTE (2006), *Il bilancio di genere della Regione Piemonte. Proposte di linee guida.*
- SHARP Rhonda(2000), *How to do a Gender Sensitive Budget Analysis*, Edited by Debbie Budlender, Rhonda Sharp, Kerri Allen.
- SHARP Rhonda (2002), Ray Broomhill, *Budgeting for Equality: the Australian Experience*, Feminist Economics 8(1), 25-47.
- W.H.O. Department of gender and Women's Health (2002), *Gender analysis in health. A review of selected tools*, W.H.O.

1) Il *gender mainstreaming* consiste nel riorganizzare, sviluppare, implementare e valutare i processi politici (e di definizione delle politiche) al fine di incorporare la prospettiva dell'uguaglianza di genere in tutte le fasi e a tutti i livelli delle politiche pubbliche da parte di tutti gli attori coinvolti nei processi decisionali.

2) Si ricordano, senza pretesa di esaustività: le province di Genova, Modena, Siena, Parma, Ferrara, La Spezia, Firenze, Torino, Alessandria, Milano, Pesaro e Urbino, Ancona e i comuni di Genova, Aosta, Torino, Bologna, Rimini, Firenze, Cuneo, Siena, Sestri Levante, Collegno, Pinerolo. La maggior parte delle esperienze sono reperibili sui siti internet degli enti.