

S

Direttore
Andrea Bixio

Sociologia

Rivista Quadrimestrale di Scienze Sociali, Storiche e Giuridiche
Anno LIX n. 2 • 2025

Genere e Violenza: i corpi delle donne tra modelli di rappresentazione e processi di medicalizzazione

Valentina Cremonesini, Irene Strazzeri Prefazione

Valentina Cremonesini “In questa imprevedibile tragedia ci sono solo vittime”. La violenza di genere estrema nella rappresentazione giornalistica / *Chiara Gius, Angela Toffanin, Arianna Dai Campi* Ri-connettersi: verso una concettualizzazione della violenza digitale di genere / *Giuseppe Gaballo* Violenza e genere nella società digitale. Manifestazioni di una tendenza sistemica / *Cosimo Marco Scarcelli, Rachele Reschiglian* Il consenso online nella vita quotidiana dei giovani adulti italiani: definizioni, violazioni e pratiche di protezione / *Camilla Gaiaschi* Disuguaglianze e stereotipi di genere nelle organizzazioni e nelle istituzioni / *Stefano Ciccone* Paradossi nel discorso pubblico sulla violenza di genere / *Sara Fariello* Il parto tra discorso, realtà e rappresentazione / *Irene Strazzeri, Maria Chiara Spagnolo* Fiducia e trasformazioni: dall’antico rituale del partorire alle radici della violenza ostetrica / *Stefano Magnolo* Donne, uomini e Niklas Luhmann. Appendice teorica

Achille Ardigò e la cultura internazionale

Costantino Cipolla Achille Ardigò, sempre oltre se stesso / *Antonio Scaglia* Achille Ardigò. Sacro e comunità. La fenomenologia tedesca e la sociologia / *Daniele Ungaro* Achille Ardigò, una lezione su Habermas e Luhmann / *Vera Kopsaj* Empathy: a bridge between Achille Ardigò and Edith Stein / *Guido Giarelli, Graham Crow* Ardigò and community studies in Italy in an international perspective / *Francesca Greco* La critique du structuralisme normatif de Achille Ardigò / *Verónica Roldán* La sociologia di Achille Ardigò in contesto ibero-americano

Note

Donatella Padua Determinanti della Medicina di Genere. Approcci sociologici e contributi interdisciplinari / *Daniela Bandelli, Barbara Sena* Capitale biologico e nuove forme di vulnerabilità del corpo: framework teorici emergenti / *Daniela Sideri* Il processo di socializzazione digitale e i suoi esiti: una proposta teorica / *Davide Bennato, Guido Anselmi* Più speranze che certezze. La percezione pubblica dell’intelligenza artificiale all’indomani del successo di ChatGPT

Recensioni



Sociologia

Rivista Quadrimestrale di Scienze Sociali, Storiche e Giuridiche

Direttore

Andrea Bixio

Comitato Scientifico

Gabriele De Rosa (+), Sabino Acquaviva, Simona Andrini, Dario Antiseri, Filippo Barbano (+), Corrado Barberis, Vincenzo Cappelletti, Vincenzo Cesareo, Massimo Corsale, Michele Colasanto, Franco Crespi, Mario D'Addio, Giuseppe dalla Torre, Achille de Nitto, Egeria Di Nallo, Paolo Donadoni, Pierpaolo Donati, Marisa Ferrari, Fabrizio Fornari, Luigi Frudà, Agostino Giovagnoli, Eugenio Guccione, Alberto Izzo, Francesco Leonardi, Francesco Malgeri, Tito Marci, Carlo Mongardini, Arianna Montanari, Lorenzo Ornaghi, Luciano Pellicani, Gloria Pirzio Ammassari, Angela Maria Punzi Nicolò, Andrea Riccardi, Francesco Riccobono, Flaminia Saccà, Antonio Scaglia, Angelo Sindoni, Luigi Spaventa, Francesco Traniello, Claudio Vasale, Stefano Zamagni

International Board

Cengiz Çağla, Roger Friedland, Salvador Giner, Robert Hettlaghe, Lucien Jaume, Michel Mialle, Aditya Mukherjee, Mridula Mukherjee, Hans Peter Müller, Karl Siegbert Rehberg, Patrick Tacussel, Johann Weiss

Redazione

Istituto Luigi Sturzo
Via delle Coppelle, 35 – 00186 Roma
Tel. 06. 6840421 – Fax 06 68404244

Direzione

Via Firenze, 47 – 00184 Roma
Tel./Fax 06 4817674

Organizzazione editoriale

GANGEMI EDITORE SPA
Roma, via Giulia, 142 – 00186
tel. 06. 6872774 (r.a.) – Fax 06.68806189

www.gangemieditore.it

Stampato nel mese di giugno 2025
da impianti tipolitografici Gangemi Editore Spa

ISBN 978-88492-5375-7

Organizzazione Redazionale

Italia Calvano

Un numero € 15,00 – \$ 20
Un numero arretrato € 30,00 – \$ 40
€ 30,00 – \$ 40 for back number
Un numero all'estero € 20,00 – \$ 20
Price of one issue outside of Italy € 20,00 – \$ 20
Abbonamento annuale per l'Italia – (3 numeri) € 45,00

Abbonamento per l'estero – (3 numeri) € 60,00 – \$ 72
Subscription (1 yr) outside of Italy – (3 issues) € 60,00 – \$ 72

Coordinamento per le vendite in abbonamento in Italia e all'Estero
Gangemi Editore SpA
Roma, Via Giulia 142
Tel. 06. 6872774 – Fax 06. 68806189
e-mail: amministrazione@gangemieditore.it
Conto corrente postale n. 15911001
intestato a Gangemi Editore SpA
IBAN: IT 71 M 076 0103 2000 0001 5911 001

Promozione e distribuzione in libreria:
Emme Promozione e Messaggerie Libri SpA
Via Giuseppe Verdi, 8
20090 Assago, Milano
segreteria@emmepromozione.it
Tel. 02.457741
www.messaggerielibri.it

Organizzazione distributiva nelle edicole in Italia e all'estero
Bright Media Distribution Srl
e-mail: info@brightmediadistribution.it

La Rivista, fedele al suo intento di favorire lo sviluppo della ricerca ed il libero confronto delle idee, è aperta ad ogni discussione ed espressione di risultati o tendenze nel campo delle Scienze Sociali e Storiche. La pubblicazione è subordinata al giudizio favorevole di due esperti terzi, anonimi, designati dal Direttore, sentito il Comitato Scientifico. I lavori saranno sottoposti alla valutazione in forma anonima. La responsabilità di quanto è contenuto negli scritti appartiene agli Autori che li hanno firmati.

e-mail per l'invio contributi: rivistasociologia@gmail.com

Sociologia

Rivista Quadrimestrale di Scienze Sociali, Storiche e Giuridiche
Anno LIX n. 2 • 2025

Sezione prima

Genere e Violenza: i corpi delle donne tra modelli di rappresentazione e processi di medicalizzazione

VALENTINA CREMONESINI, IRENE STRAZZERI
Prefazione

3

VALENTINA CREMONESINI

“In questa imprevedibile tragedia ci sono solo vittime”.

La violenza di genere estrema nella rappresentazione giornalistica

4

CHIARA GIUS, ANGELA TOFFANIN, ARIANNA DAI CAMPI

Ri-connettersi: verso una concettualizzazione della violenza digitale di genere

10

GIUSEPPE GABALLO

Violenza e genere nella società digitale. Manifestazioni di una tendenza sistemica

15

COSIMO MARCO SCARCELLI, RACHELE RESCHIGLIAN

Il consenso online nella vita quotidiana dei giovani adulti italiani: definizioni, violazioni e pratiche di protezione

19

CAMILLA GAIASCHI

Disuguaglianze e stereotipi di genere nelle organizzazioni e nelle istituzioni

24

STEFANO CICCONE

Paradossi nel discorso pubblico sulla violenza di genere

29

SARA FARIELLO

Il parto tra discorso, realtà e rappresentazione

38

IRENE STRAZZERI, MARIA CHIARA SPAGNOLO

Fiducia e trasformazioni: dall'antico rituale del partorire alle radici della violenza ostetrica

42

STEFANO MAGNOLO

Donne, uomini e Niklas Luhmann. Appendice teorica

48

Sezione seconda

Achille Ardigò e la cultura internazionale

COSTANTINO CIPOLLA

Achille Ardigò, sempre oltre se stesso

53

ANTONIO SCAGLIA <i>Achille Ardigò. Sacro e comunità. La fenomenologia tedesca e la sociologia</i>	55
DANIELE UNGARO <i>Achille Ardigò, una lezione su Habermas e Luhmann</i>	67
VERA KOPSAJ <i>Empathy: a bridge between Achille Ardigò and Edith Stein</i>	72
GUIDO GIARELLI, GRAHAM CROW <i>Ardigò and community studies in Italy in an international perspective</i>	80
FRANCESCA GRECO <i>La critique du structuralisme normatif de Achille Ardigò</i>	92
VERÓNICA ROLDÁN <i>La sociologia di Achille Ardigò in contesto ibero-americano</i>	103

Note

DONATELLA PADUA <i>Determinanti della Medicina di Genere. Approcci sociologici e contributi interdisciplinari</i>	108
DANIELA BANDELLI, BARBARA SENA <i>Capitale biologico e nuove forme di vulnerabilità del corpo: framework teorici emergenti</i>	119
DANIELA SIDERI <i>Il processo di socializzazione digitale e i suoi esiti: una proposta teorica</i>	127
DAVIDE BENNATO, GUIDO ANSELMINI <i>Più speranze che certezze. La percezione pubblica dell'intelligenza artificiale all'indomani del successo di ChatGPT</i>	131

Recensioni

RAFFAELE RAUTY (a cura di) <i>Mortalità in fabbrica. Donne, ricerca e denuncia sociale nell'America del primo Novecento</i> (Cecilia Cornaggia)	140
ALESSANDRA SANNELLA <i>Strumenti Sociologici e Transdisciplinari per il contrasto del femminicidio</i> (Simone D'Alessandro)	141
GIUSEPPE TOSCANO <i>I tesori dell'area grecanica calabrese. Rime perdute</i> (Domenico Minuto)	142

DONATELLA PADUA

Determinanti della Medicina di Genere. Approcci sociologici e contributi interdisciplinari

ABSTRACT – This study aims to provide a sociological contribution to the promotion of Gender Medicine (GM) as an agent of awareness-raising towards an equitably distributed health, without gender discrimination. This process is realised through the analysis of the multiple components of GM that regulate its impact on health, distributed in different spheres of the scientific, social and human. In this direction, the study, through an interdisciplinary approach, outlines an overview of the determinants on which the medical, health and institutional worlds are called upon to collaborate in order to overcome the persistent gender inequalities in the world of health: the ‘Gender Determinants of Health’. Starting from a reflection on the assumptions and the construct of the GM on the basis of the social determinants of health, the work indicates a theoretical way forward, arriving at a proposed framework of the determinants of the GM.

Presupposti ed evoluzione della Medicina di genere

Il tema del genere nella medicina è stato storicamente misconosciuto e disconosciuto rispetto al decisivo ruolo che esso produce ai fini della neutralità del diritto alla salute. Forze sociali, politiche, ideologiche, storiche, culturali, economiche hanno preservato, nel tempo, i rapporti di potere tra i generi finché il definirsi progressivo del significato e del senso della Medicina di Genere (MdG) ha iniziato a svolgere un ruolo agente di sensibilizzazione nel mondo della salute. Tuttavia, solo ai primi del Novecento il tema ha iniziato ad emergere. Era, infatti, il 1949 quando uscì la prima edizione del libro *Le Deuxième Sexe (Il secondo sesso)*, ad opera di Simone de Beauvoir. La lucida analisi della scrittrice e filosofa, volta a tracciare la condizione subordinata della donna, rappresentò non solo uno storico manifesto del movimento femminista ma, nel contempo, pose inconsapevolmente le fondamenta per la nascita del concetto di MdG. L’Autrice, descrivendo l’influenza degli aspetti culturali e sociali sulla condizione della donna, distinguendoli dalla dimensione puramente biologica, espressa dal termine “sesso”, introdusse il termine “genere” (de Beauvoir, 1949; Rahman, Jackson, 2010: 18-19). Alla definizione epistemologica di questo costrutto hanno contribuito vari versanti, da quello sociologico, delineando in maniera progressivamente più chiara ed articolata il confine tra i significati di “sesso” e “genere” (Scott, 2013; Decataldo, Ruspini, 2014; Lindsey, 2020; Ruspini, 2023), a quello di orientamento politico, rappresentato dal movimento femminista che nel secondo dopoguerra si focalizzò sui temi socio-culturali e sul nesso tra ruolo di genere

e potere sociale. Quest’ultimo tema richiama paradigmi sociologici di equità, giustizia, persona e, più in generale, si colloca nell’ampio tema delle “pari opportunità” (Bianco, 2018; Colella, Nanni, 2024). All’epoca, questi movimenti predisposero il terreno ad un costrutto di MdG complesso e multidimensionale, volto ad esprimere la sudditanza femminile attraverso una molteplicità di leve, dalla segregazione della salute femminile nella esclusiva dimensione biologico-riproduttiva al pesante ostacolo all’ingresso del “femminile” nella pratica medica. In realtà, per quest’ultimo aspetto, si è trattato, nel tempo, di escludere la donna da una dimensione di potere sociale e culturale, dal momento che il mondo professionale medico, essendo mondo di “vita e di morte”, e, pertanto, forma di estremo potere dell’individuo, è restato appannaggio esclusivo del genere maschile. D’altro canto, la sudditanza della donna su basi biologico-riproduttive ha posto ulteriori conseguenze a livello sociale. L’esclusione del riconoscimento della diversità nelle differenti risposte ai farmaci, nelle cure tra biologie maschili e femminili e nelle diverse sintomatologie tra i sessi a fronte di medesime patologie rappresenta una determinante della salute e delle probabilità di vita a sfavore della donna. Sebbene, oggi, questi temi, noti, più generalmente, a livello internazionale, quali “gender equality”, “diversity and inclusion” inseriscono la MdG nelle agende politiche europee¹, non deve sorprendere il fatto che la discriminazione prosegua tutt’ora. Infatti, la definizione di farmaci, dispositivi e linee guida di prescrizione tendono a risiedere ancora nelle mani di professionisti di genere maschile e sono testati su un pubblico prevalentemente maschile². In altre parole, a tutt’oggi, scontiamo la storia di una medicina

¹ Strategic engagement for gender equality 2016-2019; Strategia Europea per la Parità di Genere 2020-2025, in https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/policies/justice-and-fundamental-rights/gender-equality/gender-equality-strategy_it#traguardi-raggiunti-in-materia-di-parita%C3%A0-di-genere

² Le malattie comuni che affliggono entrambi i sessi spesso mostrano differenze notevoli in termini di frequenza, sintomi e gravità. La risposta ai trattamenti e le reazioni avverse ai farmaci possono variare a seconda del sesso. Ciò è dovuto al fatto che gli studi sui farmaci sono stati prevalentemente condotti su soggetti maschili e i dosaggi sono stati stabiliti basandosi su un

centrata sul dato biologico e sociale maschile, popolata dal genere maschile e talmente consolidata che tali conoscenze non sono ancora sufficientemente diffuse (Boldrini, 2019) né assimilate (Maturò, 2024). Questo aspetto richiama una funzione agente della MdG, chiamata a svolgere nelle opportune sedi, attraverso i propri rappresentanti a livello associativo socio-professionale, un ruolo di sensibilizzazione non solo rivolto agli esperti di varie discipline, ma anche verso la popolazione. Inoltre, l'inclusione della MdG nelle agende politiche ha istituzionalizzato il problema sociale. La legge 3/2018 ha istituito il "Piano per l'applicazione e la diffusione della medicina di genere" nel Servizio Sanitario Nazionale italiano, promuovendo formazione, ricerca e politiche sanitarie sensibili al genere. Il decreto attuativo ha formalizzato l'inclusione dei concetti di sesso e genere in medicina, rappresentando un passo avanti verso la "medicina personalizzata" (Carè, 2019: 4-5), concetto, che, sotto il profilo medico, sottende anche le nuove tecnologie (es. IA, ML, Robotica) le quali consentono una personalizzazione delle diagnosi, interventi e cure sulla persona. Sotto il profilo sociologico, la medicina personalizzata, che illustriamo nelle sue linee generali nel prossimo paragrafo, rientra pienamente nel sopra citato paradigma della Persona (Cesareo, 2004; Fornari, 2014: 18). Questo risultato è l'esito di un percorso che ha trovato inizio solo negli anni '90 del secolo scorso. Fu Bernardine Patricia Healy, dirigente presso l'Istituto di Cardiologia del National Institutes of Health (NIH) degli Stati Uniti che evidenziò, per la prima volta, una disparità nella ricerca e nella pratica medica sulle malattie cardiovascolari fondata su un'eccessiva concentrazione sugli uomini e una sottovalutazione delle donne sia nella diagnosi che nelle opzioni terapeutiche³.

Le determinanti sociali della salute e del benessere

Risulta evidente come questo processo di ricollocazione del dato biologico in un quadro multidimensionale, comprensivo di correlazioni tra differenze sessuali e impatto di fattori sociali, culturali, ma anche psicologici, comunicativi, organizzativi, politico-istituzionali, richieda un approccio interdisciplinare. Il genere, infatti, coinvolge l'analisi sociale e culturale del corpo, l'interazione tra biologia e cultura e l'influenza di quest'ultima sugli esiti delle cure, coinvolgendo fattori quali contesto di vita e lavoro, reddito, istruzione

e altre caratteristiche socioeconomiche. Tuttavia, vi sono altre "cause profonde", quali lo stress e il disagio sociale, il contesto storico e demografico e la relazione tra status socio-economico e salute. Questa complessità si riflette anche nelle disuguaglianze della salute, che, oltre a coinvolgere disparità geopolitiche, come quelle tra paesi ricchi e poveri, richiama concetti come la "violenza strutturale" (Masella, Busani, Ruggieri, Ortona, 2023). La violenza strutturale, infatti, crea e perpetua le disuguaglianze di salute, colpendo in modo sproporzionato i gruppi più vulnerabili della società, come le minoranze etniche, le donne, i poveri e altre categorie emarginate.

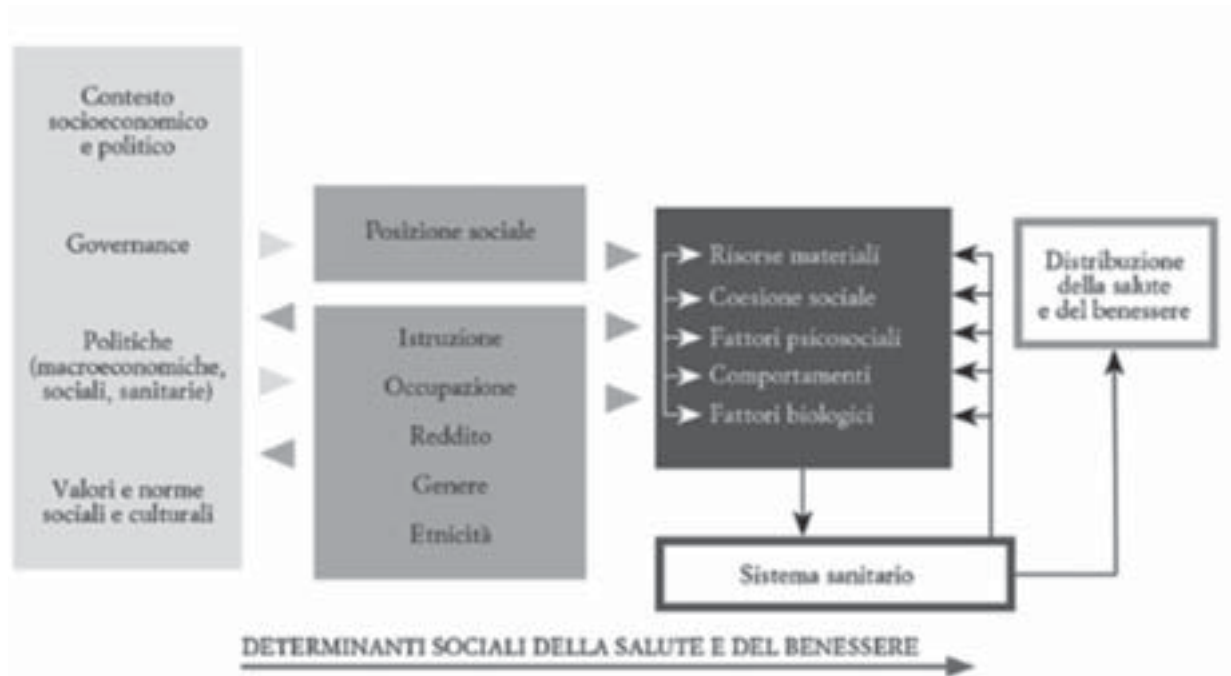
Da un punto di vista soggettivo, gli atteggiamenti, le inclinazioni e le scelte sono modellati dall'identità sessuale, un processo di apprendimento che avviene attraverso l'interazione sociale e il contesto di valori, norme e istituzioni sociali (Andersen e Taylor, 2004: 226). Tale identità di genere, pertanto, correlata alla costruzione sociale del sé, riguarda le differenze socialmente costruite tra i sessi e i rapporti che si instaurano, influenzando comportamenti distintivi e appropriati (Ruspini, 2003). Questa "appropriazione" è connessa alle aspettative e ai comportamenti socialmente appresi, associati a ciascun sesso. Nel paragrafo 3, vedremo come questa "appropriazione" si riflette anche nella relazione medico-paziente. È, pertanto, utile evidenziare come l'emergere di una cultura della MdG, il delinearci di una sua definizione che consideri la componente identitaria di genere (Masella, Busani, Ruggieri, Ortona, 2023), contribuisca non solo alla promozione della medicina personalizzata ma anche ad una epistemologia della persona. Infatti, la definizione personalizzata di terapie, l'intervento proattivo ed anticipatorio sul paziente nelle sue differenze, il coinvolgimento del paziente nel percorso di cura, quale soggetto agente responsabilizzato, lo studio dei dati personali al fine di anticipare l'insorgere di malattie e pertanto svolgere una prevenzione personalizzata non possono prescindere da dati multidimensionali di contesto. Prevenzione, Predizione, Personalizzazione e Partecipazione diventano i quattro cardini della "Medicina delle 4P", quale evoluzione della Medicina Personalizzata. Attraverso l'uso di dati genetici, ambientali e quelli legati allo stile di vita, la "Medicina delle 4P" promuove un modello che pone il paziente al centro, considerando il contesto sociale e personale dell'individuo (Merzagora, 2010: 11; Costamagna, De Maria Marchiano, Valentini, 2021).

In quest'ottica, Achille Ardigò ha contribuito significativamente, enfatizzando la centralità del paziente co-

modello maschile standard. La pratica medica, fondata sulla medicina basata su prove e linee guida, si basa su dati raccolti da sperimentazioni condotte quasi esclusivamente su uomini, il che può comportare una mancanza di rappresentatività per le donne. Un discorso simile può essere applicato anche ai dispositivi medici e ai loro effetti, considerando come questi possano influenzare in modo diverso donne e uomini (Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere, in attuazione dell'articolo 3, comma 1, Legge 3/2018).

³La "sindrome di Talmud" è un termine introdotto da Bernardine Patricia Healy nel suo editoriale intitolato "The Yentl Syndrome". Questo riferimento fa eco alla storia di Yentl, protagonista di una narrazione di B. Singer, la quale si trovò costretta a travestirsi da uomo per studiare il Talmud. Healy colse questa analogia per evidenziare la discriminazione di genere nel settore medico, sottolineando le sfide che le donne affrontavano nell'accesso all'istruzione e nella ricezione di cure mediche appropriate (Medicina di genere: cos'è, quando è nata e come funziona, Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri – IRCCS, February 20, 2023. Accessibile: www.marionegri.it).

Fig. 1 – Determinanti sociali della salute e del benessere.



Fonte: Maturò, 2024

me individuo unico, da considerare nella sua interezza anche dal punto di vista psicologico, sociale e spirituale. La MdG, infatti, non si limita solo alla valutazione della salute o della malattia di un individuo, ma anche alla considerazione della centralità del paziente, che può essere influenzata da una vasta gamma di fattori, tra cui sesso, età, etnia, caratteristiche sociali, economiche, religiose e di partecipazione alla vita lavorativa. La Figura 1 illustra in modo chiaro come i fattori materiali, sociali, psicosociali, comportamentali e biologici interagiscano e influenzino la salute e il benessere di un individuo. La posizione sociale, l'istruzione, l'occupazione, il reddito, il genere e l'etnia sono considerati come variabili determinanti e strettamente correlate con il sistema sanitario e il suo rendimento. In questo contesto, il sistema sanitario deve necessariamente considerare e riconsiderare l'individuo nella sua totalità.

Nella prospettiva delle determinanti sociali della salute e del benessere, in questa prospettiva sociologica della salute, è utile richiamare la triade “disease-illness-sickness” (D-I-S) che arricchisce il concetto di “malattia” di dimensioni sociali e soggettive. La *disease* indica il malfunzionamento biologico, come definito nel modello biomedico, che può portare a una diminuzione delle capacità fisiche o dell'aspettativa di vita. L'*illness*, invece, si riferisce alla percezione e all'esperienza soggettiva della malattia da parte dell'individuo, compresa la sensazione di sofferenza. Infine, la *sickness* riguarda l'interpretazione sociale della malattia da parte degli altri, influenzando la percezione e il trattamento del malato. Questa triade fornisce un approccio interdisciplinare alla comprensione della malattia, mettendo in luce le sue dimensioni bio-

giche, soggettive e sociali. Ogni elemento della triade richiede un tipo di intervento differente: la *disease* richiede cure mediche, l'*illness* necessita di supporto e assistenza, mentre la *sickness* richiede riconoscimento legale e risorse a livello sociale (Maturò, 2024; Hofmann, 2002). Questi tre concetti saranno ulteriormente esplorati nel contesto del rapporto tra medico e paziente.

“Vie di uscita” teoriche a sostegno della Medicina di Genere

Nel quadro sopra delineato di complessità della MdG, fondato su un costrutto multivariabile e pluri-relazionale della persona e della sua salute volto a rispondere alle sfide emergenti nel contesto socio-sanitario, appare evidente come la relazione medico-paziente, inteso, quest'ultimo, quale persona, debba essere oggetto di nuova riflessione. Comprendere questa esigenza è di vitale importanza, poiché riguarda non solo l'evoluzione dei paradigmi medici, ma anche i valori etici e umanistici che guidano l'assistenza sanitaria.

Nel 1948, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha descritto la salute come “uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale, e non solo come assenza di malattia o infermità”. Nonostante le critiche per la sua ampiezza e difficoltà di applicazione pratica, questa definizione rappresenta un cambiamento significativo avvenuto nella seconda metà del ventesimo secolo: il passaggio da un modello di salute strettamente

biomedico a un concetto più ampio che include dimensioni bio-psico-sociali e relazionali. Pertanto, le continue evoluzioni nel campo medico e nei sistemi sanitari, anche grazie ai processi di digitalizzazione della sanità, assieme alla multidimensionalità del concetto di paziente, quale persona, all'evoluzione del concetto di salute, ci portano a chiedere quale possa essere la nuova chiave di lettura. La sociologia propone varie teorie che riflettono un'evoluzione del concetto di salute e persona, e, parallelamente, indicano un cambiamento del ruolo del medico che necessariamente si sintetizza in una evoluzione della relazione medico-paziente.

Se Émile Durkheim (1895), uno dei padri fondatori della sociologia, ha gettato le basi per la sociologia sanitaria con il concetto di norma definendo il binomio salute-malattia attraverso la normalità come lo stato predominante nella maggioranza degli individui di una società e, per esclusione, definendo la malattia come ciò che si riscontra in una minoranza di casi, Talcott Parsons è ampiamente riconosciuto come il fondatore della sociologia sanitaria moderna grazie al suo lavoro sul rapporto tra medico e paziente. Con Parsons, il binomio salute/malattia non è più solo un fatto biologico di rilevanza sociale, ma un fenomeno strettamente legato alla struttura sociale e al funzionamento dei ruoli istituzionalizzati. Secondo Parsons, è considerato malato chi, nonostante gli sforzi, non può recuperare autonomamente la propria capacità funzionale. La distinzione tra salute e malattia risiede nella capacità o incapacità, in sostanza, di controllare le proprie condizioni di salute e le situazioni conseguenti⁴. I sociologi marxisti, invece, sostengono che lo stato di salute della popolazione è profondamente influenzato dalle dinamiche del sistema capitalistico, il quale è responsabile di ingiuste disuguaglianze sociali e di una iniqua integrazione sociale⁵. I sociologi cibernetici, tra i quali Niklas Luhmann, adottano un approccio macrosistemico per comprendere la salute per esaminare come i diversi gruppi sociali reagiscono alle sfide ambientali all'interno delle società moderne caratterizzate da elevata complessità. La salute e la malattia sono, quindi, intese come emergenti dalle interazioni dinamiche tra i vari sottosistemi sociali⁶. I sociologi radicali, invece, si distinguono per la loro forte

attenzione critica verso le diverse strutture macro-sociali. Diversamente dai marxisti e dai cibernetici, essi cercano soluzioni alle patologie macrosociali attraverso approcci microsociale, intersoggettivi e comunitari. Come evidenzia Ardigò (1997-2021), questi sociologi esplorano "vie di uscita" che mirano a costruire relazioni interpersonali più sane e comunità più coese. Essi promuovono, in sostanza, l'*empowerment* delle comunità locali e la costruzione di reti di supporto che possono mitigare gli effetti negativi delle strutture sociali oppressive (Dioguardi, 2010).

Tuttavia, queste "vie di uscita" non appaiono soddisfare le istanze di chiarimento che un quadro concettuale complesso quale la MdG richiede. Manca, infatti, una visione multidimensionale della relazione medico-paziente; non emerge la diversità degli scenari terapeutici; non si realizza un equilibrio tra paradigma bio-medico, soggettività della persona e contesto sociale, sanitario, tecnologico. Per proporre un'ulteriore "via di uscita", ricorriamo, pertanto, a tre paradigmi (Cipolla, 2004; Cipolla e Maturo 2001; Cipolla e Maturo, 2008) fondati sulla sopra menzionata triade *disease-illness-sickness*, che illustriamo a seguire, di cui abbiamo identificato nel concetto di *sickness* la capacità di spiegazione ed interpretazione dell'odierna relazione medico-paziente.

In base alle considerazioni sopra formulate, escludiamo il paradigma scienziato (bio-medico), legato al concetto di *disease*, il quale, nel contesto del rapporto medico-paziente, propone un'assolutizzazione della conoscenza biomedica, promuovendo una relazione obiettivant⁷. In questa dimensione, il medico è considerato detentore di conoscenze specialistiche che gli consentono di interpretare oggettivamente i sintomi e di applicare le sue conoscenze in modo standardizzato, senza considerare la percezione soggettiva della malattia da parte del paziente. Escludiamo anche il paradigma soggettivista, che, all'estremo opposto, si focalizza sull'esperienza del paziente, considerando la malattia come uno squilibrio nell'unità mente-corpo, ossia come *illness*, a causa dell'"eccessiva intrusività" promossa dall'empatia e dal focus sul paziente, che può compromettere la compliance alle terapie proposte e, pertanto, il processo di guarigione⁸. Nell'approccio correlazionale, invece, il

⁴ Parsons ha esaminato la salute e la malattia in relazione alle istituzioni e ai ruoli sociali, trattando il binomio salute/malattia secondo logiche strettamente istituzionalizzate. L'illustre sociologo ha descritto la salute come la condizione in cui un individuo è nella migliore posizione per svolgere in modo efficace i ruoli e le attività per cui è stato socializzato (1951). Nonostante condivida con Durkheim un interesse per la matrice biologica della salute, Parsons ha ampliato l'analisi collocandola in un contesto sociale più ampio, integrando le dinamiche istituzionali e i ruoli sociali nella comprensione della salute e della malattia.

⁵ Secondo questa prospettiva, le condizioni di salute non possono essere comprese senza analizzare le strutture economiche e sociali che determinano la distribuzione delle risorse e delle opportunità. La salute è vista come una riflessione delle disuguaglianze materiali e delle tensioni generate dalla lotta di classe (Stefanini, 2006; Cardano, 2008).

⁶ Secondo Luhmann, i sistemi sociali, compreso il sistema sanitario, operano attraverso processi di autopoiesi e si autoregolano in risposta alle perturbazioni esterne (Luhmann, 1995: 441).

⁷ In questo approccio, la malattia viene interpretata esclusivamente come una disfunzione organica (*disease*), con un'enfasi posta principalmente sulla malattia stessa. Questo modello di relazione è fondato sull'assunto empirico che le malattie siano entità obiettive, percepibili attraverso indagini strumentali (Cipolla e Maturo, 2001).

⁸ Nel paradigma soggettivista, la malattia è intesa come l'esperienza soggettiva del paziente e il medico deve partire dalle rappresentazioni cognitive del paziente stesso, cercando di comprendere la sua percezione e attribuzione di significato alla malattia (Cipolla e Maturo, 2001: 29, 45). La malattia è intesa come *illness*, ovvero centrata sull'esperienza che il malato fa della sua malattia, il modo in cui la rappresenta e la modalità secondo la quale egli attribuisce una certa semantica. Il medico deve,

rapporto medico-paziente è caratterizzato da molteplici interazioni tra committente (paziente), erogatore (medico) e malattia. Queste interazioni definiscono scenari terapeutici diversificati, che possono variare dalla dipendenza di alcuni soggetti ad altri fino al raggiungimento di un'autonomia relativa. Queste interazioni devono essere analizzate all'interno di un contesto sociale specifico, che comprende cultura, valori, tradizioni, leggi, economia, ed altri (Cipolla, Maturo, 2001).

Il caso delle Terapie Digitali (*Digital Therapeutics, DTx*)⁹ è esemplare in tal senso, in quanto le DTx pongono la aderenza alle terapie al centro del processo di guarigione, dove il medico svolge un ruolo di accompagnamento del paziente lungo un percorso terapeutico, interagendo con la tecnologia digitale medica che sostiene e premia l'autonomia del paziente, la soggettivizzazione e la personalizzazione della cura terapeutica. Questo è solo un esempio ben rappresentato dal paradigma correlazionale, di estremo rilievo, dato che le terapie digitali sono ormai una realtà affermata in diversi paesi del mondo.

L'influenza del genere nella relazione medico-paziente

Nell'analisi del complesso rapporto tra medico e paziente, è essenziale considerare alcuni principi che delineano chiaramente la dinamica tra i due attori e come la relazione in oggetto non sia neutra rispetto al genere.

Dopo aver riflettuto su come la salute e il benessere di un individuo dipendano da fattori multidimensionali materiali, sociali, psicosociali, comportamentali, biologici e sistemici che predispongono alla comprensione del concetto di MdG (par. 1) e come questa multivariabilità si rifletta parimenti nella dinamica relazionale tra medico e paziente, indicando scenari terapeutici dimensionati sul soggetto paziente e sul relativo contesto sociale (par. 2), occorre fare luce su come il genere influenzi tale relazione.

È evidente come nel rapporto tra medico e paziente si esplichino due posizioni differenti: il paziente, il quale mette in gioco la propria corporeità e il medico, che opera in un contesto esterno, nell'ambito della propria professione. Altra discrepanza risiede nella continuità dell'esperienza: il medico ha una prospettiva più progettuale della vita rispetto alla contingenza imprevedibile che caratterizza la condizione del paziente, particolarmente in situazioni non croniche. Anche la responsabilità sociale è differente: il medico assume necessariamente un

ruolo più esteso rispetto alla responsabilità personale del paziente, contribuendo così a una co-emergenza che si trasforma in un'esperienza condivisa. Questo fa sì che il medico debba possedere competenze relazionali e comunicative che gli consentano di mediare efficacemente tra il sapere biomedico e la necessità di fornire spiegazioni significative al paziente. In questo contesto, il medico assume un ruolo professionale di rilievo grazie alla sua capacità di comprendere e ascoltare le esigenze del cittadino, che non va considerato né come paziente passivo né come utente ridotto a una mera figura burocratica (Ivi: 60).

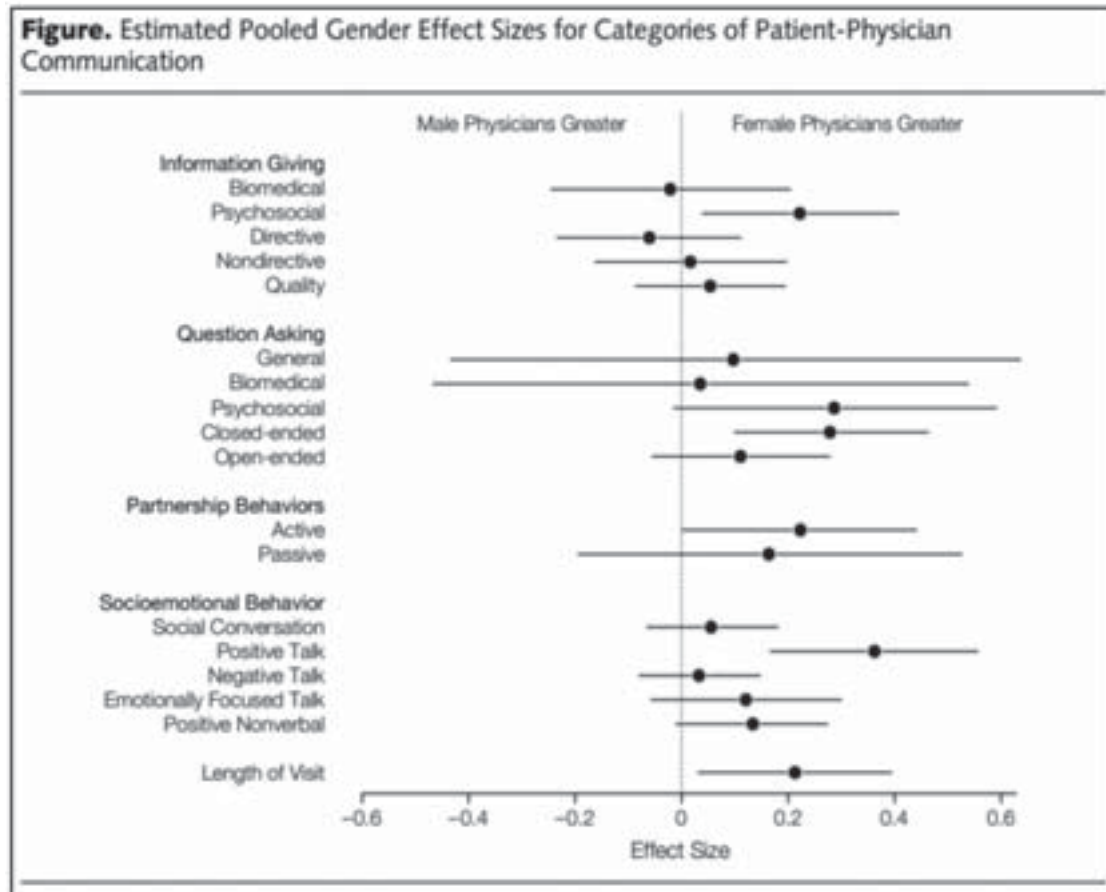
Nel medico, il genere gioca un ruolo significativo nella sua identità e nel suo modo di comunicare. Ricerche (Jenkins, Newman, 2020) suggeriscono che le donne medico tendono ad adottare uno stile di comunicazione non verbale più coinvolgente, dimostrando maggiore accuratezza nel valutare i sentimenti e i tratti della personalità dei pazienti. Inoltre, il loro stile comunicativo è spesso più emotivo, meno dominante e più orientato al paziente. Tuttavia, anche nel paziente, il genere influisce sul suo ruolo e sulla sua identità. Le pazienti donne spesso richiedono competenze più accurate e si soffermano su particolari specifici, ponendo più domande sulla malattia, le cure, gli effetti collaterali e l'organizzazione della vita durante le terapie.

Gli approcci di genere tra medico e paziente riflettono le influenze sociali, culturali e psicologiche che modellano le interazioni umane. Un aspetto importante riguarda il modo in cui il genere influisce sulle aspettative, i comportamenti e le comunicazioni sia del medico che del paziente durante la consulenza medica, richiamando, ad esempio, i ruoli di genere tradizionali nella relazione medico-paziente: le pazienti possono aspettarsi un maggiore coinvolgimento emotivo e una maggiore considerazione delle loro esigenze non solo come pazienti, ma anche come donne, madre o partner. D'altra parte, i medici maschi possono sentirsi inclini a adottare ruoli più dominanti o autoritari, riflettendo norme di genere culturalmente radicate. Queste dinamiche possono anche manifestarsi nelle decisioni di cura e nelle interazioni mediche. Ad esempio, le donne pazienti possono essere più propense a esprimere preoccupazioni o a chiedere informazioni dettagliate riguardo alle loro condizioni di salute, mentre gli uomini possono essere più riluttanti a mostrare vulnerabilità o ad esprimere emozioni. Inoltre, le influenze di genere possono interagire con altri fattori, come l'età (*ageism*) (Solem, 2016), l'etnia, l'orientamento sessuale e lo status socio-economico, per plasmare il rapporto medico-paziente in modi complessi e sfaccettati.

nella relazione terapeutica, partire dalle categorie cognitive del cittadino che ha di fronte, cercando di comprendere come esso rappresenta a se stesso la propria malattia.

⁹Le Terapie Digitali (DTx) sono definite come tecnologie che “offrono interventi terapeutici che sono guidati da programmi software di alta qualità, basati su evidenza scientifica ottenuta attraverso sperimentazione clinica metodologicamente rigorosa e confermatória, per prevenire, gestire o trattare un ampio spettro di condizioni fisiche, mentali e comportamentali”. È possibile utilizzare le DTx in modalità indipendente o in associazione ad altri interventi terapeutici basati sulle evidenze, come ad esempio un farmaco. Le DTx sono considerate *Medical Devices*, e sono, pertanto, soggette alle norme previste dal Regolamento UE per i dispositivi medici 2017/745, entrate in vigore a Maggio 2021 (Gussoni G., Tendenze Nuove, *Terapie Digitali, Una opportunità per l'Italia* Ed. Gualberto Gussoni Numero Speciale 1/2021 p. 3).

Fig. 2 – Effetti aggregati per genere in categorie di comunicazione paziente-medico.



Fonte: Roter DL., Hall JA., Aoki Y. (2002), *Physician gender effects in medical communication. A meta-analytic review*. JAMA 2002; 288: 756-64

Anche il tempo dedicato ai pazienti assume un ruolo significativo come segnale comunicativo, rappresentando attenzione, comprensione e condivisione. Ricerche indicano che i medici donna conducono colloqui e visite più lunghi rispetto agli uomini, dimostrando quindi un maggiore impegno nel tempo di cura e nella relazione con i pazienti. Il tempo della comunicazione tra medico e paziente, infatti, costituisce tempo di cura¹⁰.

Nell'analisi delle categorie di comunicazione, rappresentata nella Figura 2, emerge una differenza sostanziale nella costruzione e nella gestione della relazione tra medici di genere femminile e maschile. Questa differenza si estende dall'ambito sintomatologico e fisiologico a quello psicologico e socio-emotivo, evidenziando un maggiore coinvolgimento relazionale ed empatico da parte dei medici donne (Gattino *et al.*, 2019). La capacità di creare una relazione empatica consente ai medici di comprendere anche ciò che non viene esplicitamente detto, specialmente quando i pazienti trovano difficoltà nell'esprimere

i propri sentimenti. Questa capacità si traduce non solo idealmente, ma anche praticamente, come testimoniano alcune esperienze (Ardenghi, 2016). Il gesto simbolico di “togliersi il camice” e passare dall'altra parte della scrivania rappresenta una vera condivisione, un momento di autentica connessione tra medico e paziente, più frequente nel caso di un medico donna. È questa condivisione che consolida la relazione medico-paziente (Amato, 2017), un approccio relazionale particolarmente significativo in situazioni di patologie gravi, come ad esempio le malattie oncologiche. Queste considerazioni ci confermano come il genere emerga quale evidente discriminante su diversi livelli: da quello più fisiologico, legato alla risposta al farmaco o terapia, a quello scientifico-sperimentale legato alla produzione di farmaci gender-biased, a quello più intangibile, relativo alla delicata relazione medico-paziente, complessa perché riconosce differenze di genere anche nei medici e nei pazienti (Grego *et al.*, 2020) ed anche nelle esperienze di salute, le quali possono variare

¹⁰ Legge 219/17, art. 1, comma 8.

in base al sesso e all'identità di genere. In questo ambito, è essenziale tenere conto dei possibili stereotipi che possono influenzare il medico nel contestualizzare la donna paziente nel suo ruolo familiare (Gattino *et al.*, 2019). Riprendendo l'esempio di diagnosi oncologica, quando un medico si trova di fronte a una paziente donna, è incline a esplorare il contesto familiare della paziente, ponendo domande sulle dinamiche familiari e sul supporto disponibile da parte dei familiari, concentrandosi spesso sul ruolo del "caregiver". Questo riflesso può derivare da stereotipi culturali che associano la figura femminile al ruolo centrale di prendersi cura della famiglia.

D'altra parte, le ricerche suggeriscono che le pazienti donne mostrano una preferenza sempre più marcata per essere curate da una medico donna. Questo desiderio può essere attribuito da una consapevolezza, introiettata a livello culturale, di come la donna, e quindi, un medico donna, riesca a costruire relazioni più intime e personalizzate, in cui la paziente si sente più compresa e supportata nelle sue responsabilità familiari. Questa connessione "da donna a donna" (Guardi, 2015) può facilitare la discussione di tematiche delicate come il significato della malattia, le implicazioni del percorso di cura e le preoccupazioni riguardanti gli effetti collaterali dei trattamenti, poiché entrambe le parti condividono la comprensione delle dinamiche familiari e delle sfide che la malattia può comportare.

Queste evidenze di ruolo di genere nel percorso di cura del paziente, tuttavia, trovano una pesante limitazione a monte: la penalizzazione e l'esclusione del genere femminile nelle carriere mediche, che, ancora oggi, mostra un disallineamento significativo tra uomini e donne. Se, in Italia, si sono verificati notevoli progressi, persiste una considerevole sfida nel mondo medico.

In Italia, l'ineguaglianza di genere limita il pieno sviluppo del potenziale umano, con un impatto evidente anche in ambito medico. Nelle Facoltà di medicina, le immatricolazioni femminili superano il 55%, ma solo il 27% delle donne raggiunge il grado di professore ordinario, e appena il 12% dei rettori delle università mediche sono donne, segno di un "glass ceiling" persistente (Cotter *et al.*, 2001). Questa disparità frena il talento femminile, specialmente in un settore come quello medico, dove è cruciale promuovere una cultura inclusiva e rimuovere ostacoli che limitano il successo professionale delle donne.

Analogamente, nelle discipline tecnico-scientifiche si osserva una riduzione della presenza femminile nei ruoli più alti (ricercatori e professori ordinari), nonostante il successo accademico iniziale (Miccoli, 2023: 53-59).

Determinanti di genere nella salute: una visione omnicomprensiva

Nel paragrafi precedenti abbiamo analizzato fattori multidimensionali legati al genere che influenzano lo stato di salute delle persone, con un focus particolare sulla relazione medico-paziente. In questo ultimo paragrafo sistematizziamo il quadro generale, completandolo con fattori interdisciplinari che concorrono alla generazione di uguaglianza o disuguaglianza di genere, determinando un impatto sulla salute delle persone (Fig. 3).

Per disegnare questo originale quadro nelle sue componenti interdisciplinari, oltre ad uno studio approfondito della letteratura scientifica pertinente, anche specialistica, sono state intervistate referenti di Associazioni dedicate alla MdG¹¹, tutte professioniste di vasta esperienza in vari campi della Medicina, dall'oncologia, alla neurologia, alla biochimica e pneumologia.

Il quadro che ne deriva comprende una serie di ambiti complementari che tracciano una visione originale omnicomprensiva dei diversi campi che la MdG influenza e sensibilizza al fine di realizzare i suoi obiettivi di equità ed eguaglianza: l'ambito della ricerca scientifica e innovazione; l'ambito dell'anatomia e della fisiologia umana; l'ambito della relazione medico-paziente, dal versante del medico e del paziente; l'ambito socioeconomico e della comunicazione e l'informazione; ed, infine, l'ambito del digitale, per l'influenza che esso potenzialmente ha nel discriminare i generi.

Si tratta di ambiti su cui dirigere sforzi medico-sanitari, sociali ed istituzionali, per calibrarli in maniera da salvaguardare la neutralità del genere sulla salute. Ne diamo qui di seguito una spiegazione sintetica per motivi di spazio, rimandando ai riferimenti relativi.

Nell'ambito relativo alla ricerca Scientifica e innovazione, il Ministero della Salute indica tali settori quale base delle politiche nazionali e internazionali per la diffusione e l'applicazione della MdG, nonché condizioni essenziali per identificare e trasferire nella pratica assistenziale nuovi strumenti tecnologici specifici per sesso e genere. I maggiori organismi internazionali, compresi gli organismi istituzionali europei, hanno raccomandato che le attività di ricerca biomedica, farmacologica e psico-sociale¹² tengano conto delle differenze sia biologiche che di genere, promuovendo lo sviluppo di una medicina di precisione e personalizzata, fondata sull'appropriatezza degli interventi¹³.

¹¹ Sono state intervistate, con metodologia di questionario semi-strutturato: Collaboratrici Scientifiche dell'Istituto Europeo di Oncologia (IEO), la Coordinatrice delle Top Italian Women Scientist (TWIS) di Fondazione Onda e Membro del Comitato Scientifico; la Vice Coordinatrice del gruppo di studio Medicina di Genere della SIPMeL e Presidente della sezione Roma Ephemis Associazione Italiana Donne Medico (AIDM); Una Manager Sanitaria del Gruppo Istituto Neurotraumatologico Italiano (INI) e Membro dell'Associazione Coordinamento Ospedalità Privata (ACOP); la Presidente della Società Internazionale di Medicina di Genere (IGM); la Presidente Nazionale Associazione Italiana Donne Medico (AIDM).

¹² In tutte le fasi e le tipologie della ricerca (pianificazione, raccolta ed elaborazione dei dati, interpretazione e comunicazione dei risultati della ricerca).

¹³ Ministero della Salute, Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere (in attuazione dell'articolo 3, comma 1, Legge 3/2018), pp. 4-13. Accessibile a: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2860_allegato.pdf

Fig. 3 – Le determinanti di genere nella salute.



Fonte: l'Autrice

Nell'Ambito relativo all'anatomia ed alla fisiologia, una ricca letteratura in campo medico evidenzia tale diversità su vari livelli: ad esempio, dimostrando che cellule di origine maschile e femminile rispondono diversamente a stimoli chimici, ormonali e stress del microambiente: a parità di stress, infatti, le cellule femminili sono più capaci di reagire, sono più plastiche e hanno maggiore capacità di adattamento (Arnold, 2009); la risposta a farmaci evidenzia differenze in quanto sia il metabolismo dei farmaci che la loro detossificazione presentano rilevanti differenze di genere; anche l'anatomia richiede differenze di dispositivi medici. Ad esempio, in ambito ortopedico o cardiologico emergono differenze funzionali significative tra i sessi. Ne consegue la necessità di ottimizzare il disegno ed i materiali dei dispositivi per renderli il più possibile idonei a sostenere le diversità.

Nell'ambito relazionale, molteplici sono i fattori di

genere che influenzano l'agire del medico e che determinano un impatto di genere sul paziente, evidenziando una complessità relazionale. Nel paragrafo precedente abbiamo messo a fuoco tale complessità che coinvolge l'identità del medico, il suo ruolo, lo status e la posizione, accennando all'effetto 'glass-ceiling' ed al tempo di cura come discriminante legata al genere del medico, che vedremo è anche una richiesta del paziente in base al genere. Abbiamo analizzato l'influenza dello stereotipo e la differenza di genere nello stile di comunicazione che influenza la maggiore o minore propensione a fornire informazioni al paziente, l'ascolto ed il comportamento attivo/passivo ed emotivo.

Anche il paziente, in base al suo genere, presenta differenze ed il genere stesso determina istanze, risposte e comportamenti diversi, ad iniziare dall'aderenza alle cure e la richiesta di stile di comunicazione legata

alla preferenza per il genere del medico (par. 3), che si sintetizzano in una generale diversa aspettativa nella relazione di cura. L'identità, il ruolo, lo status socio-economico, e come questi fattori si legano alla cultura, all'educazione, influenzano il profilo del paziente che risponderà diversamente ai percorsi di cura, così come l'etnia, orientamento sessuale, gli stili di vita e le abitudini alimentari, influenzate dal genere.

Anche l'ambito socioeconomico è una determinante che influenza gli esiti di genere nella salute (Stringhini et al., 2017). Esso include fattori come l'accesso differenziato ai servizi sanitari basato su variabili economiche e sociali, spesso correlate al genere. Le differenze nei ruoli di cura informale (come la cura dei figli o di familiari) possono condizionare il tempo e le risorse che uomini e donne dedicano alla propria salute. Anche le normative o politiche sanitarie possono avere effetti diversificati a seconda del genere.

La comunicazione e l'informazione sono decisive determinanti di influenza sulle differenze di genere. Nel mondo medico e sanitario, la divulgazione scientifica, nella sua dimensione disseminativa, influenza l'interpretazione dei risultati nella pratica medica, la conoscenza e la consapevolezza del mondo medico-sanitario¹⁴. Nella popolazione e nei pazienti gioca un ruolo essenziale la comunicazione, in particolare quella dei media, ai fini dell'informazione e della consapevolezza.

Infine, importanza estrema legata alla capacità di generare "bias" di genere nel digitale, rivestono tutte le applicazioni del digitale. Le tecnologie di Intelligenza Artificiale (IA), in primis, influenzano le diagnosi, i percorsi terapeutici e la gestione dei pazienti. In ambito sanitario, i "bias" di genere in IA emergono per lo più dalla progettazione degli algoritmi e dai dati usati per addestrarli, con implicazioni significative per la qualità e l'equità delle cure (O'Connor, 2024).

Non possiamo omettere l'impatto di genere costituito dai "dataset" non rappresentativi, ossia, i dati storici su cui si basa l'algoritmo di IA sbilanciati per genere, con una sovrarappresentazione di dati maschili rispetto a quelli femminili (come spesso accade nei dati clinici), portando a diagnosi o previsioni che non tengono conto delle specificità di genere. Oppure i "bias" negli algoritmi di *machine learning*, che, progettati per prevedere eventi o condizioni mediche, riflettono le scelte e le ipotesi dei programmatori. Ciò significa potenzialmente trascurare segnali clinici che variano per genere o attribuire minore importanza a sintomi femminili, specialmente per condizioni come il dolore cronico o le malattie cardiache, che si manifestano diversamente in uomini e donne. Oppure, una personalizzazione limitata nelle applicazioni di telemedicina e assistenza virtuale: gli strumenti digitali, come gli assistenti virtuali o le applicazioni di salute, spesso adottano approcci neutri o generalizzati che non

considerano le differenze di genere nelle preferenze e nei bisogni di salute (George et al., 2018). Infine, anche l'impatto sull'accesso e il tema della fiducia in termini di percezione di un orientamento specifico di un sistema di IA verso uno specifico genere che potrebbe minare la fiducia nel sistema (Huang, Lane, Manning, 2024)¹⁵.

Considerazioni conclusive

La Medicina di Genere rappresenta un'evoluzione essenziale nel settore sanitario, al fine di creare una cultura della salute basata non esclusivamente sulle differenze biologiche tra i sessi, ma su un concetto più ampio di salute, che include le determinanti sociali, ambientali e psicologiche. Questo approccio olistico punta a superare il tradizionale modello biomedico, spostando l'attenzione dall'individualità biologica a una visione globale della persona e del suo contesto.

Secondo l'OMS, nonostante l'evidenza delle disparità di genere nella salute e il loro impatto negativo sull'economia e sulla qualità della vita, solo l'1% della ricerca sanitaria globale si concentra sulle patologie specifiche delle donne. È quindi indispensabile un impegno per ridurre queste disuguaglianze e promuovere l'accesso equo ai servizi di salute, garantendo protocolli inclusivi e studi clinici che riflettano la diversità di genere¹⁶. A tal fine, il Ministero della Salute italiano, con il Piano per l'applicazione della Medicina di Genere, sostiene la diffusione di pratiche sanitarie che considerano variabili come età, etnia, orientamento sessuale e condizioni socio-economiche. La loro integrazione nei percorsi diagnostico-terapeutici è fondamentale per una salute più equa.

In conclusione, la Medicina di Genere promuove una visione multidimensionale della salute che integra elementi biomedici, psicologici e socio-economici. Solo con un approccio intersettoriale e multidisciplinare potremo combattere le disuguaglianze di genere e costruire un sistema sanitario inclusivo e universale.

In questa direzione, l'originale rappresentazione delle "Determinanti di Genere nella Salute" proposta in questo studio, sistematizza i molteplici ambiti in cui la MdG può agire per pervenire ad una distribuzione rispettosa delle diversità ed inclusione a favore di una salute per tutti, come auspicato dall'Agenda 2030, obiettivo 3.

Riferimenti bibliografici

AA. VV, *Dalla medicina di genere alla medicina di precisione*. Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna e di genere, O.N.Da 2019, FrancoAngeli, Milano.

¹⁴ Ministero della Salute (2019). Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere. URL: <https://www.salute.gov.it/portale/donna/dettaglioPubblicazioniDonna.jsp>.

¹⁵ <https://www.oxjournal.org/the-impact-of-bias-in-ai-driven-healthcare/> (accesso: novembre 2024).

¹⁶ Oms: gli effetti sulla salute delle disuguaglianze di genere, in: https://www.epicentro.iss.it/politiche_sanitarie/diseg_genere (accesso: novembre 2024).

- ALESINA, A., GIULIANO, P., & NUNN, N. (2013). On the Origins of Gender Roles: Women and the Plough. *The Quarterly Journal of Economics*, 128(2), 469-530. doi:10.1093/qje/qjt005.
- AMATO, C. (2017). nella comunicazione medico-paziente. *Medicina*, 28.
- ARDENGI, S. (2016). Sapere, Saper fare, Saper essere. Studio Longitudinale sulla Formazione alla relazione medico-paziente.
- ARNOLD, A. P. (2009). The organizational-activational hypothesis as the foundation for a unified theory of sexual differentiation of all mammalian tissues. *Hormones and behavior*, 55(5), 570-578.
- ARRIZABALAGA, P., ABELLANA, R., VIÑAS, O., MERINO, A., & ASCASO, C. (2014). Gender inequalities in the medical profession: are there still barriers to women physicians in the 21st century?. *Gaceta Sanitaria*, 28, 363-368.
- ASIOLI, F. (2011). Quali differenze fanno le differenze di genere nella relazione con il paziente?. In *11 Congresso nazionale programmi e progetti dell'Associazione Italiana di Psichiatria* (p. 18).
- BIANCHERI, R. (2014). Dalla medicina di genere al genere in salute. *Salute e società: XIII, 1, 2014 [italiano]*, 17-33.
- BIANCHERI, R., & RUPINI, E. (2015). *Interpretare il Genere. Nuove Tecnologie e Dinamiche di salute* (pp. 1-182). Pisa University Press.
- BIANCO, A. (2018). Uno sguardo ai paesi emergenti. In *Prospettive di parità* (pp. 111-124). Franco Angeli.
- BONANNO, C., BONINSEGGNI, B. M., CERMARIA, F., DE RUSSIS, E., FERRARA, S., GALLETTA, N., FERRAMI, G. (2021), *Medicina personalizzata tra presente e futuro*.
- BUTLER, J. (2017). *Questione di genere: il femminismo e la sovversione dell'identità*. Gius. Laterza & Figli Spa.
- BUTLER, J. (1990). Feminism and the Subversion of Identity. *Gender trouble*, 3(1), 3-17.
- BUTLER, J. (2002[1999]). *Gender trouble*. Routledge.
- CARÈ, A. (2019). La normativa sulla medicina di genere in Italia.
- CARDANO, M. (2008). Disuguaglianze sociali di salute. Differenze biografiche incise nei corpi. *Polis*, 22(1), 119-148.
- CESAREO, V. (Ed.). (2004). *L'altro: identità, dialogo e conflitto nella società plurale*. Vita e Pensiero.
- CESAREO, V., & GIARELLI, G. (2007). Centralità della persona e trasformazioni della salute nel tempo della globalizzazione. *Studi di sociologia*: 2, 2007, 147-156.
- CESARIO, A., D'ORIA, M., & SCAMBIA, G. (Eds.). (2021). *La medicina personalizzata fra ricerca e cura*. FrancoAngeli, Milano.
- CIPOLLA C., MATURO A. (2008), *Il modello Esa: una lettura socio-psico-biologica della malattia*, in Battisti F.M., Esposito M. (a cura di), *Cronicità e dimensioni socio-relazionali*, Franco Angeli, Milano.
- CIPOLLA, C. (Ed.). (2004). *Manuale di sociologia della salute* (Vol. 1). FrancoAngeli.
- CIPOLLA, C., MATURO, A. (2001). *La farmacia dei servizi. Un percorso verso la qualità* (Vol. 32). FrancoAngeli, Milano.
- COLELLA, F., & NANNI, S. (Eds.). (2024). *Female Role Models e pari opportunità: Leadership, socializzazione e progettualità oltre gli stereotipi*. FrancoAngeli.
- COOPER S. (2023). *Analysing Gender in Healthcare. The Politics of Sex and Reproduction*, Palgrave Macmillan.
- CORSI, G. (2015). *Salute e malattia nella teoria dei sistemi. A partire da Niklas Luhmann* (pp. 1-176). Franco Angeli, Milano.
- COTTER, D. A., HERMSEN, J. M., OVADIA, S., & VANNEMAN, R. (2001). The glass ceiling effect. *Social forces*, 80(2), 655-681.
- DE Beauvoir, S. (2013 [1949]). *Il secondo sesso*. Il saggiatore.
- DECATALDO, A., & RUPINI, E. (2014). *La ricerca di genere* (pp. 1-152). Carocci.
- DIOGUARDI, V. (2010). Il ruolo della comunicazione nel sistema sanitario negli scritti di Achille Ardigò. *Studi di sociologia*, 151-164.
- DURKHEIM, E. (1895). *Règles de la méthode sociologique*; trad. it. 1969. *Le regole del metodo sociologico, Edizioni di Comunità, Milano*.
- FARRÉ, L., & VELLA, F. (2013). The Intergenerational Transmission of Gender Role Attitudes and Its Implications for Female Labour Force Participation. *Economica*, 80(318), 219-247. doi:10.1111/ecca.12002.
- FORNARI, F. (2014). Il baule di Newton. *La sociologia e la sfida della complessità*.
- FRANCONI F. (a cura di), *La salute della donna. Un approccio di genere*. Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna e di genere, O.N.Da 2010, FrancoAngeli, Milano.
- FRASER N., HONNETH A. (2020), *Redistribuzione o riconoscimento? Lotte di genere e disuguaglianze economiche*, Meltemi editore, Milano (EPub).
- GATTINO, S., DE PICCOLI, N., GROSSO, M., MIOZZO, S., & TANTURRI, G. (2019). Consapevolezza di genere in medicina, sessismo ed empatia. Un confronto tra professionisti e medici di medicina generale in formazione. *Psicologia della Salute*, (2019/3).
- GEORGE, A. S., MORGAN, R., LARSON, E., & LEFEVRE, A. (2018). Gender dynamics in digital health: overcoming blind spots and biases to seize opportunities and responsibilities for transformative health systems. *Journal of Public Health*, 40(suppl_2), ii6-ii11.
- GIMÉNEZ-NADAL, J. I., MANGIAVACCHI, L., & PICCOLI, L. (2019). Keeping inequality at home: The genesis of gender roles in housework. *Labour Economics*, 58, 52-68.
- GREGO, S., PASOTTI, E., MOCETTI, T., & MAGGIONI, A. P. (2020). Sex and gender medicine: Il principio della medicina di genere. *G. Ital. Cardiol*, 21, 602-606.
- GUARDI, E. (2015). Da donna a donna: quando la relazione d'aiuto è terapeutica. *Donne e medicina: Amore, genere e cura*, 71.
- JEFFERSON, L., BLOOR, K., & HEWITT, C. (2015). The effect of physician gender on length of patient consultations: observational findings from the UK hospital setting and synthesis with existing studies. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 108(4), 136-141.
- JENKINS, M. R., & NEWMAN, C. B. (Eds.). (2020). *How sex and gender impact clinical practice: An evidence-based guide to patient care*. Academic Press.
- LINDSEY, L. L. (2020). *Gender: Sociological Perspectives*. Routledge.
- LOMBARDI, L. (2005). *Società, culture e differenze di genere: percorsi migratori e stati di salute* (Vol. 27). FrancoAngeli, Milano.
- LUHMANN, N. (1995). *Social Systems*. Stanford University Press.
- MASELLA, R., BUSANI, L., & RUGGIERI, A. (2023). *Medicina di Genere: l'impatto delle Differenze di sesso e di genere nell'assistenza sanitaria. Medicina di genere: l'impatto delle differenze di sesso e di genere nell'assistenza sanitaria. Convegno. La tutela della salute nelle attività sportive e la lotta al doping*, 36(9), 3-6.
- MATURO, A. (2024). *Il primo libro di sociologia della salute*. Einaudi (EPub).
- O'CONNOR, M. I. (2024). Equity360: Gender, Race, and Ethnicity—The Power of AI to Improve or Worsen Health Disparities. *Clinical Orthopaedics and Related Research*®, 482(4), 591-594.
- PARSONS, T. (1979). Definitions of health and illness in light of American values and social structure. *Patients, physicians and illness*, 120-144.
- PARSONS, T. (1951). *Toward a general theory of action*. Harvard University Press.
- PADUA, D. (2023) (a cura di). Nuovi modelli formativi tra orientamento e re-skilling: il ruolo delle academy universitarie nel mismatch occupazionale: atti del convegno scientifico nazionale, Roma, 11 ottobre 2022.
- PRAVETTONI, G., & TRIBERTI, S. (2019, September). Il medico 4.0: Come cambia la relazione medico-paziente nell'era delle nuove tecnologie. Edra.
- RAHMAN, M., & JACKSON, S. (2010). *Gender and sexuality: Sociological approaches*. Polity.
- RUPINI, E. (2023). *Le identità di genere-3* (pp. 1-124). Carocci.
- SARTORI, F. (2009). *Differenze e disuguaglianze di genere*. Il mulino.
- SEN, G. and ÖSTLIN P. (2010), *Gender as a Social Determinant of*

- Health Evidence, Policies, and Innovations, in *Gender Equity in Health. The Shifting Frontiers of Evidence and Actions*, Sen, G. and Östlin P. (edited by), Routledge.
- SCOTT, J. W. (2013). Genere, politica, storia.
- SOLEM, P. E. (2016). Ageism and age discrimination in working life. *Nordic Psychology*, 68(3), 160-175.
- STEFANINI, A. (2006). Disuguaglianze sociali nella salute: da dove vengono e ruolo di un sistema sanitario. *Salute e società: V, supplemento 1, 2006*, 1000-1010.
- STRINGHINI, S., CARMELI, C., JOKELA, M., AVENDAÑO, M., MUENNING, P., GUIDA, F., ... & TUMINO, R. (2017). Socioeconomic status and the 25×25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1·7 million men and women. *The Lancet*, 389(10075), 1229-1237.
- TUSELLI, A. (2023). GAIASCHI, Camilla (2022), Doppio Standard. Donne e carriere scientifiche nell'Italia contemporanea, Roma, Carocci, pp. 271. *AG About Gender-International Journal of Gender Studies*, 12(23).
- VOGT, H., HOFMANN, B., & GETZ, L. (2016). The new holism: P4 systems medicine and the medicalization of health and life itself. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 19, 307-323.
- WINKEL, A. F., TELZAK, B., SHAW, J., HOLLOND, C., MAGRO, J., NICHOLSON, J., & QUINN, G. (2021). The role of gender in careers in medicine: a systematic review and thematic synthesis of qualitative literature. *Journal of general internal medicine*, 36(8), 2392-2399.

Sociologia

Rivista Quadrimestrale di Scienze Sociali, Storiche e Giuridiche

NORME REDAZIONALI

Compendio delle principali indicazioni proposte agli Autori

Consegna dei testi

I testi destinati alla pubblicazione su *Sociologia* vanno inviati alla Direzione della Rivista attraverso la mail di invio rivistasociologia@gmail.com

Impostazione del testo

Carattere: Times New Roman, tondo.

Corpo: 10 per il testo, 09 per le note.

Allineamento: giustificato.

I **capoversi** vanno segnalati mediante rientro (07).

Il **titolo** dell'articolo, in carattere corsivo, è situato in posizione centrale sulla pagina;

nome e cognome dell'Autore, in forma completa e carattere tondo, precedono il titolo.

Il **titolo di eventuali paragrafi**, preceduto da numero, va scritto in corsivo, allineato a sinistra, senza punto finale, separato dal testo da un'interlinea.

Citazioni: si può citare qualsiasi tratto di un testo pubblicato, con l'obbligo, però, di indicare la fonte di derivazione. L'uso delle citazioni deve essere comunque limitato.

Se si tratta di brevi citazioni, singole espressioni o piccole frasi, vanno inserite direttamente nel testo (*in corpo*) e racchiuse tra virgolette. Se la citazione è costituita da un brano di testo più esteso, va usato il *fuori corpo* (il testo della citazione va inserito rientrato rispetto ai margini della pagina ed in carattere 09).

Note: vanno collocate a piè pagina, numerate in successione e richiamate dai corrispondenti numeri di nota inseriti nel testo a fine della parola di riferimento, come apice, senza parentesi e prima dell'eventuale segno di punteggiatura.

In caso di monografia si indicherà il nome di battesimo dell'Autore con l'iniziale puntata, cognome in maiuscolo, titolo dell'opera in corsivo, città della Casa Editrice, Casa Editrice, anno di pubblicazione.

In caso di articolo, saggio o capitolo tratto da volume, si indicherà il nome di battesimo dell'Autore con l'iniziale puntata, cognome in maiuscolo, titolo dell'articolo in corsivo, titolo dell'opera da cui è tratto in tondo, tra virgolette, città della Casa Editrice, Casa Editrice, anno di pubblicazione, indicazione delle pagine.

Si ricorda inoltre agli Autori che, unitamente al testo, dovranno essere inviati alla Redazione anche l'indicazione del titolo in lingua inglese ed un breve abstract (5/6 righe), sempre in lingua inglese.

La Redazione della Rivista si vedrà costretta a non accettare i testi redatti in altro formato.

The Author of contribution guarantees that the article issued has not been published previously and that texts offered for publication are in no way an infringement of existing copyright. The Author accepts responsibility for obtaining permissions to reproduce in his/her article materials copyrighted by others. The Author agrees to hold the Journal Editor in Chief and the Publisher free from any claim, action or proceeding occasioned to them in consequence of any breach of the warranties mentioned above.

The contributions are provided for free by Authors.

The Publisher has the exclusive rights on the entire volumes. The Authors retain the copyright of their own contributions and have the rights to reproduce reworked excerpts of their articles elsewhere, acknowledging "Sociologia" as the place of first publication and indicating the publisher.

The Author, in submitting his/her paper, automatically agrees with the above mentioned rules.

Sociologia

si trova in tutte le principali librerie edicole.
Per informazioni e richieste potete rivolgervi alle seguenti librerie fiduciarie

ANCONA e BARI

Libreria Feltrinelli

BENEVENTO

Libreria s.r.l. Masone

BOLOGNA e BRESCIA

Libreria Feltrinelli

BOLZANO

Mardi Gras

FERRARA

Architecnica snc di Borsari & C.

Libreria Feltrinelli

FIRENZE

Alfani Editrice

CLU (Coop. Librari Universitaria)

CUSL (Coop. Univ. Studio Lavoro)

Libreria Feltrinelli

Libreria L.E.F.

GALLARATE

Libreria Feltrinelli

GENOVA

Libreria Feltrinelli

Libreria Punto di Vista

MILANO

Libreria L'Archivolta sas

CUSL (Coop. Univ. Studio Lavoro)

Edicole (p.le Baracca, MM Moscova,

via Teodosio, MM Centrale, Largo

Treves, p.zza San Babila, largo

Augusto)

Equilibri di Scherini Ivan

Libreria Feltrinelli (Manzoni, Baires, Sarpi,

Duomo)

Il Libro

Libreria Hoeppli

Libreria Rizzoli

Libreria Triennale - Palazzo della Triennale

Network Italia

Mondadori Multicenter

MESTRE

Libreria Feltrinelli

NAPOLI

Libreria Feltrinelli

Libreria C.I.e.a.n.

Libreria Il Punto di Biagio Verduci

PADOVA

Libreria Feltrinelli

PALERMO

Libreria Dante

Libreria Feltrinelli

PARMA

Libreria Feltrinelli

Libreria Fiacadori s.r.l.

PESCARA

Libreria Campus snc A. Di Sanza & C.

Libreria Feltrinelli

Filograsso Libri

Libreria dell'Università

Pordenone

La Rivisteria di Russolo Giuseppe

RAVENNA

Libreria Feltrinelli

REGGIO CALABRIA

Libreria Aschenez

PE.PO

REGGIO EMILIA

Libreria Vecchia Reggio s.r.l.

ROMA

Edicole Pieroni e Fagioli (Via

Veneto)

Edicole (Piazza Farnese, via del

Babuino, piazza Cola di Rienzo)

Libreria Dedalo

Libreria Dedalo s.r.l.

Libreria Feltrinelli Orlando

Libreria Feltrinelli Babuino

Libreria Feltrinelli Argentina

Libreria Kappa di Cappabianca Andrea

Libreria Kappa di Cappabianca Paolo

News Termini

Gangemi Editore

SALERNO

Libreria Feltrinelli

SARONNO

S.E. Servizi Editoriali s.r.l.

SIENA

Libreria Feltrinelli

Libreria Luxemburg

Libreria Senese

TORINO

Libreria Feltrinelli

Libreria Celid

TRENTO

La Rivisteria s.n.c.

TRIESTE

Libreria Tergeste

VERONA

Edicola Ruzzante

La Rivisteria

Libreria Rinascita

VENEZIA

Libreria Cluva

Libreria Patagonia

SPEDIZIONE IN A.P. 45% - ART. 2 COMMA 20/B LEGGE 662/96 AUT. N. DCDC/089/01/RC/CAL

La rivista *Sociologia* è una delle più antiche pubblicazioni di sociologia edite in Italia (1956). Essa fu ideata da Luigi Sturzo già negli anni del suo esilio americano, in un tempo nel quale la cultura italiana tendeva ad osteggiare lo sviluppo di una disciplina che alla fine dell'ottocento nel nostro Paese aveva stentato ad affermarsi anche per la debolezza teorica che aveva caratterizzato le sue prime espressioni. La rinascita di questa disciplina dopo il secondo conflitto mondiale si deve, dunque, in gran parte al fatto che negli Stati Uniti Sturzo era già considerato uno dei sociologi stranieri più rilevanti. La nascita della rivista ha segnato, perciò, una modernizzazione degli studi relativi alle scienze sociali italiane e una riapertura del dialogo con la cultura di oltre oceano. Scorrendo i numeri di *Sociologia* si può seguire, dunque, lo sviluppo della disciplina e la maturazione culturale di quelli che, a partire dagli anni cinquanta, si sono poi affermati come i più rilevanti sociologi italiani e stranieri. L'impostazione scientifica e culturale della rivista è stata sempre caratterizzata da alcune linee di sviluppo particolarmente rilevanti che, a partire dal duemila e otto, data di inizio dell'attuale direzione, sono state riprese, specificate e approfondite. Linee di sviluppo che vanno qui di seguito ricordate. A) Valorizzazione della sociologia come disciplina generale. Se non si vuole abbandonare l'insegnamento di Comte, va considerato che la sociologia costituisce un sapere che guarda al sociale come ad un tipo di esperienza che ci consente di comprendere le ragioni dello sviluppo della vicenda umana concepita nel suo insieme. Da questo punto di vista la sociologia è nata e si è sviluppata sulla base di un rapporto dialettico e spesso conflittuale con la filosofia. B) Promozione della sociologia come scienza particolare accanto alle altre scienze dell'uomo. Infatti, il sociale, se rappresenta la modalità fondamentale di ogni tipo di espressione dell'esperienza umana, costituisce anche qualcosa che è specifico rispetto ai fenomeni che sono oggetto di altre scienze sociali: il diritto, l'economia, l'antropologia, la storia... A causa e grazie a queste due dimensioni la sociologia si può presentare ad un tempo come teoria generale e come ricerca particolare diretta a ricostruire ed interpretare dati sociali relativi e singoli settori della società. C) Attenzione alla sociologia come paradigma. Soprattutto a partire dall'età della rivoluzione industriale, la sociologia ha dato luogo ad un nuovo paradigma, quello appunto sociologico, che è divenuto qualcosa che ha caratterizzato anche le discipline limitrofe. Si pensi alla teoria delle aspettative e all'impianto non astrattamente economicistico dell'economia, all'anti-formalismo che è alla base di tutte le scienze giuridiche contemporanee, alla prospettiva che oggi qualifica la scienza politica più avanzata, alla stessa teologia, la quale si sta presentando sempre più come teologia 'pubblica', caratterizzata da un punto di vista sociologico, alla storiografia, la quale si è rinnovata già a partire dalla prima parte del novecento mediante l'inserzione del paradigma sociologico in quello propriamente storico, all'epistemologia, che per definire i concetti di verificabilità e di falsificabilità deve affidarsi alla fine ad un elemento sociologico, al consenso della comunità scientifica. Dunque, una sociologia, che voglia essere consapevole pienamente delle sue potenzialità, deve essere in continuo dialogo con le altre discipline; deve accogliere le riflessioni 'altre', proprio perché è opportuno sia attenta alla funzione svolta dal proprio paradigma nell'ambito dei saperi limitrofi. È su tali presupposti, in linea con l'insegnamento di Luigi Sturzo, che la sociologia, pur rimanendo aperta ai diversi orientamenti culturali che ne caratterizzano il percorso scientifico, può tornare a quella storicità concreta, a quella dimensione di esperienza effettiva che definisce, più nel profondo, il suo terreno elettivo. È all'esperienza, infatti, colta nella pratica della ricerca e nella sua lettura teoretica, concettuale e riflessiva, che la cultura sociologica, per andare oltre l'astratta costruzione del dato, deve rivolgere il suo sguardo. La sociologia, se vuole cogliere il carattere concreto della vita, deve riuscire a penetrare nelle strutture concettuali in cui si risolve la costituzione storica del sociale. Per questi motivi, sulla scorta delle suggestioni ereditate dai più sensibili sociologi dell'età della rinascita della nostra disciplina, la rivista *Sociologia* accoglie le riflessioni a) della teoria sociologica e della storia della sociologia, b) della ricerca empirica e dell'analisi concettuale, c) delle discipline limitrofe fondate su un impianto eminentemente sociologico. Per questo motivo ritiene di svolgere, all'interno della nostra *koimè* culturale, un'includibile funzione, tanto più necessaria, in quanto non sempre sufficientemente promossa e valorizzata anche a livello internazionale.

WORLDWIDE DISTRIBUTION
& DIGITAL VERSION EBOOK/APP:
www.gangemieditore.it