

# Genere e Salute

Atti del convegno «>Genere  
(uomo e donna) e Medicina»  
Trento, 17 dicembre 2011



TRENTINOFAMIGLIA N. 8.3



**A.R.M.E.T.**  
Associazione di  
Ricerca MEdica  
Trentina



**LILT** SEZIONE  
PROVINCIALE  
DI TRENTO  
LEGA ITALIANA PER LA LOTTA CONTRO I TUMORI  
prevenire è vivere



La collana "TRENTINOFAMIGLIA" è un'iniziativa dell'Agenzia provinciale per la famiglia, la natalità e le politiche giovanili atta ad informare sui progetti attuati in Provincia di Trento e a raccogliere la documentazione prodotta nei diversi settori di attività, favorendo la conoscenza e la condivisione delle informazioni.

Fanno parte della Collana "TRENTINOFAMIGLIA":

## **1. Normativa**

- 1.1 Legge provinciale n. 1 del 2 marzo 2011 "Sistema integrato delle politiche strutturali per la promozione del benessere familiare e della natalità" (marzo 2011)
- 1.2 Ambiti prioritari di intervento – L.P. 1/2011 (luglio 2011)

## **2. Programmazione \ Piani**

- 2.1 Libro bianco sulle politiche familiari e per la natalità (luglio 2009)
- 2.2 Piani di intervento sulle politiche familiari (novembre 2009)
- 2.3 Rapporto di gestione anno 2009 (gennaio 2010)
- 2.4 I network per la famiglia. Accordi volontari di area o di obiettivo (marzo 2010)
- 2.5 I Territori amici della famiglia – Atti del convegno (luglio 2010)
- 2.6 Rapporto di gestione anno 2010 (gennaio 2011)
- 2.7 Rapporto di gestione anno 2011 (gennaio 2012)

## **3. Conciliazione famiglia e lavoro**

- 3.1 Audit Famiglia & Lavoro (maggio 2009)
- 3.2 Estate giovani e famiglia (giugno 2009)
- 3.3 La certificazione familiare delle aziende trentine – Atti del convegno (gennaio 2010)
- 3.4 Prove di conciliazione. La sperimentazione trentina dell'Audit Famiglia & Lavoro (febbraio 2010)
- 3.5 Estate giovani e famiglia (aprile 2010)
- 3.6 Linee guida per l'attuazione del Family Audit (luglio 2010)
- 3.7 Estate giovani e famiglia (aprile 2011)

## **4. Servizi per famiglie**

- 4.1 Progetti in materia di promozione della famiglia e di integrazione con le politiche scolastiche e del lavoro (settembre 2009)
- 4.2 Accoglienza in famiglia. Monitoraggio dell'accoglienza in Trentino (febbraio 2010)
- 4.3 Alienazione genitoriale e tutela dei minori – Atti del convegno (settembre 2010)
- 4.4 Family card in Italia: un'analisi comparata (ottobre 2010)
- 4.5 Promuovere accoglienza nelle comunità (giugno 2011)
- 4.6 Vacanze al mare a misura di famiglia (marzo 2012)
- 4.7 Dossier politiche familiari (aprile 2012)

## **5. Gestione/organizzazione**

- 5.1 Comunicazione – Informazione Anno 2009 (gennaio 2010)
- 5.2 Manuale dell'organizzazione (gennaio 2010)
- 5.3 Comunicazione – Informazione Anno 2010 (gennaio 2011)
- 5.4 Comunicazione – Informazione Anno 2011 (gennaio 2012)

## 6. Famiglia e nuove tecnologie

- 6.1 La famiglia e le nuove tecnologie *(settembre 2010)*
- 6.2 Nuove tecnologie e servizi per l'innovazione sociale *(giugno 2010)*
- 6.3 La famiglia e i nuovi mezzi di comunicazione – Atti del convegno *(ottobre 2010)*
- 6.4 Guida pratica all'uso di Eldy *(ottobre 2010)*
- 6.5 Educazione e nuovi media. Guida per i genitori *(ottobre 2010)*
- 6.6 Educazione e nuovi media. Guida per insegnanti *(aprile 2011)*
- 6.7 Safer Internet Day 2011 - Atti del convegno *(aprile 2011)*
- 6.8 Safer Internet Day 2012 - Atti del convegno *(aprile 2012)*

## 7. Distretto famiglia

- 7.1 Il Distretto famiglia in Trentino *(settembre 2010)*
- 7.2 Il Distretto famiglia in Val di Non *(maggio 2012)*
- 7.3 Il Distretto famiglia in Valle di Fiemme *(maggio 2011)*
  - 7.3.1 Le politiche familiari orientate al benessere. L'esperienza del Distretto Famiglia della Valle di Fiemme *(novembre 2011)*
  - 7.3.2 Famiglie numerose: politica per ridurre i costi derivanti dagli usi domestici. *(gennaio 2011)*
  - 7.3.3 La territorializzazione delle politiche per la famiglia. Un caso di studio: il "Trentino territorio amico della famiglia" di Matteo Orlandini *(febbraio 2012)*
- 7.4 Il Distretto famiglia in Val Rendena *(maggio 2011)*

## 8. Pari opportunità tra uomini e donne

- 8.1
- 8.2
- 8.3 Genere e salute. "Atti del Convegno "Genere (uomo e donna) e Medicina", Trento, 17 dicembre 2011" *(maggio 2012)*

### Provincia Autonoma di Trento

Agenzia per la famiglia, la natalità  
e le politiche giovanili  
*Luciano Malfer*

Via Gilli, 4 - 38121 Trento  
Tel. 0461/ 494110 – Fax 0461/494111  
[agenziafamiglia@provincia.tn.it](mailto:agenziafamiglia@provincia.tn.it)  
[www.trentinofamiglia.it](http://www.trentinofamiglia.it)

A cura di: *Maurizio Amichetti, Lucia Trettel, Stefania Tommasini*  
Copertina a cura di: *Sabrina Camin*

Stampa: *Centro Duplicazioni della Provincia autonoma di Trento*

## SOMMARIO

Presentazione .....	pag. 5
La medicina di genere - <i>M. Amichetti, M. Cristofolini</i> .....	pag. 7
La medicina di genere – <i>M. Del Greco</i> .....	pag. 9
Medicina di genere e ricerca – <i>G. Nollo, L. Ferrario, L. Flor</i> .....	pag. 10
Il genere nella relazione, nel sociale e nel lavoro – <i>I. Di Camillo</i> .....	pag. 14
Il genere e la salute – <i>P. Maccani</i> .....	pag. 16
Cuore di donna – <i>M.G. Modena</i> .....	pag. 25
Medicina di genere. La salute della donna – <i>S. Cozzio</i> .....	pag. 31
Medicina di genere. La ricerca la femminile – <i>G. Rognoni</i> .....	pag. 37
Genere (uomo e donna) e medicina – <i>L. Roccheti</i> .....	pag. 39
Locandina del Convegno “Genere (uomo e donna) e medicina .....	pag. 43



## PRESENTAZIONE

L'incontro di oggi, "Genere (Uomo e Donna) e Medicina" è stato promosso ed organizzato con passione ed impegno dall'Associazione di Ricerca Medica Trentina (A.R.ME.T) in collaborazione con la Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori di Trento (LILT).

Ringraziamo moltissimo per l'idea di proporre questo incontro, al quale abbiamo voluto partecipare in quanto rientra nel più ampio concetto di pari opportunità il fatto che donne e uomini debbano essere uguali anche nel diritto alla salute e di fronte ai servizi socio-sanitari.

Ancor oggi l'erogazione di servizi sanitari non viene purtroppo tarato sul concetto di 'diversità tra generi' in maniera routinaria ed in misura soddisfacente onde garantire a tutti, uomini o donne, il migliore trattamento in funzione delle specificità.

Tale concetto dovrebbe invece essere esteso ed essere principio informatore della erogazione delle prestazioni sanitarie.

L'attenzione al genere deve diventare un'attitudine propria di tutte le componenti organizzative e sanitarie del sistema sanitario nazionale e provinciale ed iniziative come questa volte a far crescere nelle persone la consapevolezza sull'importanza del fattore determinante 'genere' favorisce l'avvio di una medicina veramente personalizzata come sempre più richiesto nello sviluppo dei concetti sanitari attuali.

Il concetto di pari opportunità non è nuovo e risale a indirizzi presenti nella costituzione della Repubblica e pur tuttavia le classifiche internazionali non ci vedono ben posizionati in una classifica ideale di livello di pari opportunità. E' necessario affrontare nella realtà di tutti i giorni il bisogno di superare distanze o differenze culturali, e di intervento, anche nel campo della salute e la sua protezione.

L' Assessorato alla Pari Opportunità vuole promuovere una maggiore attenzione ai temi della differenza di genere anche in campo sanitario e per tale motivo sostiene la manifestazione di oggi con convinzione, nell'ambito di numerose altre azioni e richiamando l'attenzione e l'impegno più costanti non solo nell'empowerment della donna ma anche sugli interventi sulla salute. Convegni come questo possono rappresentare una spinta ad andare verso una strategia più aderente alla necessaria presa di coscienza dei concetti di genere.

La salute di donne e uomini in tutti suoi riflessi etici, organizzativi, progettuali ed economici va considerata la prima garanzia di successo per una politica di sostegno fondata sulla Medicina di Genere.

Lia Beltrami Giovanazzi

Ugo Rossi



## La Medicina di Genere

Dott. Maurizio Amichetti  
Presidente ARMeT

Dott. Mario Cristofolini  
Presidente LILT

La Medicina di Genere si occupa dello studio, nell'ambito delle scienze biomediche, delle differenze legate al genere di appartenenza, non solo da un punto di vista anatomico/fisiologico, ma anche delle differenze biologiche, funzionali, psicologiche, sociali e culturali, oltre che di risposta alle cure.

Una ampia serie di studi scientifici ha dimostrato che la fisiologia degli uomini e delle donne è diversa e che tale diversità influisce sul modo in cui una patologia si sviluppa, viene diagnosticata, curata e affrontata dal/la paziente.

Per questo motivo medici, ricercatori, aziende farmaceutiche e istituzioni pubbliche devono preoccuparsi affinché l'assistenza e le terapie erogate siano adeguate alle caratteristiche della persona, incluse quelle di genere.

Uomini e donne sono colpiti dalle diverse patologie in percentuali differenti e a volte in fasi della vita diverse e possono rispondere alle terapie ed ai farmaci in modo differente. Ad esempio dopo una certa età le donne possono risultare più esposte al rischio di patologie cardiovascolari rispetto agli uomini, nelle donne il sistema immunitario di risposta alle infezioni pare più vigoroso rispetto a quello degli uomini..... e così via.

Le differenze tra uomo e donna sono numerose e riguardano costituzione anatomica, fisiologia dei vari organi e risposta agli stress: in particolare cuore e cervello sono stati studiati approfonditamente a questo riguardo.

Le differenze di genere sono pertanto una realtà scientifica ormai consolidata che la medicina deve saper valutare. Uomini e donne non possono essere assimilati: ciascun genere deve essere considerato nella sua specificità, non solo quando si tratta di valutare il modo in cui si sviluppa una patologia, ma anche nella ricerca e nella sperimentazione di nuove terapie anche farmacologiche.

Il genere condiziona infatti non solo l'insorgenza ed il tipo di patologia, ma anche le terapie ed influenza sia il percorso dei farmaci all'interno dell'organismo umano sia il loro meccanismo d'azione (distribuzione nell'organismo, eliminazione, concentrazione nel sangue....). Inoltre, donne e uomini rispondono diversamente ad alcuni tipi di farmaci ed esempi evidenti si hanno nel trattamento dell'ipertensione e della depressione.

Fino ad un recente passato gran parte dei nuovi farmaci venivano testati solo sugli uomini e molti principi attivi ampiamente diffusi nella farmacopea internazionale non sono mai stati sperimentati sulla popolazione femminile, nonostante la differente risposta alle terapie farmacologiche e sebbene le donne consumino circa il 40% di farmaci in più rispetto agli uomini.



Oggi negli USA le donne sono obbligatoriamente inserite nei trial clinici e la Food and Drug Administration americana (FDA) ha istituito un ufficio apposito che si occupa specificamente della salute delle donne e della loro partecipazione agli studi.

In Italia è stata insediata nel 2007 presso il Ministero della Salute la 'Commissione Salute delle Donne', nel 2008 l'Istituto Superiore di Sanità ha dato avvio ad un progetto strategico incentrato sull'impatto delle terapie a seconda del genere manifestando una sempre maggiore attenzione e considerazione della specificità di genere.

Le Istituzioni europee nel maggio 2010 a Bruxelles hanno proposto una legge, analoga a quella americana, che renda obbligatoria in Europa un'equa rappresentanza femminile (50%) nei trial di alcune patologie cardiovascolari e ictus.

Se l'attenzione a livello nazionale ed internazionale è cresciuta nel tempo a livello locale non c'è ancora un programma istituzionalizzato di intervento su questo tema.

L'ARMET (Associazione Ricerca Medica Trentina) che è una associazione di volontariato a carattere scientifico che coinvolge professionalità provenienti da varie discipline impegnati nella ricerca, in collaborazione con la LILT (Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori, sezione di Trento), hanno voluto promuovere questo evento per incoraggiare le attività di ricerca, studio, aggiornamento e formazione in ambito biomedico, con particolare riguardo alla realtà provinciale cercando di sensibilizzare le Istituzioni a questo tema attuale e in continuo sviluppo.

## La Medicina di Genere

Dott. Maurizio Del Greco  
Cardiologo Ospedale S.Chiera di Trento  
Presidente Regionale AIAC  
Associazione Italiana di Aritmologia e Cardiolazione

La prima volta in cui in Medicina si menziona con forza la questione femminile è nel 1991 quando Bernardine Healy, medico e al tempo direttrice dell'Istituto Nazionale di Salute Pubblica degli Stati Uniti, scrive sulla prestigiosa rivista *New England Journal of Medicine* a proposito del comportamento discriminante dei cardiologi nei confronti della donna. Infatti nello stesso numero della rivista due lavori scientifici riportano come le donne con problemi cardiologici ricevano meno accertamenti e meno cure rispetto alla popolazione maschile nonostante le malattie cardiovascolari rappresentino, allora come oggi, la principale causa di morte in entrambi i sessi.

Ci si rende così conto che fino a quel momento la medicina era stata costruita sul paradigma "giovane, adulto, maschio, bianco", paradigma che condiziona non solo la diagnosi e cura delle patologie, ma anche la sperimentazione di nuovi farmaci. In seguito all'autorevole intervento della Healy molte iniziative sono state intraprese negli Stati Uniti ed in altri paesi anglosassoni per meglio comprendere le differenze di genere in Medicina e per cercare di colmare le lacune del passato. In Italia solo di recente si è sentita l'esigenza di adottare la prospettiva di genere nell'erogazione dei servizi sanitari ma al momento l'adesione alle tematiche della medicina di genere è ancora in gran parte affidata alla sensibilità dei singoli operatori.

L'AIAC, associazione scientifica di cardiologi dedicati allo studio e al trattamento delle aritmie, in sintonia con ARMET, sostiene pertanto con entusiasmo la diffusione della cultura della Medicina di Genere sia tra il personale sanitario, direttamente coinvolto nella diagnosi, cura e ricerca clinica, che tra la popolazione, affinché questa possa utilizzare con maggiore consapevolezza i servizi sanitari.

## Medicina di Genere e Ricerca

*Giandomenico Nollo<sup>1,2</sup>, Livia Ferrario<sup>2</sup>, Luciano Flor<sup>3</sup>*

*1 Biotech&Dipartimento di Fisica, Università degli Studi di Trento.*

*2 Dipartimento Welfare e Lavoro, Assessorato alla Salute e alle Politiche sociali- PAT*

*3 APSS - Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari*

La difficoltà di trasferire la conoscenza di base in reali applicazioni per la salute è la grande sfida che la ricerca clinica deve affrontare oggi. Negli ultimi decenni abbiamo, infatti, assistito ad un impetuoso incremento delle scoperte scientifiche nei settori delle tecnologie e della scienza della vita, che però solo in una parte minore si sono tradotti in reali benefici di salute. E' stato stimato che su un periodo di osservazione di 17 anni solo il 14% delle scoperte scientifiche di base sono poi entrate nella pratica clinica giornaliera [1,2]. Il trasferimento delle informazioni acquisite, attraverso i successi delle scienze di base, in tecnologie e conoscenze utili alla pratica clinica e quindi, in ultima analisi alla salute, genericamente indicabile come 'translational research' [3] richiede un costante impegno in ricerca clinica, ricerca sanitaria e in formazione. La formazione continua e aggiornata deve infatti consentire ai professionisti di applicare al meglio le proposte tecnologiche e conoscitive che si affacciano, la ricerca sanitaria deve indicare quali di queste offrono migliori garanzie di successo nel miglioramento delle prestazioni nello specifico contesto, mentre la ricerca clinica deve sostenere lo sforzo per il trasferimento della conoscenza dal laboratorio al letto del paziente secondo uno schema di lavoro recentemente rinnovato che prevede l'estensione della attività di ricerca dai clinical trial fino all'ambulatorio con la partecipazione attiva dei professionisti della salute, ai vari livelli, e dei pazienti. [2,4]

Nell'ipotesi che il singolo paziente sia assimilabile alla popolazione di studio, questo grande sforzo comunitario dovrebbe consentire di avvicinare i ritrovati della scienza e della tecnologia alla realtà applicativa. Lo specifico contesto operativo, tuttavia, differisce per vari fattori dalle condizioni sperimentali rendendo non sempre immediato il trasferimento dei risultati e necessari approfondimenti mirati [5].

Alcuni di questi fattori attengono al sistema, ad esempio le capacità e aggiornamento formativo dei professionisti, i modelli organizzativi, le tecnologie disponibili etc, possono rendere più o meno efficaci determinati trattamenti. Altrettanto importanti sono quelli riferibili all'unicità del paziente che, rispetto al campione considerato, può presentare un differente quadro clinico con altre patologie concorrenti, un particolare metabolismo, differenze di età, oppure di sesso. Il genere, in particolare è ormai riconosciuto costituire un fattore determinante nella specificità della malattia e della capacità di cura.

Così il concetto di medicina di genere parte dal riconoscimento che, in molti casi ancor'oggi, le cure mediche rivolte alle donne sono compromesse da un vizio di fondo determinato dalla prospettiva maschile storicamente data alla definizione di malattia, cause e terapia, sottovalutandone in questo modo le peculiarità femminili. Basti pensare alle potenziali differenze di risposta ai trattamenti farmacologici in funzione della contemporanea assunzione o meno di contraccezione ormonale, alla fase del ciclo mestruale, allo stato riproduttivo, etc. [6,7]

Il riferimento scientifico alla questione femminile è fatto risalire ad un editoriale apparso nel 1991 sul *New England Journal of Medicine* [8] a proposito del comportamento discriminante dei cardiologi nei confronti della donna. Bisogna però attendere il nuovo millennio per il più pieno riconoscimento del tema con l'avvio di una sperimentazione riservata alle donne, l'istituzione presso la Columbia University di New York del primo corso di medicina di genere e l'inserimento da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità della medicina di genere nell'Equity Act.

Tuttavia è importante chiarire che a differenza del termine "sesso" che sottolinea solo la caratterizzazione biologica dell'individuo, il termine "genere" intende le categorie "uomo" e "donna", non solo in base a differenze biologiche, ma anche secondo fattori ambientali, sociali e culturali, aprendo di fatto il concetto ad un'interpretazione più ampia e ad una definizione di medicina moderna che mette al centro il paziente e non la malattia.

La medicina di genere, è quindi una scienza multidisciplinare che necessita di nuove conoscenze per

- descrivere le differenze anatomo-fisiologiche a livello di tutti gli organi e sistemi nell'uomo e nella donna;
- identificare le differenze nella fisiopatologia delle malattie;
- descrivere le manifestazioni cliniche eventualmente differenti nei due sessi
- valutare l'efficacia degli interventi diagnostici e terapeutici e delle azioni di prevenzione;
- sviluppare protocolli di ricerca che trasferiscano i risultati delle ricerche genere-specifiche nella pratica clinica

Come la medicina anche la ricerca clinica si sta oggi interrogando sulla qualità e adeguatezza del proprio sviluppo rispetto alla domanda di riconoscimento delle diversità di genere [9]. Nell'ultimo decennio è stato infatti evidenziato come le donne, i bambini e alcuni gruppi etnici siano storicamente sottorappresentati negli studi di ricerca clinica [10-13], e come questo non dipenda solo da aspetti organizzativi, ma soprattutto da un approccio culturale [14-17]. E' quindi evidente anche nel mondo della ricerca, come sia oggi necessario ridurre o meglio annullare, queste disparità assicurando un'adeguata rappresentatività negli studi clinici ai differenti generi, ma anche agli altri fattori ambientali, culturali e fisiologici (aree geografiche, scolarità, età,...), che chiaramente determinano differenze epidemiologiche, impatto della malattia e di risposta all'eventuale trattamento. Questa nuova presa di coscienza coinvolge a pieno la dimensione etica della ricerca. In risposta a questa richiesta lo sperimentatore deve assicurare la piena padronanza del processo sin dalla identificazione della domanda di ricerca, proseguendo nella definizione del disegno dello studio, nell'analisi dei risultati e nella loro interpretazione [18,19].

Tuttavia, l'attenzione a questi temi non va demandata al solo ricercatore e agli istituti di garanzia (Comitato Etico, Direzione Sanitaria, Società scientifiche, etc) ma deve bensì divenire patrimonio del cittadino/paziente che, nell'aderire, ad uno studio di ricerca deve essere messo nelle condizioni di conoscere oltre agli aspetti di sicurezza e le alternative di diagnosi e cura, anche come lo studio affronta e prova a dare risposta ai temi di diversità di genere, ambientali, culturali, etc [20, 21].

Non si tratta tuttavia, solo di affrontare la ricerca farmacologica o l'approccio terapeutico con nuove attenzioni, i nuovi modelli di organizzazione sanitaria, la sfida determinata dai cambiamenti demografici, le modifiche del carico di malattia della popolazione con l'aumento delle patologie croniche, la contrazione economica spingono per nuovi criteri di erogazione del servizio sanitario che tengano conto delle differenze di genere garantendo davvero parità di trattamento e di accesso alle cure come sancito dall'articolo 32 della Costituzione. Questo orientamento, di recente sancito dalla Commissione Parlamentare, è altresì riconosciuto dal Consiglio dell'Unione Europea che chiede agli stati membri di promuovere una politica in difesa della

salute che annulli le disparità di trattamento. Gli interventi per affrontare le disuguaglianze di salute devono basarsi sull'identificazione delle fasce di popolazione più esposte e più vulnerabili ai rischi ambientali nelle sue diverse connotazioni considerando che il rischio ambientale è più rilevante per le fasce di popolazione svantaggiate. Le variabili socio-economiche come il reddito, l'occupazione e l'istruzione sono infatti risultate i principali determinanti dei rischi per la salute ambientale, cui si aggiungono le variabili demografiche quali l'età, il sesso e l'origine etnica. E' ormai riconosciuto quindi che senza un orientamento di genere, le misure politiche a tutela della salute risultano metodologicamente scorrette, oltre che discriminanti. Ma per arrivare a questo si devono avviare innovazioni metodologiche e culturali importanti, con investimenti in ricerca e formazione mirati.

L'Assessorato alla Salute e l'Azienda Sanitaria, in questi ultimi anni stanno affrontando un grande cambiamento organizzativo, che vede all'orizzonte la realizzazione di un nuovo ospedale. La recente legge di organizzazione della Azienda Sanitaria [22], l'attenzione allo sviluppo delle funzioni di ricerca e sostegno all'innovazione [23,24] e la realizzazione di un nuovo polo ospedaliero [25], implicano un disegno di cambiamento dell'erogazione dei servizi per la salute che introduca, accanto ai concetti di continuità di cura e integrazione ospedale-territorio, anche quelli di cura personalizzata, in modo che le variabili determinate dal genere, età condizione sociale o ambientale diventino davvero elementi formanti della diagnosi e terapia.

## Bibliografia

1. Lenfant C. Clinical Research to Clinical Practice — Lost in Translation? *N Engl J Med* 2003; 349:868-874.
2. Sung NS, Crowley WF Jr, Genel M, Salber P, Sandy L, Sherwood LM, Johnson SB, Catanese V, Tilson H, Getz K, Larson EL, Scheinberg D, Reece EA, Slavkin H, Dobs A, Grebb J, Martinez RA, Korn A, Rimo D. Central Challenges Facing the National Clinical Research Enterprise *JAMA*. 2003;289(10):1278-1287.
3. Wolf SH The Meaning of Translational Research and Why It Matters. *JAMA*. 2008;299(2):211-213
4. Westfall J, Mold J, Fagnan L. Practice-based research – “Blue Highways” on the NIH roadmap. *JAMA* 2007;297:403–6
5. Rothwell PM. External validity of randomised controlled trials: ‘to whom do the results of this trial apply?’ *Lancet* 2005;365:82–93.
6. Becker JB, Arnold AP, Berkley KJ, et al. Strategies and methods for research on sex differences in brain and behavior. *Endocrinology* 2005;146:1650-73.
7. Anthony M, Berg MJ. Biologic and molecular mechanisms for sex differences in pharmacokinetics, pharmacodynamics, and pharmacogenetics: part II. *J Health Genet Based Med*. 2002; 11:617-29
8. Healy B, The Yentl Syndrome *N Engl J Med* 1991; 325:274-276 July 25, 1991
9. A. Holdcroft. Gender bias in research: how does it affect evidence based medicine? *J Royal Soc Med*. 2007; 100:2-3
10. 27. Task Force on Financial Interests in Human Subjects Research. Protecting Subjects, Preserving Trust, Promoting Progress. Washington, DC: Association of American Medical Colleges; December 2001.

11. Lee PY, Alexander KP, Hammill BG, Pasquali SK, Peterson ED. Representation of elderly persons and women in published randomized trials of acute coronary syndromes. *JAMA*. 2001;286:708-713.
12. National Institutes of Health. NIH guidelines on the inclusion of women and minorities as subjects in clinical research. 59 Federal Register 14508-14513 (1994).
13. US House of Representatives Report No. 209, 104th Cong, 1st Sess (1995).
14. US Senate Report No. 145, 104th Cong, 1st Sess (1995).
15. Giuliano AR, Mokuau N, Hughes C, et al. Participation of minorities in cancer research: the influence of structural, cultural, and linguistic factors. *Ann Epidemiol*. 2000;10(8 suppl):S22-S34.
16. Corbie-Smith G, Thomas SB, Williams MV, Moody-Ayers S. Attitudes and beliefs of African Americans toward participation in medical research. *J Gen Intern Med*. 1999;14:537-546.
17. Gifford AL, Cunningham WE, Heslin KC, et al. Participation in research and access to experimental treatments by HIV-infected patients. *N Engl J Med*. 2002; 346:1373-1382.
18. Killien M, Bigby JA, Champion V, et al. Involving minority and underrepresented women in clinical trials: the National Centers of Excellence in Women's Health. *J Womens Health Gen Based Med*. 2000;9:1061-1070.
19. Green LW, Mercer SL. Can public health researchers and agencies reconcile the push from funding bodies and the pull from communities? *AmJ Public Health*. 2001;91:1926-1929.
20. Entwistle VA, Renfrew MJ, Yearley S, Forrester J, Lamont T. Lay perspectives: advantages for health research. *BMJ*. 1998;316:463-466.
21. Kim ESH, Menon V. *Status of Women in Clinical Trials*. *Arterioscler Tromb Vasc Biol*. 2009:279-83
22. Legge Provinciale N° 16 "Tutela della salute in provincia di Trento", Luglio 2010
23. Delibera PAT N° 2628 Istituzione "Tavolo Progetto Ricerca Sanitaria", Novembre 2010
24. Delibera PAT N° 2324, Approvazione documento di indirizzo sulla Ricerca Innovazione e Formazione Clinica e Sanitaria, Novembre 2011
25. Delibera n° 939 Approvazione del piano di lavoro per la realizzazione del Nuovo Polo Ospedaliero del Trentino, Maggio 2011

## **Il genere nella relazione, nel sociale e nel lavoro**

Ivana Di Camillo  
volontaria  
Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori

Rapidamente presento la Lega Italiana per la lotta contro i tumori che opera su tutto il territorio nazionale. Nella provincia di Trento ci sono 11 delegazioni e la sede principale è a Trento città. Il presidente è il dott. Mario Cristofolini, che penso tutti i presenti conoscano.

La LILT poggia quasi esclusivamente sul volontariato, donazioni, quote associative e riceve finanziamento pubblico per la gestione della Casa di Accoglienza, sita in via Nicolodi a Trento.

Le funzioni svolte dalla LILT si possono sintetizzare in:

- sostegno all'ammalato e sua riabilitazione
- sostegno alla famiglia (sfera relazionale)
- informazione e sensibilizzazione su temi riguardante la salute
- prevenzione primaria e secondaria
- interazione con le Istituzioni (Azienda sanitaria, Provincia. Ospedale....)
- collaborazione con le scuole, il mondo sportivo e associativo in generale.

Mi presento: Ivana Di Camillo, sono una volontaria della Lilt, seguo prevalentemente i progetti destinati alle scuole, ai giovani e alle donne.

Professione: docente, attualmente in pensione.

Come cittadina...mi sono occupata e mi occupo di parità di genere nella relazione, nel sociale e nel lavoro. Ho fatto parte della Commissione provinciale per le pari opportunità e ho presieduto quella del Comune di Trento. Come professionista, lavorando nel campo della formazione, mi sono posta degli interrogativi quali: il genere incide sull'apprendimento? La scuola si pone questo interrogativo? Esistono ricerche in tal senso e, se sì ,quali azioni conseguenti?

Parlo degli anni ' 90 quando concettualmente si stava passando dalla differenza sessuale alla differenza di genere ed i "percorsi" per affermare una cultura della diversità avevano toccato vari ambiti, sociali, economici, personali...

Però la scuola, come sistema, pareva essere impermeabile, allontanava la fatica di un'analisi seria a tutto campo che avrebbe costretto, chi di dovere, ad assumere responsabilità e promuovere cambiamento, attraverso il necessario confronto culturale.

Nel sistema scuola di allora venivano tollerate sperimentazioni che di fatto aprivano al ragionamento sulle diversità, modificavano l'approccio alla disciplina, mettevano in discussione il "fare scuola", le modalità di apprendimento, gli obiettivi formativi, ecc.

Tante donne, soprattutto quelle, insegnanti nei vari livelli di scuola, tenacemente hanno investito intelligenza, entusiasmo ed impegno per aprire varchi per scuotere un'Istituzione che, a volte, sembrava troppo rigida e statica.

Sicuramente un varco significativo è stato tracciato dalla ricerca che l'Iprase ha compiuto sulla scuola trentina (ciclo primario e secondario di primo grado) proprio sul tema "genere e percorsi formativi".

I risultati dell'indagine presentati il 26 marzo 2007 presso l'Istituto A. Rosmini di Trento, sono raccolti in una pubblicazione dal titolo "Maschi e Femmine a scuola: stili relazionali e di apprendimento".

Con orgoglio posso dire che ho contribuito ad aprire questo varco.

I dati che sono emersi dalla ricerca, caratterizzata da rigore scientifico, sono molto significativi e le riflessioni che hanno prodotto sono ancora valide e "spendibili" sia nella scuola che in altri comparti culturali.

La valenza sociale del percorso realizzato è stata la restituzione, agli agenti della formazione, dei risultati dell'indagine.

E' evidente che gli obiettivi istituzionali non potevano che riguardare la formazione degli operatori scolastici, la valorizzazione delle così dette buone pratiche, l'efficacia dell'azione educativa.

Attualizzando il ragionamento, è legittimo l'interrogativo "a che punto siamo?"

Personalmente ritengo che il percorso, avviato intorno agli anni '60, di analisi, riflessione e proposta sulle pari opportunità per uomo e donna sia ancora in atto.

Ed è sempre più radicata la consapevolezza che lo stato di salute, fisica e psichica, di uomini e donne sia influenzato dalle caratteristiche biologiche ma anche da quelle culturali e sociali che intervengono nell'esistenza delle persone.

Da qui la necessità di considerare il genere come approccio indispensabile per tracciare percorsi di equità in tema di formazione, di cura della salute, di accesso al lavoro, di esercizio dei diritti...di opportunità nei vari ambiti.

Parlando di salute e medicina, di persone e cura, utilizzando anche il grande osservatorio costituito dalla popolazione che si rivolge alla LILT, mi viene da affermare che è giusto parlare di medicina di genere, è giusto parlare di uomini e donne che hanno lo stesso diritto alla salute e lo stesso diritto di risposta, di cura e di sostegno (servizi socio-sanitari).

Condivido che le patologie debbano avere una storia clinica diversa, una risposta medica e organizzativa che tenga conto del genere.

Concludo, da cittadina, che la medicina di genere è una dimensione che pone realmente al centro la persona, che migliora la relazione interpersonale e produce effetti positivi su approccio alla malattia, cura e reattività dell'ammalato.

Un grosso investimento formativo penso vada rivolto alla categoria dei medici di base che sono più ampiamente presenti nella vita quotidiana delle persone.

Grazie per gli spunti di riflessione offerti con questo convegno



## Il genere e la salute

dott.ssa Paola Maccani  
Direttore della Direzione per l'Integrazione socio sanitaria  
Azienda Provinciale per i Servizi sanitari  
Trento

Innanzitutto un grazie non convenzionale ad ARMET ed in particolare modo al suo presidente dott. Maurizio Amichetti e al dott. Maurizio Del Greco, infaticabile organizzatore di questo evento, e grazie al presidente della Lega per la lotta contro i tumori, dott. Mario Cristofolini: grazie soprattutto per aver voluto affrontare un tema ancora poco conosciuto ma che suscita grande interesse in campo scientifico, la medicina di genere. In particolare il mondo della ricerca scientifica ed alcune discipline specialistiche hanno preso atto della necessità di riconoscere che la prevenzione e la cura delle malattie devono tenere conto delle differenze di genere per poter raggiungere obiettivi di efficacia e sicurezza; si tratta di una affermazione che non è ancora diventata patrimonio comune nelle organizzazioni e nella pratica dei professionisti e quindi questo evento a Trento è particolarmente gradito.

### La MEDICINA DI GENERE di cosa si occupa?

La medicina di genere si concentra in particolare sull'impatto che il genere ha sulla fisiologia umana, sulla fisiopatologia e sulle manifestazioni cliniche delle malattie. E' diventata ormai conoscenza diffusa la differenza sostanziale tra sesso, quale marcatore biologico e funzionale del corpo umano, e *genere* che è invece il risultato della integrazione/ interrelazione tra il sesso e gli aspetti culturali, sociali, psicologici che caratterizzano la persona.

E' quindi innegabile che le principali malattie definite "sociali" siano fortemente influenzate dalle differenze di genere non solo fra uomini e donne, ma all'interno delle stesse categorie di uomini e donne a seconda del contesto sociale, etnico, culturale in cui le persone vivono.

Quali sono alcuni campi in cui si possono evidenziare differenze di genere oltre a quelle biologiche determinate dai cromosomi sessuali?

- nella risposta immunitaria
- nei sintomi, tipo, presentazione della malattie cardiovascolari
- nelle risposte ad agenti tossici
- nell'organizzazione del cervello
- nel dolore
- nella distribuzione della obesità

### Perché è importante che nella salute pubblica si parli di medicina di genere?

Vorrei accennare nel mio intervento ad almeno 3 aspetti per i quali riconoscere le differenze di genere risulta essenziale:

1. innanzitutto per motivi relativi ai diritti delle persone che, come vedremo, sono sanciti da numerosi documenti della Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e di livelli europeo, che sono alla base

- di Programmi / Piani di azioni da intraprendere nei Paesi EU ma che sono in Italia grandemente non applicati;
2. il secondo motivo è legato alla necessità di truardare nel medio e lungo periodo quale sarà la comunità / società che ci troveremo ad avere nei prossimi anni e come donne e uomini comporranno la struttura della nostra società;
  3. inoltre, è doveroso riconoscere, soprattutto nella salute pubblica, come la prevenzione delle malattie acquisti sempre maggiore rilevanza: è evidente che i costi da sostenere per la sanità diventano sempre più elevati: siamo sempre più vecchi, si affacciano sul mercato nuove tecnologie che allungano la vita ma hanno costi elevati, aumentano sempre più le attese delle persone riguardo al livello di salute e di benessere, ecc. Mentre le risorse da dedicare alla sanità non potranno aumentare allo stesso modo rispetto a quanto sarebbe necessario. Pertanto conoscere come prevenire le malattie e promuovere il proprio benessere tenuto conto delle differenze di genere diventa un fattore essenziale e un dovere istituzionale sempre più forte.

## 1. Diritti di uomini e donne

La Commissione europea nel Programma per la salute 2008- 2013 riconosce che la salute della popolazione è essenziale per lo sviluppo economico e per il benessere per tutti i cittadini dell'Unione Europea. Tale affermazione si basa sulla definizione di salute dell'OMS: "La salute è lo stato di completo benessere fisico, mentale, e sociale e non solo l'assenza di malattia."

Per raggiungere alti livelli di standard di salute e ai fini di raggiungere miglioramenti nella salute e nel benessere a livello sia individuale che di popolazione, le politiche per la salute messe in campo dagli stati europei devono riconoscere che la salute delle donne e degli uomini deriva da fattori fisiologici, psicologici, sociali, culturali o ambientali che hanno uno specifico impatto sulle persone.

**Le differenze su come donne e uomini vivono la loro vita e su come si prendono cura della propria salute e delle malattie sono** una parte importante delle spiegazioni delle differenze osservate nella salute rispettivamente di donne e di uomini.

## 2. Quale sarà la composizione della società nei prossimi anni?

I dati disponibili per comprendere quale sarà la società di domani sono molti; ho voluto qui scegliere quelli che a mio parere descrivono meglio l'importanza di considerare le differenze di genere per le loro ripercussioni sullo stato di salute e di benessere delle persone.

La **speranza di vita alla nascita**, secondo i dati del Servizio Statistica della Provincia Autonoma di Trento, è risultato essere nel 2010 di 79,8 anni per i maschi e di 85,3 per le femmine; si prevede che nel 2027 passerà a 84 anni per i maschi e 90 anni per le donne.

**Si tratta ovviamente di un valore positivo per le persone se la vita rimane a lungo indipendente e attiva;** di fatto, la comunità conterà un numero elevato di anziani e le politiche del welfare devono tenerne conto. La società, cioè, attraverso specifiche politiche deve essere in grado di affrontare **un numero sempre più crescente di anziani.**

Altro aspetto demografico interessante: nonostante continuino a nascere più maschi rispetto alle femmine, la popolazione **femminile** è più consistente e la percentuale di maschi è in continua discesa con il passare degli anni. Quali spiegazioni possono essere date a questo fenomeno? E' solo un fatto legato al sesso o invece

sono coinvolti altri fattori e cioè dobbiamo riconoscere differenze di genere? E, in conseguenza, quali sono le politiche da attuare?

### Alcuni Indicatori demografici sintetici

Indicatori	Provincia di Trento	
	Anno	Valore
<b>Età media M</b>	2009	40,6 anni
<b>Età media F</b>	2009	43,7 anni
<b>Indice di carico sociale M</b>	2009	47,9
<b>Indice di carico sociale F</b>	2009	58,3
<b>Speranza di vita alla nascita M</b>	2009	<b>79,4 anni</b>
<b>Speranza di vita alla nascita F</b>	2009	<b>85,5anni</b>
<b>Indice di vecchiaia M</b>	2009	100,6
<b>Indice di vecchiaia F</b>	2009	153,0%

Legenda:

Indice di carico sociale: rapporto tra la popolazione che non lavora e quella che lavora (15 – 64 anni)

Indice di vecchiaia: popolazione = o > 65 anni / popolazione 0-14 \*100

**L'Occupazione femminile: le analisi dell'OCSE relativi al 2010** ci dicono che in Italia i dati sulla occupazione femminile sono ulteriormente peggiorati nell'ultimo triennio invece che migliorare:

**il tasso di attività delle donne (che considera le donne nella fascia di età 15 – 64 anni)** è passato dal già bassissimo dato del **47%** del **2008** (peggio dell'Italia in Europa solo la Turchia) al **46,1%** nel **2010**.

**Un unico confronto: in Germania nello stesso periodo la percentuale di donne occupate è passata dal 65 al 66%.**

Preme qui ricordare che l'obiettivo di **Lisbona impegnava i paesi europei a raggiungere il 60% di donne occupate entro il 2010. L'obiettivo europeo per il 2020 è quello di raggiungere il risultato del 75% delle donne occupate nella fascia di età 20 – 64 anni.**

Gli studi dell'ISTAT ci dicono che la situazione della occupazione femminile diventa drammatica se le donne **hanno figli e in relazione al N. di figli**. Nelle nuove generazioni il **15% delle donne** dichiara di aver smesso di lavorare dopo la nascita di 1 figlio.

Non è qui il caso di approfondire l'argomento legato all'occupazione delle donne, ma per la rilevanza che il lavoro ha sul benessere delle persone ritengo importante ricordare i seguenti punti:

- permangono settori di lavoro dove, a parità di attività, le retribuzioni delle donne sono più basse rispetto a quelle degli uomini (in EU per lo stesso lavoro circa il 15% in meno rispetto agli uomini);
- Le situazioni di precarietà lavorativa sono più femminili che maschili e comportano conseguenze rilevanti sul benessere delle persone ma anche sul loro reddito e sulla pensione;
- **lavoro domestico:** in tutti i paesi EU il lavoro domestico è a carico più delle donne che degli uomini. In Italia, in media il **76% del tempo dedicato al lavoro familiare è sulle spalle delle donne e i segnali di un riequilibrio sono scarsi**. Le statistiche ci dicono che quando entrambi i partners sono occupati, **in un giorno medio settimanale la donna lavora oltre una ora e mezzo in più del suo partner con una ora e 10 minuti in meno di tempo libero.**

*Quali sono le strutture famigliari oggi e come evolveranno nel prossimo futuro?* Anche in questo caso, solo un accenno e qualche dato per sottolineare l'importanza di tali aspetti sulla salute in particolare delle donne.

**La disaggregazione famigliare che caratterizza questi ultimi anni comporta elevati rischi per le donne:** dopo una interruzione di unione coniugale le donne ricoprono più spesso il ruolo di **genitore solo: 35,8%** le donne contro il **7,23% di uomini**.

Nelle donne separate/divorziate il **rischio di povertà** è più elevato (**24%**) rispetto a quello degli uomini nelle stesse condizioni (**15,3%**).

*Un ulteriore fattore a cui vorrei accennare è la Disabilità:* le donne vivono più a lungo, ma proprio per questo vivono l'ultima parte della loro vita più frequentemente in condizioni di disabilità.

In Trentino, la percentuale di disabili nella popolazione **superiore a 65 anni** è: **63,52%** delle donne contro il **36,47 degli uomini**.

Un'indagine ISTAT su come è cambiata la vita delle donne ha messo in luce che **dopo i 69 anni solo il 37% delle donne vive in coppia rispetto al 72,2% degli uomini**.

**Come ci ricorda l'ISTAT, le donne affrontano la parte anziana della vita più in salute di un tempo, ma l'allungamento della vita comporta un aumento della presenza di disabilità. Inoltre, le donne si trovano spesso ad affrontare l'ultima parte della vita da sole, e gli ultimi anni sono proprio quelli che maggiormente conoscono il peso della malattia. Sono questi aspetti rilevanti del nostro futuro che impongono consapevoli decisioni nelle politiche sociali.**

**Il fenomeno della disabilità è una delle dimensioni rilevanti dello stato di salute di una popolazione e lo è ancora di più quando oggetto di studio è una popolazione, come quella italiana, che è tra le più vecchie d'Europa.**

*Ultimo aspetto sociale rilevante sulla salute di uomini e donne riguarda la rete famigliare*

Ho ritenuto opportuno prendere come paradigma dell'importanza della rete famigliare il problema delle demenze che costituisce un fenomeno che presenta un trend in continuo aumento.

Uno studio sulla **demenza presentato dall'Università La Sapienza di Roma a settembre 2011 ha confermato un dato già dimostrato in letteratura:** sono evidenti importanti conseguenze sulla salute fisica e mentale dei famigliari conviventi con una persona demente. Una persona che convive con un anziano con demenza ha un probabilità di percepirsi in cattiva salute di circa il 60% più alta di una persona che non viva questa condizione e l'impatto negativo sulla salute è più forte per i familiari in età lavorativa. Tale ultimo riscontro è legato ovviamente al cumulo dei ruoli che costringe a barcamenarsi con difficoltà tra le responsabilità e gli impegni che ciascun ruolo esige.

**Poiché il lavoro di cura delle persone anziane affette da demenza è quasi esclusivamente femminile, ben si comprende come l'impatto sia più forte per le donne.**

*E quali sono i fattori rilevanti sulla salute e il benessere degli UOMINI?*

Recentemente è stato pubblicato un interessante documento della Unione Europea sulla salute degli uomini: **"The State of Men's Health in Europe" - Extended Report.**

Il Rapporto considera la situazione relativa a **34 Paesi EU** e si configura come strumento sul quale costruire le azioni per rispondere alle aspirazioni del **Programma EU di salute pubblica 2008 – 2013.**

Cosa si rileva?

- **l'aspettativa di vita** degli uomini è mediamente più bassa rispetto a quella delle donne;
- **gli stili di vita sono meno adeguati alla promozione della salute rispetto a quelli mediamente adottati dalle donne;**
- all'interno della categoria degli uomini, ci sono sostanziali **differenze** nello stato di salute in ragione delle **condizioni socio economiche;**

- **i giovani uomini (18-35 anni) sono un gruppo ad alto rischio per suicidio o incidenti stradali** e ciò merita specifici interventi.

La ricerca europea dimostra come il costrutto sociale di comportamenti appresi circa il significato da dare al termine mascolinità condizioni, di fatto, l'approccio ai comportamenti di vita (stili di vita) e influenzi anche l'uso da parte degli uomini dei servizi per la salute. Gli uomini, ad esempio, adottano stili di vita dovuti alla loro rappresentazione sociale e culturale di "uomo" e vi rinunciano quindi con difficoltà anche conoscendone i rischi; inoltre, chiedono aiuto ai servizi meno delle donne.

### 3. Prevenzione: determinanti della salute

**Le malattie più diffuse a livello sociale sono le malattie cronico – degenerative: esse appresentano l'86% dei decessi e il 77% delle malattie.**

**Parliamo essenzialmente di:** tumori, malattie cardio vascolari, broncopneumopatie croniche, malattie dismetaboliche (diabete), malattie mentali, osteo artropatie.

Questo gruppo di malattie ha acquistato un particolare rilievo non solo da un punto di **vista sanitario ma anche economico e sociale** rappresentando, al momento, il problema di gran lunga più rilevante per la Sanità Pubblica.

La loro evoluzione, in tempi più o meno lunghi, comporta sempre effetti invalidanti. La maggior parte delle patologie cronico-degenerative, probabilmente per questa lenta evoluzione, **non è preceduta da segnali preliminari riconoscibili.**

**Però, sappiamo che solo pochi fattori di rischio sono responsabili di una quota significativa di tali malattie.**

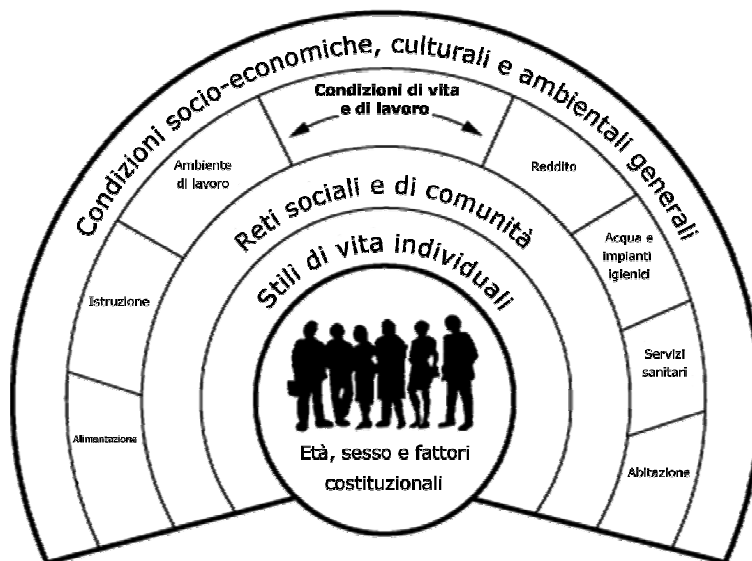
Gli interventi di carattere preventivo basati **sulla conoscenza e sul controllo dei fattori di rischio di queste patologie rispettivamente nel genere femminile e nel genere maschile sono quindi l'unica arma** efficace per ridurre il rischio di esserne colpiti.

#### **Ma quali sono i fattori determinanti per la salute?**

Spesso si ritiene essenziale per la salute avere un servizio sanitario efficiente, distribuito, più ampio possibile.

Gli studi hanno ormai dimostrato come i fattori determinanti della salute siano essenzialmente:

- ❖ **Biologici:** non sono ovviamente modificabili e attengono al sesso, all'età, alla genetica;
- ❖ **Socio economici:** povertà, occupazione, esclusione sociale;
- ❖ **Ambientali:** aria, acqua, abitazione, ambiente sociale e culturale;
- ❖ **Stili di vita:** alcol, fumo, alimentazione, attività fisica, farmaci;
- ❖ **Accesso ai servizi:** sanità, istruzione, sociale, attività ricreative.



Dahlgren G and Whitehead M (1991)

Per sintetizzare al massimo il modello, si attribuisce in genere il **50% di importanza agli stili di vita**, il **20% ciascuno alla genetica e all'ambiente**, solo il **10% all'accesso ai servizi sanitari**.

Quali sono gli effetti delle **disuguaglianze sociali sulla salute** ?

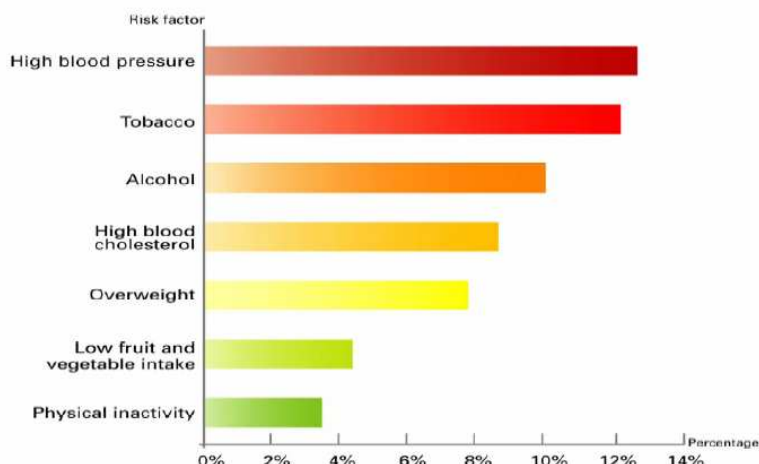
- **una diversità nell'utilizzo dei servizi sanitari** (limitazioni all'accesso; adesione agli screening);
- Inoltre, **la posizione sociale e la diversa disponibilità di risorse influenzano la probabilità di esposizione e la dose di esposizione ai fattori di rischio**: fattori psico – sociali, stili di vita insalubri, fattori di rischio esterni, condizioni di suscettibilità/ fragilità clinica;
- **La posizione sociale influenza il grado di vulnerabilità delle persone esposte all'azione dei fattori di rischio**. Attraverso una diminuzione delle difese immunitarie (non ancora del tutto dimostrato) e ad una minore disponibilità di aiuto nell'affrontare eventuali crisi.

**E' inoltre importante considerare che lo svantaggio sociale comporta:**

- **Un aumento della velocità di transizione da uno stato di malattia verso un esito sfavorevole (disabilità, morte) attraverso un percorso assistenziale non adeguato o interrotto**
- **La salute compromessa retro agisce sulla carriera sociale di una persona (soprappeso; deficit funzionali).**

**Se consideriamo che le ricerche ci dicono che oltre la metà delle cause di morte più frequenti sono il risultato di 7 fattori di rischio**, ben si comprende come i fattori socio economici - e quindi la possibilità di influire positivamente sulla propria salute - possano essere determinanti. I fattori di rischio sono: pressione alta, fumo di tabacco, elevato consumo di alcol, troppo colesterolo nel sangue, soprappeso, scarso consumo di frutta e verdura, scarsa attività fisica.

**Proportion of total disease burden (DALYs) attributable to seven leading risk factors in the WHO European Region, 2000**



Source: The world health report 2002 - Reducing risks, promoting healthy life

A livello nazionale da alcuni anni i comportamenti “salutari” della popolazione vengono misurati attraverso una indagine che rileva gli aspetti più rilevanti: fattori di rischio cardiovascolare; attività fisica; alimentazione e stato nutrizionale; consumo di alcol; fumo; incidenti domestici; sicurezza stradale; salute mentale. Inoltre vengono rilevati i dati relativi alla adesione agli interventi preventivi che hanno dimostrato la propria efficacia: screening oncologici, vaccinazioni (Influenza e Rosolia), oltre alla raccolta dei dati sugli aspetti socio-demografici.

Quali sono i risultati in Trentino? Nel periodo dal 2007 al 2009 i dati ci dicono che:

**Rispetto agli uomini le donne:**

- Fumano un po' meno (21% vs 29%)
- Bevono molto di meno (6% vs il 21% di bevitori binge)
- Mangiano più frutta e verdura (22% vs 12%)
- Sono più consapevoli del loro peso
- 30% delle donne in sovrappeso pensa di pesare “più o meno giusto” vs il 56% degli uomini
- Sono meno in eccesso ponderale (27% vs il 47%)

**Però, è necessario considerare che:**

- Circa 1 donna su 5 fuma
- Solo 1 donna su 5 mangia 5 porzioni di frutta e verdura al giorno
- Più di 1 donna su 4 si trova in eccesso ponderale
- Le donne sono più sedentarie degli uomini (13% vs il 16%)
- Le donne hanno meno frequentemente un lavoro (61% vs 79%)
- Sono meno soddisfatte della loro salute
- Il 72% delle donne ritiene buono o molto buono il proprio stato di salute vs il 76% degli uomini
- Le donne soffrono più spesso di sintomi di depressione (6% vs il 3%).

**Quali prospettive per il futuro?**

- È necessario **promuovere politiche che abbiano come target lavorare sul ruolo sociale delle donne e degli uomini e sulla promozione della parità di genere**. Ciò comporta tenere conto dei grandi cambiamenti avvenuti nella società soprattutto in termini di **confronto tra i sessi, nuovi ruoli delle donne e degli uomini nelle strutture famigliari, nei posti di lavoro**, ecc. Anche gli uomini devono tenere conto delle modifiche in atto e devono decidere se adeguarsi o resistere al cambiamento e fare i conti con la nuova vulnerabilità che la situazione attuale determina in termini di salute.  
**Un grande studio condotto nel 2008 in quasi 30 Paesi EU sulla percezione di salute legata al genere** ha dimostrato che **le donne riportano un peggior stato di salute rispetto agli uomini**. Questa differenza nei livelli di percezione “cattivo” “molto cattivo” è meno rilevante fra uomini e donne nei paesi della EU nord (Danimarca, Svezia, Norvegia), mentre le donne dei paesi dell’EU del sud (Portogallo, Italia, meno in Spagna) hanno alta probabilità di percepirsi in cattive condizioni di salute. Tra l’altro, il maggiore rischio di percezione negativa è prerogativa del gruppo di donne con un **alto livello di istruzione**. Ciò può essere il **risultato di una tensione fra i ruoli** tradizionali delle donne come moglie e come madre e le nuove spinte per le donne, particolarmente le più istruite, nel lavoro. **In particolare in Italia, lo studio suggerisce che la tensione tra il ruolo tradizionale e il nuovo ruolo che le donne stanno sperimentando è un elemento che condiziona sfavorevolmente la percezione di salute**.
- **Non è questa la sede per approfondire il tema** delle azioni da condurre ai vari livelli istituzionali per migliorare le condizioni socio economiche di donne e uomini, anche se il tema sarebbe di particolar interesse proprio per il **momento di crisi economica che stiamo attraversando**. E solo un accenno a quanto sarebbe rilevante proporre nuovi modelli di lavoro, in contrapposizione agli attuali modelli maschili, che tengano conto dei nuovi ruoli sociali di donne e uomini e che consentano quindi a tutti di vivere armoniosamente il proprio ruolo di madre e di padre senza rinunciare ad esprimersi pienamente in tutte le dimensioni della vita e quindi a promuovere concretamente salute e benessere.
- **La promozione della salute** a carico del Servizio sanitario deve tenere conto delle differenze di genere:  
Gli uomini troppo spesso ritengono/ sentono che la salute sia un tema che interessa le donne e che i messaggi di promozione della salute non li riguardi: le conseguenze sono almeno 3:
  - è un dato di realtà che sono le donne **che per tutta la famiglia si occupano** della salute e di tutto quello che ad essa è collegato;
  - le donne devono acquisire consapevolezza che hanno una responsabilità nella salute dei famigliari (figli, genitori, ecc. ) ma **che devono occuparsi di più del loro stesso benessere** (gli studi hanno dimostrato che gli interventi riabilitativi sono meno seguiti dalle donne rispetto agli uomini; le domande che le donne si pongono in questi casi sono: **chi mi accompagna? Dove lascio i miei figli? Chi bada ai miei genitori?**;
  - deve crescere la convinzione negli uomini che **la salute di entrambi i sessi è responsabilità diretta per sé e deve prevedere la reciprocità nelle attenzioni e nell’aiuto necessario a consentire ad entrambi i generi di provvedere adeguatamente a mantenere/ recuperare il proprio benessere**.
- **Dal punto di vista delle organizzazioni pubbliche** come favorire la medicina di genere?
  - Rendere la medicina di genere esplicitamente riconoscibile nelle politiche aziendali e negli approcci gestionali;
  - Sviluppate competenze specifiche e professionalità, tuttora scarsamente rappresentate;



- Promuovere l'adozione di strumenti che consentano di integrare approcci, programmi, azioni e strumenti nella pratica ordinaria e in una strategia più complessiva di promozione della salute e miglioramento della qualità e di equità di accesso e fruizione dei servizi;
- Studiare oltre agli aspetti epidemiologici, clinici e psico-sociali anche i modelli organizzativi applicabili dalle strutture sanitarie per migliorare l'efficacia dei trattamenti e l'adeguatezza degli stessi al genere;
- Diffondere best practice e fare rete a livello nazionale e internazionale.

### Bibliografia essenziale

1. Decision No 1350/2007/EC of the European Parliament and of the Council of 23 October 2007 establishing a second programme of Community action in the field of health (2008-13)
2. "Come cambia la vita delle donne", ISTAT, 8 marzo 2008
3. "Strategy for integrating gender analysis and actions into the work of OMS", Department of Gender, Women and Health, OMS
4. "La sperimentazione farmacologica sulle donne", 28 novembre 2008, Comitato nazionale di bioetica, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Segretariato nazionale
5. "Literature Review on Effective Sex- and Gender-Based Systems/Models of Care", US Department of Health and Human Services, gennaio 2007;
6. "The World's Women 2010, Trends and Statistics", Department of Economic and Social Affairs, United Nations, 2010
7. "Gender Inequalities in Health", Open University Press, Buckingham Philadelphia, 2000
8. "Gender, health inequalities and welfare state regimes: a cross-national study of 13 European countries", C Bamba,<sup>1</sup> D Pope,<sup>2</sup> V Swami,<sup>2</sup> D Stanistreet,<sup>2</sup> A Roskam,<sup>3</sup> A Kunst,<sup>3</sup> A Scott-Samuel<sup>2</sup>J; Epidemiol Community Health 2009;63:38-44
9. "Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries", for the European Union Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health\* N Engl J Med 2008;358:2468-81.
10. "Per la salute di genere", Flavia Franconi, Presidente GISeG, Gruppo italiano salute e genere, 2011
11. "Uomo-donna: le differenze nella salute e nella medicina", Istituto Superiore di sanità, 20 gennaio 2011
12. "The State of Men's Health in Europe, Extended Report", EU, DG for Health & Consumers, Alan White, Centre for Men's Health, Leeds Metropolitan University, 2011
13. "2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases", WHO febbraio 2011
14. "Uomini, donne e farmaci", Ricerca e Pratica, 2011; 27: 205-207
15. "Capire il cuore delle donne", Ricerca e pratica, 2011; 27: 73-76
16. Proiezioni ISTAT dati popolazione fino al 2030
17. "Putting gender on the agenda", Nature vol 465, issue no. 7299, 10 June 2010
18. "Sex bias in trials and treatment must end", Nature, vol 465, June 2010
19. "8 marzo: giovani donne in cifre", ISTAT, Nota Informativa anno 2009 – 2010
20. "La divisione dei ruoli nelle coppie", ISTAT, novembre 2010
21. [www.lavoce.info](http://www.lavoce.info)

## **Cuore di Donna**

*Dott.ssa Maria Grazia Modena  
Cattedra di Malattie Cardiovascolari  
Università di Modena Reggio Emilia*

### **Studi di prevalenza**

La Cardiopatia Ischemica (CI), rappresenta la maggiore tra le cause di morte in tutti i paesi occidentali. Nel 2000 la CI è stata responsabile di circa il 20% dei decessi nel mondo (circa 14 milioni di persone) e di più del 50% nei paesi industrializzati; il report dell'Organizzazione Mondiale della Sanità relativo al 2004 mette inoltre in guardia sul fatto che la CI sia divenuta, negli ultimi anni, la prima causa di morte anche in paesi in via di sviluppo come Argentina, Cile, Cuba, Corea, Sri Lanka ed Uruguay. Durante gli ultimi 20 anni diversi studi si sono occupati delle differenze di genere per quel che riguarda le manifestazioni cliniche e la prognosi della malattia coronarica. I risultati di questi studi hanno dimostrato alcune importanti diversità correlate al sesso.

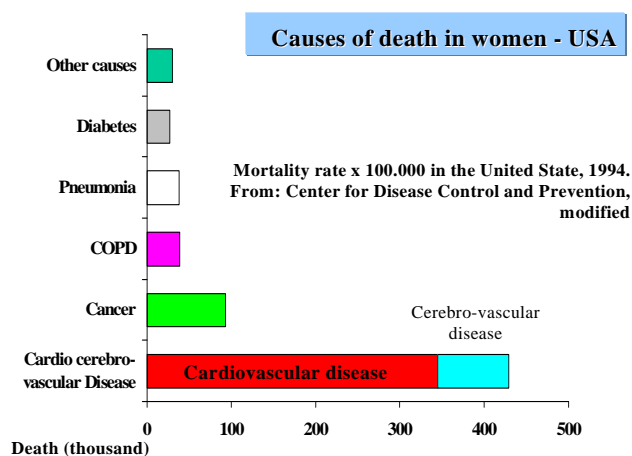
L'aspetto preoccupante che deve, a nostro parere, indurre a meditazione la classe cardiologica, è il crescente numero di segnalazioni in letteratura riguardanti la generale sottostima per quel che riguarda la diagnosi di CI nella donna, la diagnosi in stadio troppo avanzato di malattia o ancora di trattamento meno aggressivo rispetto a quello riservato al paziente maschio.

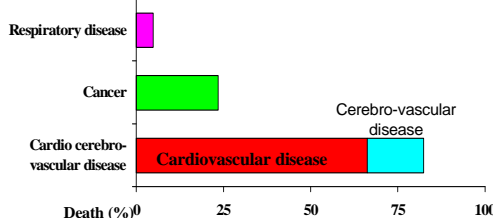
Preoccupante appare ancora un'apparente prognosi più severa nelle pazienti di sesso femminile rispetto ai maschi pari età, ciò indicando chiaramente come differenze sesso-specifiche inciderebbero sostanzialmente sia sulla diagnosi che sul trattamento della CI influenzando, in ultima analisi, la prognosi.

Complessivamente la CI uccide, secondo i dati più recenti, più di 500000 donne americane all'anno, pari al 41.3% delle morti complessive tra il sesso femminile, più di tutti i tipi di cancro messi assieme (figura 1). In Italia (figura 2), le donne che ogni anno muoiono per malattie cardiovascolari sono circa 120000 e, nonostante questa evidenza, si tende a considerare ancora tale condizione specifica del sesso maschile. Per molti anni, infatti, lo studio della malattia coronarica e dei suoi fattori di rischio ha interessato prevalentemente gli uomini, data la maggiore frequenza della malattia in età media, la comparsa in età più giovane rispetto alla donna e l'elevata letalità. Fino alla menopausa, la frequenza della malattia ed i livelli dei fattori di rischio sono più bassi rispetto agli uomini; con l'avanzare dell'età le differenze si riducono ed i valori risultano simili o diventano più elevati rispetto a quelli riscontrati negli uomini.

Questa sostanziale sottostima del problema ha suggerito l'osservazione paradossale che "forse il più importante fattore di rischio di cardiopatia ischemica nelle donne è la percezione sbagliata che la cardiopatia ischemica non sia una malattia delle donne". Va tenuto conto, poi, dei notevoli cambiamenti socio-demografici avvenuti negli ultimi venti anni che hanno profondamente modificato la struttura della popolazione occidentale e di quella italiana in particolare: la riduzione della natalità, la diminuzione della mortalità totale, l'aumento dell'attesa di vita alla nascita e nelle altre età, l'aumento della proporzione di donne nella popolazione generale ed in particolare nell'età anziana. Nonostante questi dati, uno studio condotto dall'*American Heart Association*, pubblicato sul numero di febbraio di *Circulation*, ha mostrato che solo il 13% delle donne percepisce le malattie cardiovascolari come il più importante problema di salute da trattare e solo un terzo pensa che esse rappresentino la principale causa di morte. Questo studio conferma, peraltro, un dato già emerso da precedenti analisi e cioè che le donne continuano a ricevere le informazioni sulle malattie cardiovascolari dai mass-media, mentre solo il 24% delle intervistate le riceve dai medici.

Figura 1





## La Storia

Per molti anni lo studio della malattia coronarica e dei suoi fattori di rischio ha interessato prevalentemente gli uomini, data la maggiore frequenza della malattia in età media, la comparsa in età più giovane rispetto alla donna e l'elevata letalità. La presa di coscienza della diversa realtà dell'universo femminile comincia circa 25 anni fa quando Bernardine Healy nel 1991 scrisse un famoso editoriale sul *New England Journal of Medicine* dal titolo "The Jentl Syndrome" commentando due studi che riportavano come le donne affette da coronaropatia fossero curate meno e ricevessero interventi meno risolutivi e aggressivi rispetto agli uomini. Chi era Yentl? Era una ragazzina ebrea che volendo, e non potendo in quanto femmina, studiare da Rabbino, si rasò il capo a zero e si vestì da maschio. L'articolo era chiaramente di tipo provocatorio da parte, peraltro, della prima donna a capo del più prestigioso Ministero della Salute del mondo, l'*US National Institute of Health* ed ebbe enorme risonanza sulla stampa scientifica come pure sui media. Mentre il quotidiano tedesco "Der Spiegel" accusava i cardiologi di essere maschilisti e "sexisti", la maggior parte della stampa scientifica imputava la minor aggressività terapeutica al fatto che la donna quando è affetta da coronaropatia è più anziana e con maggiori comorbidità. Il nostro punto di vista è che l'età è sicuramente un fattore condizionante, ma non rappresenta la radice del problema e che la Sindrome di Jentl sia spiegabile col fatto che la malattia aterosclerotica è diversa nei due sessi. La donna infatti ha delle proprie peculiarità di tipo biologico-ormonale, delle diverse caratteristiche anatomiche dei vasi, una massa magra e una massa grassa diverse, con conseguenze che condizionano lo sviluppo della malattia e la risposta ai farmaci. E' difficile pertanto asserire in modo assoluto i dati dei grandi studi siano applicabili alle donne, ma su questo gioca un'importante variabile, vale a dire l'assenza o la scarsa rappresentanza delle donne negli stessi. Ma qui il gioco si fa ancora più duro, i grandi studi sulla terapia dell'infarto, dell'ipertensione si sono fatti sui Veterani delle guerre americane, notoriamente nella totalità uomini. Ma si va oltre, basti pensare che il primo studio sulla potenzialità degli estrogeni, in terapia sostitutiva, di proteggere l'apparato cardiovascolare, sono stati fatti negli uomini, con catastrofiche conseguenze in termini di tumori e di femminilizzazione!!!!.

## Alcuni dati epidemiologici

Gli ultimi dati epidemiologici sulle malattie cardiovascolari in Italia risalgono al 2000 e sono stati raccolti dall'ISTAT e dall'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare. Le malattie cardiovascolari rappresentano ancora la principale causa di morte nel nostro paese, essendo responsabili del 44% di tutti i decessi. In particolare la cardiopatia ischemica è la prima causa di morte in Italia, rendendo conto del 28% di tutte le morti, mentre gli accidenti cerebrovascolari sono al terzo posto con il 13%, dopo i tumori. Chi sopravvive a un attacco cardiaco diventa un malato cronico. La malattia modifica la qualità della vita e comporta notevoli costi economici per la società. In Italia la prevalenza di cittadini affetti da invalidità cardiovascolare è pari al 4,4 per mille (dati Istat). Il 23,5% della spesa farmaceutica italiana (pari all'1,34 del prodotto interno lordo), è destinata a farmaci per il sistema cardiovascolare (Relazione sullo stato sanitario del Paese, 2000). Abitudini e comportamenti diversi possono portare a differenze importanti nella distribuzione dei fattori di rischio.

**Pressione arteriosa:** il 33% degli uomini e il 31% delle donne sono ipertesi (pressione arteriosa uguale o superiore a 160/95 mmHg), oppure sotto trattamento farmacologico specifico. Il 19% degli uomini e il 14% delle donne sono in una situazione limite, in cui il valore della pressione sistolica è compreso fra 140 e 159 mmHg e quello della diastolica è compreso fra 90 e 95 mmHg. Per quanto riguarda la percentuale di persone

ipertese, il 50% degli uomini e il 34% delle donne non vengono trattati farmacologicamente per tenere sotto controllo la pressione arteriosa.

**Colesterolemia:** il 21% degli uomini e il 25% delle donne hanno colesterolemia totale uguale o superiore a 240 mg/dl oppure sono sotto trattamento farmacologico specifico. Il 36% degli uomini e il 33% delle donne sono in una condizione di rischio (colesterolemia compresa fra 200 e 239 mg/dl). Per quanto riguarda la percentuale di persone ipercolesterolemiche, l'81% degli uomini e l'84% delle donne non vengono trattati farmacologicamente per tenere sotto controllo il colesterolo

**Sedentarietà:** il 34% degli uomini e il 46% delle donne non svolgono alcuna attività fisica durante il tempo libero.

**Fumo:** il 30 % degli uomini fuma in media 17 sigarette al giorno, contro il 21% delle donne che ne fuma 13.

**Obesità:** il 18% degli uomini e il 22% delle donne sono obesi.

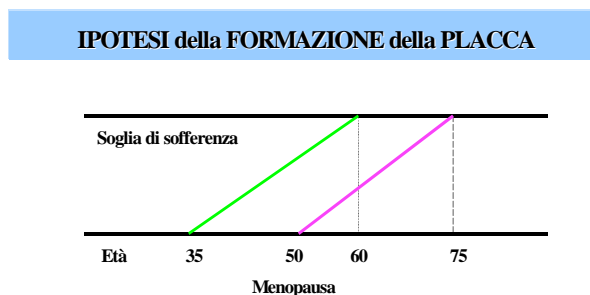
**Glicemia:** il 9% degli uomini e il 6% delle donne sono diabetici con glicemia superiore a 126 mg/dl. Il 9% degli uomini e il 5% delle donne sono in una condizione di rischio, in cui il valore della glicemia è compreso fra 110 e 125mg/dl. Per quanto riguarda la percentuale di persone diabetiche, il 62% degli uomini e il 56% delle donne non vengono trattati farmacologicamente contro il diabete.

Esistono, a nostro avviso, alcuni problemi principali che bisogna passare in rassegna per comprendere meglio il problema: l'eziopatogenesi della CI nella donna, la valutazione del dolore toracico, che pone il sospetto di coronaropatia, la penetranza diagnostica del test non invasivo che si intende usare per avallare ovvero respingere il sospetto diagnostico stesso e infine i *bias* che hanno creato idee confuse, con impatti diagnostico-terapeutici spesso inadeguati.

## Ipotesi eziologiche e studi sui fattori di rischio

Studi anatomico-patologici dimostrano come, nell'uomo, le placche cominciano a comparire intorno all'età di 30 anni, sulle pareti arteriose; esse crescono in maniera proporzionale al livello sierico di colesterolo e al numero di sigarette fumate e raggiungono la "criticità" all'età di 60-65 anni (storia naturale della cardiopatia ischemica nell'uomo). Nelle donne, invece, la presenza del periodo fertile (ricco in estrogeni) posticipa la data di comparsa della placca, la quale cresce in relazione alla storia di diabete e di ipertensione di cui è più spesso affetta la paziente di sesso femminile. La criticità viene raggiunta all'età di 75-80 anni (15-20 anni dopo rispetto all'uomo) (Fig. 3).

Figura 3



La DONNA diventa SIMILE all'UOMO all'età di circa 75 anni

Volendo esaminare se esistono differenze di genere nel peso e nella distribuzione dei fattori di rischio per arrivare a programmi di prevenzione mirata, si può asserire che quasi tutti i "classici" fattori di rischio sono simili nei due sessi, che forse esistono alcune differenze, che si parla di alcuni nuovi fattori di rischio che avrebbero particolare impatto sul sesso femminile e infine che l'effetto del controllo dei fattori di rischio "classici" sembra simile nei due sessi. Va tuttavia premesso che ancora non vi sono dati sufficienti. Riguardo al primo

punto, quasi tutti i fattori di rischio sono simili, esistono forse alcune differenze che riguardano ipertensione, diabete, attività fisica, colesterolo HDL e trigliceridi, sulla percezione di malattia e sulle condizioni psico-sociali.

Esistono invece sicure differenze per quel che riguarda l'evento menopausa e sul suo antidoto unico e peculiare, la terapia estrogenica sostitutiva. Riguardo ai classici fattori di rischio si può osservare che per tutti quanti, tranne che per l'ipertensione, si discute su dati osservazionali.

E' emerso dallo studio del *Rancho Bernardo* che il rischio relativo nelle donne diabetiche è da 3 a 7 volte maggiore; da *Framingham* risulterebbe che forse un valore basso di HDL ed elevato di trigliceridi è più importante nelle donne; dal *Nurses' Health Study* emerge che il peso corporeo aggiustato per l'età e fumo aumenta di molto il rischio nelle donne.

Dati osservazionali riportano che l'attività fisica ha effetti benefici nelle donne perché influenzerebbe positivamente sensibilità all'insulina, diabete, ipertensione e osteoporosi. Esistono differenze inoltre tra i due sessi nella percezione di malattia nel senso che la donna ha indubbiamente un concetto di malattia cardiovascolare diverso dall'uomo in quanto che non è stata educata a considerarsi a rischio di CI, da cui ne consegue una scarsa sensibilità al concetto di prevenzione cardiovascolare.

Il dato menopausa infine è un tema estremamente controverso, in quanto non si hanno ancora idee chiare su quale sia l'apporto biologico al rischio, legato alla carenza estrogenica, e quale quello ascrivibile all'aumento dell'età. Ci sono pareri concordi e studi confermati sul fatto che l'ipertensione rappresenta il fattore di rischio cardiovascolare più importante nella donna in post-menopausa, mentre il diabete sia il più importante in assoluto, ma con un'incidenza molto inferiore. Il fatto che la post-menopausa rappresenti un fattore di rischio per l'ipertensione è stato dimostrato anche dalle ultime Linee-Guida Internazionali che introducono fra i vari fattori di rischio maggiori, oltre i classici, anche il sesso femminile, solo però quando la donna è in post-

menopausa e non è trattata con terapia estrogenica sostitutiva, criterio, tuttavia quest'ultimo, messo ampiamente in discussione dopo i risultati di alcuni trials.

### Trattamento/farmaci

Ci si è, ovviamente, interrogati riguardo alle possibili cause in grado di giustificare una così evidente differenza di genere nella diagnosi e nel trattamento delle malattie cardiovascolari. Sicuramente la donna è penalizzata perché la malattia è ad inizio più tardivo, pertanto si instaura sovente in presenza di più comorbidità, quali malattie autoimmuni e disendocrinopatie che di per sé inducono uno stato pro-infiammatorio e pro-coagulativo e possono accelerare il processo aterosclerotico. È inoltre riportata una differenza istopatologica della malattia aterosclerotica nei due sessi, che nella

Figura 4



### **Effetti catastrofici**

La donna avrebbe l'espressione di malattia accelerata, con placche relativamente più giovani e che più facilmente vanno incontro ad erosione piuttosto che ad ulcerazione (Fig. 4). Nel 1995 su *Circulation* veniva riportato che l'aspirina veniva prescritta in misura significativamente minore nella donna anziana rispetto all'uomo di pari età, mentre l'anno seguente si leggeva su *JAMA* che anche le pazienti con angina instabile o infarto miocardico acuto ricevevano terapia antiaggregante in misura inferiore rispetto ai pazienti maschi, dato poi confermato nello studio di Shahar ancor più per le donne di colore (Am Heart J 1996). Relativamente alla classe degli ACE-inibitori, 2 studi, il GISSI e l'AIRE, in una popolazione di pazienti con infarto del miocardio, hanno dimostrato un beneficio simile nei due sessi. A questi studi se ne oppongono altri che mettono invece in luce una riduzione della mortalità solo nel sesso maschile (SAVE e ISIS-II); in realtà questi ultimi 2 trial non avevano una numerosità campionaria sufficiente di donne. E si ricade nel reiterativo problema dell'esclusione delle donne dai grandi trials. Relativamente ai Beta-bloccanti, Soumerai nel 1997, riportava un minor utilizzo di questa classe di farmaci nelle donne con infarto del miocardio, sia durante ospedalizzazione che nell'immediato periodo post-dimissione, mentre Chandra, in un interessante articolo apparso su *Arch Int Med* del 1998, evidenziava che le donne sicuramente ricevevano in misura minore i Beta-bloccanti rispetto agli uomini, ma che la percentuale di utilizzo era comunque assai bassa per entrambi i sessi.

La vera "Sindrome del sesso debole" consiste, in conclusione, in una serie di eventi fisiologici e fisiopatologici, geneticamente controllati, che sposta l'esordio della cardiopatia ischemica di 15-20 anni rispetto al maschio. L'età più avanzata e la maggior presenza di patologie concomitanti rendono il quadro clinico e la prognosi della coronaropatia acuta molto più severi rispetto al maschio, dato che condiziona pesantemente le scelte terapeutiche del Cardiologo.

### La prevenzione a Modena

Occorre, a nostro parere una cauta, non allarmante, ma precisa e mirata sensibilizzazione della donna ai fattori di rischio cardiovascolari in generale ed in particolare al possibile rischio di eventi cardiovascolari, considerando il fatto che le patologie dell'apparato circolatorio rappresentano la principale causa di morte, ricovero e disabilità in tutto il mondo occidentale e che la donna, con la menopausa, risulta esposta a nuovi ed importanti fattori di rischio.

Sensibili alla problematica del rischio cardiovascolare globale della donna in post-menopausa, unito alle possibili ulteriori patologie associate al climaterio, abbiamo istituito nel 1996 a Modena, nel reparto da me diretto, il Centro “BenEssere Donna”, dedicato alla prevenzione, diagnosi e terapia delle più frequenti patologie associate alla post-menopausa al fine di renderla età di serenità piuttosto che era di cardiopatia ed inabilità, visto soprattutto il fenomeno di femminizzazione mondiale cui stiamo assistendo. Si tratta di un Centro polispecialistico, rivolto a tutte le donne in post-menopausa fino ai 65 anni di età, che coinvolge diverse Unità dell’Azienda Policlinico di Modena fra loro collegate in modo da assicurare alle signore dei percorsi preferenziali dedicati all’individuazione dei principali fattori di rischio che si instaurano nel periodo post-menopausale. Fra loro collaborano diversi specialisti, quali cardiologo, dietologo, ginecologo, reumatologo, urologo, psichiatra ed altri per assicurare alla donna una valutazione mirata e completa.

Il BenEssere Donna rappresenta, a nostra conoscenza, il primo ed unico tentativo in Italia di creare un “osservatorio” dedicato alle patologie associate alla postmenopausa con particolare riguardo alle problematiche non ginecologiche. Le Signore si presentano spontaneamente al Centro BenEssere Donna su suggerimento del Medico Curante, su consiglio di amiche e conoscenti o richiamate dall’interesse suscitato dal Centro a livello di stampa e televisione locale e nazionale.

Oltre a un Centro con ricaduta assistenziale, il BenEssere Donna ha permesso anche alla Cardiologia del Policlinico di condurre e sviluppare importanti tematiche in campo di ricerca clinica cardiovascolare.



## Medicina di genere. La salute della donna

Dott.ssa Susanna Cozzio  
U.O. Medicina la Divisione  
Ospedale S. Chiara  
Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari  
Trento

**Introduzione:** mentre negli Stati Uniti lo studio delle differenze biologiche tra i sessi è emerso come disciplina scientifica a sé stante molti anni fa e già dal 1990 veniva istituita l'agenzia per la salute femminile, nel nostro Paese, solo da pochi anni si è iniziato a parlare di medicina di genere al fine di approfondire i temi della salute al femminile e di sviluppare un programma per future ricerche in questo campo. Oggi la medicina di genere si sta costituendo come nuova disciplina clinica, incentrata sulle condizioni patologiche particolarmente rappresentate nel sesso femminile.

**Definizione di fattori di rischio:** si intende per fattore di rischio una specifica condizione che risulta statisticamente associata ad una malattia e che pertanto si ritiene possa concorrere alla sua patogenesi, favorirne lo sviluppo o accelerarne il decorso. Classicamente si parla di fattori di rischio non modificabili, come l'età, la genetica, il sesso e fattori di rischio modificabili come l'alimentazione, il fumo, l'alcool.

Sorgono quindi due domande:

1. Un fattore di rischio non modificabile, quale il genere, cosa comporta?
2. E il genere ha qualche effetto sui fattori di rischi modificabili?



Le principali cause di morte sono le stesse per entrambi i sessi:

nell'ordine le malattie cardiovascolari, le neoplasie maligne e le malattie cerebrovascolari. Per le donne il rischio di andare incontro a molte malattie aumenta con l'insorgere della menopausa e questo è un dato molto importante in quanto, essendo l'età media in continuo aumento, le donne nei paesi industrializzati vivono circa un terzo della loro vita nel periodo post-menopausale. Proprio in questo periodo, infatti, quando la concentrazione degli ormoni femminili (estrogeni) diminuisce, l'incidenza delle malattie cardiovascolari aumenta e la densità dell'osso inizia a diminuire.

E' interessante rilevare che la percezione che le donne hanno del rischio di malattia è errata: meno del 10% delle donne sa che le malattie cardiovascolari rappresentano la principale causa di morte nel loro sesso e la condizione patologica più temuta è rappresentata dal tumore della mammella (la principale causa di morte per neoplasia nella donna è il tumore polmonare). Questo può almeno in parte rendere ragione del fatto che vi è una costante disattenzione verso quei fattori di rischio modificabili come la dislipidemia, l'ipertensione arteriosa e il fumo di sigaretta.

### I fattori di rischio delle Malattie Cardiovascolari

La donna viene colpita dalle malattie cardiovascolari ad un'età superiore di circa 10-15 anni rispetto all'uomo; inoltre mentre nell'uomo la modalità di esordio più frequente è rappresentata dall'infarto miocardico nella donna è rappresentata dall'angina, dolore che per la maggior parte delle volte è atipico e quindi più difficile da riconoscere (frequentemente interpretato come di natura gastrointestinale e associato a nausea e vomito). L'età di esordio più tardiva e la presenza di comorbidità comportano anche diverse scelte diagnosticoterapeutiche rispetto all'uomo, fermo restando che l'**ipertensione arteriosa**, il **colesterolo elevato**, l'**obesità**, il **fumo**, il **diabete** e la **scarsa attività fisica** sono importanti fattori di rischio per entrambi i sessi.

## Fumo

Circa 5 milioni di donne in Italia sono fumatrici ed il numero è in costante crescita. Il **fumo** è un fattore di rischio per eventi cardiovascolari più potente nella donna rispetto all'uomo (a parità di sigarette fumate il danno sia a livello polmonare che cardiovascolare è maggiore).

Si deve sottolineare che il fumo anticipa la menopausa di circa due anni, ha attività sui lipidi in quanto aumenta l'ossidazione delle LDL, diminuisce le HDL, aumenta l'aggregazione piastrinica e ha un'azione proinfiammatoria.

**Per di più gli estrogeni aumentano il metabolismo della nicotina e rallentano l'eliminazione di tale sostanza.**



## Alcool

L'abuso di sostanze psicoattive è più frequente negli uomini che nelle donne: in queste ultime c'è una maggiore incidenza di alcoolismo dopo i 50 anni. Le donne alcoliste bevono minore quantità di alcool ma i danni sono superiori perché le concentrazioni di alcool nel sangue sono più elevate nella donna che nell'uomo a parità di introito. La maggiore biodisponibilità dell'alcool nel sesso femminile è dovuta sia ad un minor volume di distribuzione (il peso e la massa muscolare sono inferiori nella donna), sia ad un più lento metabolismo gastrico dell'alcool per la minor attività dell'enzima gastrico alcool deidrogenasi.

Si è osservato come il danno epatico derivante dall'assunzione di alcool si sviluppi più velocemente e per quantità inferiori nella donna rispetto all'uomo e che l'abuso di alcool nella donna influenzi negativamente la fertilità e la salute della prole (sindrome fetale da alcool).

Si deve inoltre sottolineare come le donne facciano meno ricorso a strutture socio-sanitarie specificatamente orientate al trattamento delle dipendenze.



## Effetti della terapia ormonale sostitutiva sulle malattie cardiovascolari.

Gli ormoni estrogeni determinano un aumento delle HDL ("colesterolo buono") e una diminuzione delle lipoproteine a bassa densità ("colesterolo cattivo"), mentre gli androgeni (ormoni maschili) hanno l'effetto opposto. Gli estrogeni inoltre presentano effetti vasodilatatori sull'endotelio dei vasi, aumentano la sensibilità dell'insulina e hanno proprietà antiossidanti.

Sono presenti in letteratura due importanti studi che hanno valutato gli effetti della terapia ormonale sostitutiva nella post-menopausa. Il primo, lo studio HERS, è uno studio di prevenzione secondaria condotto su 2763 donne con malattia coronarica sottoposte con criterio di casualità a terapia sostitutiva per 4 anni, confrontando gli effetti con un analogo gruppo in placebo. Nel primo anno di studio si è segnalato un aumento del 50% di incidenza di eventi cardiovascolari nel gruppo che assumeva estroprogestinici, nonostante l'aumento significativo di HDL. Negli anni successivi non vi è stata differenza di mortalità tra i due gruppi. Il secondo studio, lo WHI, è stato condotto invece in donne (16608) non cardiopatiche e trattate in parte con estroprogestinici e in parte con placebo. Dopo 5 anni si è osservata un'incidenza superiore del 26% di carcinoma mammario, del 29% di coronaropatia e del 41% di ictus, oltre ad un raddoppiato rischio di sviluppo di embolia polmonare nel gruppo in trattamento. Unico risultato positivo è stato la riduzione di fratture dell'anca e di carcinoma del colon. Alla luce di questi risultati sono attualmente in corso ulteriori studi per definire con maggior sicurezza le indicazioni e i benefici della terapia ormonale sostitutiva nelle donne in post-menopausa.

## Sindrome metabolica e Diabete Mellito



**La Sindrome metabolica** è una situazione clinica che comprende una serie di fattori di rischio cardiovascolari che sono presenti contemporaneamente in un individuo e che frequentemente si riscontrano nella donna in post-menopausa.

Il metodo per identificare la patologia è dato dalla presenza nello stesso paziente di almeno due dei seguenti disordini:

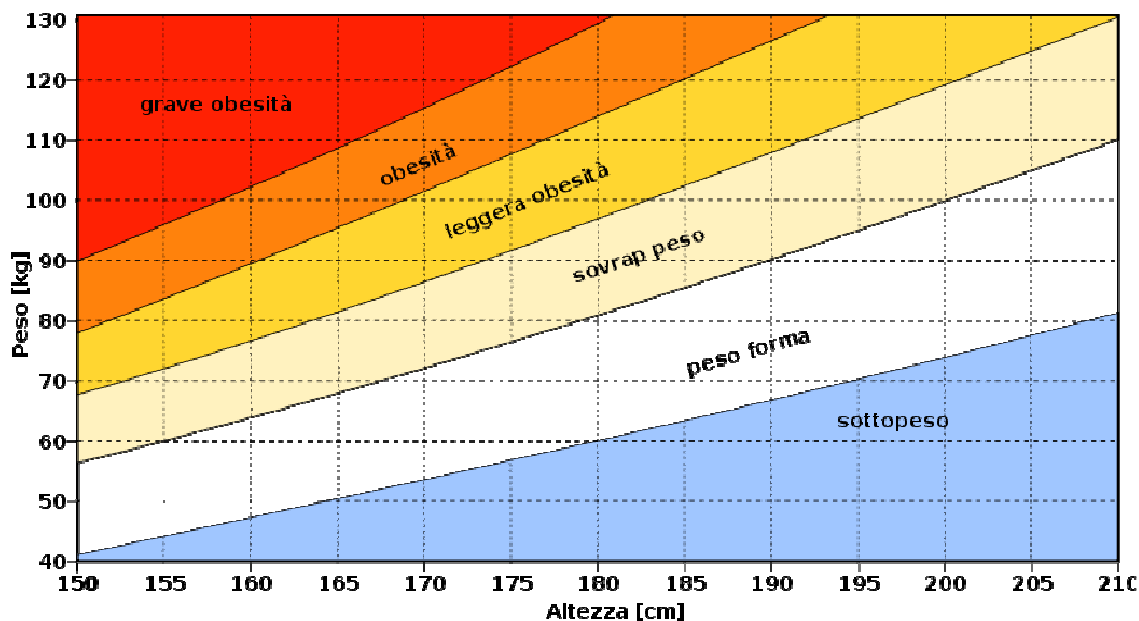
- Ipertrigliceridemia: oltre i 150 mg/dl;
- Colesterolo HDL < 40 mg/dl nei maschi e < 50 mg/dl nelle femmine o terapia ipolipemizzante
- Glicemia a digiuno: oltre 100 mg/dl;
- Ipertensione arteriosa: oltre i 130/85 mm Hg o terapia ipotensivante;

associati a una circonferenza vita maggiore di 94 cm nei maschi e 80 cm nelle femmine per i pazienti di etnia europea (i parametri variano in base al gruppo etnico di appartenenza).

A questi si aggiunge un importante fattore di rischio, l'età, che è determinante a partire dai 45 anni negli uomini e dai 55 nelle donne.

**L'obesità** è una situazione di accumulo anomalo o eccessivo di grasso nei tessuti adiposi del corpo che comporta rischi severi per la salute. Il BMI (indice di massa corporea) si calcola dividendo il peso espresso in chilogrammi per altezza espressa in metri al quadrato ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ). Il BMI è considerato nella norma fra i 18,5 e i 25, mentre superato il valore di 25 diventa patologico.

- Fra il valore di 25 e 30 la persona viene definita in “soprappeso”;
- Superato il valore di 30 si parla di “obesità”



L'obesità è un importante fattore predisponente l'insorgenza di diabete, ipertensione e aumento del tasso di colesterolo nel sangue. E' dimostrato come il rischio di diabete di tipo 2 aumenta parallelamente al BMI e cala parallelamente alla perdita di peso.

I soggetti obesi frequentemente hanno valori elevati di trigliceridi e di colesterolo LDL mentre hanno bassi valori di colesterolo HDL. Le persone obese con un forte accumulo di grasso a livello addominale (ecco qui l'importanza di uno dei criteri di definizione di sindrome metabolica: **circonferenza vita oltre i 94 cm nei maschi, 80 cm nelle femmine**) sono più facilmente soggette a tale disordine metabolico con conseguente elevato rischio di malattie coronariche.

Il **diabete** si associa ad alto tasso di complicanze cardiovascolari nella donna che sviluppa maggiormente malattia coronarica e scompenso cardiaco rispetto all'uomo.

### **Ipertensione arteriosa**

Dopo i 60 anni di età l'ipertensione arteriosa è più frequente nelle donne che negli uomini (a causa della longevità della donna). L'ipertensione nelle donne ha esordio in età più elevata, circa 10 anni dopo rispetto all'uomo.

Da un punto di vista medico gli ormoni sessuali:

1. esercitano un'azione diretta sulla crescita endoteliale e sulla contrazione delle cellule muscolari vascolari;
2. inoltre l'estradiolo inibisce il rilascio di renina, mentre il testosterone ne stimola la secrezione.

Gli ormoni sessuali influiscono sulla pressione arteriosa: durante lo stesso ciclo mestruale, la pressione è più elevata durante la post-menopausa e la fase follicolare (1°-14° giorno), rispetto alla fase luteinica (15°-28° giorno).

Si deve inoltre segnalare, in entrambi i generi, lo stretto rapporto che lega **ipertensione ed obesità**: all'aumento del valore del BMI (Indice di Massa Corporea) si riscontra un aumento della pressione arteriosa e si stima che all'aumento di 10 kg corrisponda un aumento della pressione di 2-3 mmHg. Tale correlazione si riscontra anche quando il peso diminuisce (ad ogni 1% di peso complessivo perso corrisponde una diminuzione della pressione di 1-2 mmHg).

Infine esiste un problema nel trattamento medico dell'ipertensione nelle donne: vi sono controindicazioni all'utilizzo di alcune classi farmacologiche durante l'età fertile come quella degli ACE-inibitori e si sono osservati maggiori effetti collaterali come l'edema da calcio-antagonisti o la tosse da ACE-inibitori. La diversa biodisponibilità tra uomo e donna è probabilmente da attribuire alla differente quota di massa grassa e al tipo di metabolismo; rilevanti possono essere a parità di dosaggio farmacologico gli effetti terapeutici.

### **Malattie neurologiche e disturbi psicologici**

La prevalenza di **Morbo di Alzheimer** è maggiore nella donna rispetto all'uomo (il rischio di malattia aumenta con l'età e le donne vivono più a lungo rispetto agli uomini). I sintomi sono diversi in relazione alla differente struttura cerebrale nonché al diverso assetto anatomico-funzionale e recettoriale.

- nella donna i deficit sono più gravi nella sfera del linguaggio e dell'emotività (inizialmente questa malattia viene frequentemente trattata con antidepressivi);
- nell'uomo sono maggiori i problemi comportamentali come aggressività, disinibizione (spesso i pazienti vengono trattati con sedativi).

Sono inoltre diverse per frequenza nei due generi molte malattie neurologiche: nella donna ad esempio si riscontrano maggiormente ansia, depressione e attacchi di panico mentre nell'uomo l'autismo e la malattia di Parkinson.

In particolare la depressione maggiore è due volte più frequente nelle donne rispetto agli uomini ed è caratterizzata da episodi che durano più a lungo e che più difficilmente vanno incontro a remissione spontanea. La depressione si osserva già durante l'adolescenza e si manifesta nel 10% delle donne in gravidanza; anche in questo caso gli ormoni sessuali sembra giochino un ruolo importante influenzando il tono dell'umore e ciò è evidente nelle diverse fasi del ciclo mestruale

### **Malattie autoimmuni**

Il genere femminile è generalmente più soggetto alle patologie autoimmuni per esempio il LES, l'artrite reumatoide e le tiroiditi.

Le risposte immunitarie di adattamento sono più intense nelle donne che negli uomini e ciò potrebbe essere spiegato dall'azione stimolante esercitata dagli estrogeni e dall'azione inibitrice esercitata dagli androgeni sui mediatori cellulari dell'immunità.

### **Osteoporosi**

Nell'osso sono stati identificati sia recettori per gli ormoni estrogeni che per gli androgeni. Un deficit di estrogeni determina un aumento di riassorbimento dell'osso con un bilancio calcico negativo a cui consegue una maggiore prevalenza di osteoporosi nelle donne in post-menopausa (è da segnalare che le fratture di bacino secondarie ad osteoporosi rappresentano una causa importante di morbilità e invalidità nella donna anziana).

Inoltre nelle donne anziane, soprattutto quelle che vivono a latitudini settentrionali, è frequente il deficit di vitamina D che è un elemento indispensabile per l'assorbimento del calcio e per il mantenimento della salute dell'osso. La vitamina D infatti si ottiene prevalentemente con l'esposizione solare e pochi alimenti ne contengono quantità apprezzabili: ne è ricco l'olio di fegato di merluzzo, seguono alcuni pesci grassi come i salmoni e le aringhe, il latte ed i suoi derivati, le uova, il fegato e le verdure verdi.

### **Fattori di rischio neoplastici**

Agenti infettivi, quali virus, batteri, parassiti, possono indurre danno al DNA e favorire lo sviluppo di tumori. E' noto come ad esempio il virus dell'epatite, l'*Helicobacter pylori* e alcuni parassiti, promuovano la carcinogenesi attraverso il mantenimento dello stato di infiammazione cronica. Nella donna inoltre i sottotipi 16 e 18 del papillomavirus sono correlati allo sviluppo dei tumori della cervice uterina.

Nella provincia di Trento, secondo le indicazioni del Ministero della Salute, l'offerta pubblica gratuita della vaccinazione è rivolta alle bambine tra gli **11 e 12 anni di età** (a partire dalle nate nel 1997). La vaccinazione in questa fascia d'età risulta particolarmente vantaggiosa perché induce **un'efficace protezione prima di un eventuale contagio con il virus HPV** che si acquisisce di solito subito dopo l'inizio dell'attività sessuale.

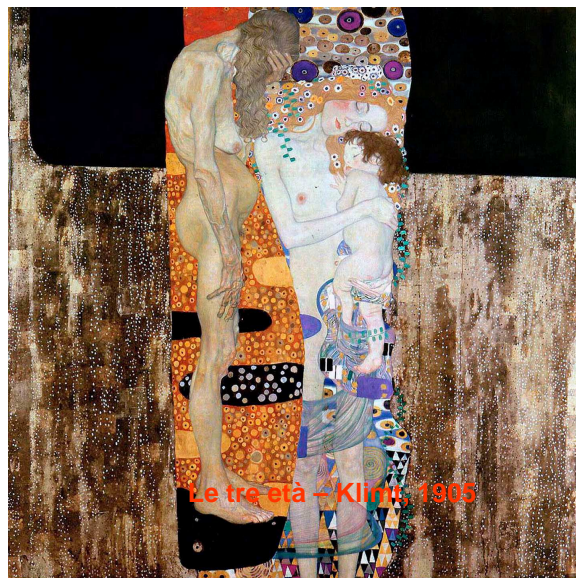


Sono state anche identificate alcune caratteristiche genetiche ereditarie (mutazione dei geni BRCA1 o BRCA2) che espongono le donne ad un elevato rischio di sviluppo, nel corso della vita, di tumore alla mammella. È quindi consigliabile alle donne con storia familiare di carcinoma mammario di sottoporsi a controlli regolari di screening (mammografia).

### E quindi come prevenire?

Per i fattori di rischio modificabili è indispensabile un **adeguato stile di vita** (dieta bilanciata, attività fisica, niente fumo o alcool) e sottoporsi con regolarità agli **screening consigliati** (PAP test, mammografia, vaccino HPV nelle diverse fasce di età consigliate).

È di fondamentale importanza promuovere una **corretta informazione** del concetto di rischio di malattia, in particolare nel sesso femminile, al fine di garantire una migliore qualità di vita considerando l'aumento dell'età media della donna.



## Medicina e Genere. La ricerca al femminile

Dott. Gianni Rognoni  
Direttore Consorzio Mario Negri Sud,  
Santa Maria Imbaro, **Chieti**.

Difficile, o piuttosto insolito (certo per il “genere maschile” di chi lo fa) un intervento previsto come chiusura di un incontro che ha una prospettiva così precisa, e contributi altrettanto mirati, al femminile.

Forse l'unico motivo che può giustificare questa mia presenza è il fatto che, tanti anni fa, come ben ricordato nell'intervento della Prof. Modena, ero tra i promotori di quello studio GISSI sull'infarto condotto dall'ANMCO italiana, che per la prima volta aveva non solo previsto, ma raccomandato la inclusione della popolazione femminile con infarto in un grande studio sperimentale ricordato ormai nella letteratura cardiologica internazionale come una delle tappe fondamentali della storia cardiologica. E' forse proprio da questa memoria che è utile ripartire. Sono poche osservazioni, di carattere più generale, che vorrei proporre più che come conclusione, come prospettiva di questa giornata che si svolge in un tempo che può guardare alla "discriminazione di genere" come un fenomeno del passato: "strano", ma fundamentalmente reale, duraturo di cui e' importante prevenire il ripetersi, magari in altre forme, e di altro “genere”.

- 1- Il messaggio più importante che può venire da una "medicina di genere" è quello di ricordare, e sottolineare con forza, che la legittimità e la credibilità della medicina possono essere sempre e solo garantite se e quando a guidare le scelte non è la considerazione delle "diversità" (di genere, di età, di razza, di appartenenza socioeconomica o culturale), ma l'attenzione e la presa in carico della realtà e delle priorità dei bisogni concreti delle persone (come individui e come collettività), che vedono il loro diritto alla salute (che è un indicatore della vita) a rischio, più o meno grave.

Il "genere" non è altro di fatto che un simbolo delle tante "diversità", che ancora oggi caratterizzano la medicina e sempre più non solo nei paesi "diversi" per le sfavorevoli condizioni di economia, sviluppo, società, sistemi sanitari non garantiti. I sistemi sanitari e le pratiche mediche infatti non sono altro che lo specchio e l'espressione della permanente, e crescente, capacità delle società di non considerare i rispettivi cittadini come persone titolari degli stessi diritti umani, universali e inviolabili. I più recenti rapporti dell'OMS e delle diverse agenzie delle Nazioni Unite documentano e confermano l'estensione, e la gravità, della disegualianza nell'accesso alle cure per ragioni socioeconomiche, con la sostanziale indifferenza, quando non è connivenza, della medicina, che dovrebbe essere indicatore e garante della eguaglianza.

- 2- Ricordare la "medicina di genere" come occasione (nei nostri paesi ormai superata) di discriminazione, non è dunque un esercizio di memoria del passato, ma un motivo specifico di impegno per il presente-futuro: quello di contribuire a mettere in evidenza tutti gli altri campi e modalità a rischio di discriminazione. I "bisogni inevasi" che hanno alla loro base la discriminazione devono trasformarsi di fatto in altrettante priorità di investimento e di ricerca per evitare-minimizzare il riprodursi-perpetuarsi di una "medicina della disegualianza". I nomi dei problemi e delle popolazioni che ne sono soggetti-vittime sono tanti: gli anziani "fragili" per malattie-con-solitudine e non autonomia; le tante e diverse disabilità non riconosciute come "degne" di riabilitazione adeguata, fisica, psichica, sociale; i malati mentali; gli anziani con problemi di memoria;... . Altrimenti aree e persone reali, che non hanno meno bisogno di ripetute dichiarazioni e promesse di attenzione, e molto più di un cambiamento sostanziale dei comportamenti

delle competenze (non solo mediche!) che sono chiamate anzitutto a rendere visibili – con diritto di parola, e quindi di "presa in carico" – le persone-popolazioni a rischio.

- 3- La "medicina di genere" è memoria (e richiesta di impegno concreto) non solo di un rischio di discriminazione per sottrazione o non accesso alle cure appropriate: esiste una discriminazione capovolta, per eccessiva aggressività nel proporre-imporre interventi che non corrispondono a bisogni reali, ma a pressioni culturali e di mercato. L'aggressività delle terapie ormonali e sostitutive per le donne in menopausa è stata uno degli scenari più diffusi e con più conseguenze negative sia in termini culturali che di rischi-costi medici. Così come per le terapie per l'osteoporosi; il parto cesareo; le protesi puramente cosmetiche al seno. Le scelte e le pratiche mediche sono esposte a questo rischio di discriminazione-per-eccesso-, ogni volta che si propongono senza avere verificato rigorosamente se il profilo di beneficio-rischio e/o di beneficio-costi è ben documentato, e se l'informazione data all'opinione pubblica (cioè alla cultura generale che determina poi anche quella sanitaria) è sufficientemente bilanciata: per non creare bisogni artificiali, vere e proprie "dipendenze" da soluzioni che coincidono più con illusioni che con risposte.

La "aggressione" con farmaci dichiarati antidepressivi a persone-collettività che sono portatrici di un "disegno di vita" è un'altra delle aree in cui le popolazioni femminili sono discriminate-per-eccesso rispetto alla popolazione in generale.

- 4- La "medicina di genere" conserva dunque tutta la sua attualità, e l'attenzione che le è data in questo incontro, è più che dovuta, come pro-memoria permanente, per la medicina e la società, che il diritto alla salute-vita è garantito – sempre più oggi, in Italia, e ovunque – solo se le singole collettività umane si sentono (ognuna nella specificità dei suoi contesti culturali e di vita) protagoniste dirette di una ricerca mirata ad assicurare la "normalità" dell'uguaglianza. Il senso di questo incontro penso sia tutto qui: al di là delle tante informazioni precise e specifiche che sono state fornite, l'augurio e l'impegno per questa collettività del Trentino, (certamente già tra le più privilegiate e protette rispetto ai rischi sopra citati: sia a livello sanitario che sociale) è quello di avere come indicatore di qualità, ed obiettivo di programma del proprio progetto di cittadinanza, la vigilanza su, e l'evitabilità concreta di, ogni discriminazione, per difetto o per eccesso.



## Genere (uomo e donna) e medicina

Alcune osservazioni a margine del convegno in particolare su “La ricerca al femminile”

Dott.ssa Loreta Rocchetti  
Medico di medicina generale  
Trento

In questo interessante convegno è stato messo in luce uno sguardo nuovo nella medicina. L'interessante, documentata, bella relazione di Mariagrazia Modena “Cuore di donna” mi ha fatto riflettere, alla fine della mia carriera medica, su come quel fantomatico “principe azzurro” (30 anni, 70 kg, maschio ....) che ha occupato gli anni di studi e addestramento alla professione di tanti medici, riferimento di tutti i modelli sperimentali, fisiologici patologico farmacologici, abbia fatto probabilmente trascurare per tanto tempo aspetti peculiari di chi quelle caratteristiche non aveva. Anche qui è stato detto: ci sono dei fattori per cui le donne trascurano di assumere terapie che si sono rivelate sperimentalmente efficaci... ma, bisognerebbe aggiungere, efficaci per i maschi sui quali sono state testate!

Le donne hanno una fisiologia diversa da quella degli uomini – non solo per quanto riguarda la riproduzione ovviamente – vivono anche di più e il panorama che la statistica ci prospetta, i dati sono stati riportati anche in questa sede, è quello di un mondo popolato da vecchissime persone, per lo più donne, afflitte da innumerevoli guai e soprattutto dementi e un piccolo numero di giovani che cercano di lavorare per sostenerne il peso.

Vale la pena lavorare tanto in prevenzione e diagnosi precoci per arrivare ad un mondo così? Per fortuna le previsioni statistiche hanno un andamento diverso dalla mera proiezione al futuro di dati attuali, come se nulla cambiasse in 20 – 30 anni. Già la crisi economica mondiale farà cambiare sensibilmente il panorama, lo si è visto in Stati che hanno modificato il loro assetto sanitario. E' evidente anche in uno studio, che ho recentemente letto, che riportava come negli ultimi 20 anni ci sia stata una riduzione significativa del numero di disabili anziani (proiezioni del 1982 prevedevano per il 1996 circa un milione e quattrocentomila disabili in più). Speriamo in bene dunque e teniamo la mente aperta ad ogni possibile ipotesi, anche di ricerca, per aumentare la felicità (o diminuire l'infelicità) delle persone che popolano la terra.

Nella medicina ci sono la fisiologia e patologia al femminile, la cura al femminile ed anche la ricerca al femminile.

E' possibile analizzare quest'ultima sotto due aspetti:

- la ricerca con donne che accettano di esserne l'oggetto: quanta se ne fa? In che ambiti? In che considerazione è tenuto il delicato ruolo della possibile maternità e quindi anche dei possibili problemi per i figli? Se la ricerca al femminile è poca è solo per una forma di rispetto o anche per una forma di pigrizia?
- la ricerca fatta da donne ricercatrici: quali sono le ipotesi di ricerca, le intuizioni che nascono specificamente da donne? C'è una differenza tra le ipotesi e l'impostazione della ricerca al maschile? Le donne amano o no fare ricerca? Se sì hanno la possibilità di farla?

E la cura? Esiste una differenza tra il curare al femminile e al maschile? Stiamo assistendo ad una femminilizzazione della medicina, massiccia. Non ancora nei posti di comando ma sicuramente alla “base”. Questo porta, ha portato, si spera che porti ad un cambiamento nella professione o si sposano tout court i modelli maschili di curare? Anche questo può essere un campo di ricerca.

Per preparare l'intervento a un seminario di qualche lustro fa sulla "medicina di genere" ho chiesto il parere di una mia paziente ultracentenaria, testimone di cambio di cultura, usi e costumi anche sanitari. Cosa ne pensava? La prima risposta è stata "il medico deve essere uomo" poi si è accorta che io – che la curavo da molti anni - non lo ero. Ne abbiamo ampiamente parlato e la sua conclusione è stata "è una questione di sensibilità e di libertà di esprimere la propria sensibilità, non di sesso". Non so se Vittoria avesse ragione, ma può essere una curiosità non proprio inutile, per adottare comportamenti liberi da pregiudizi di genere e di ruoli dove ognuno, maschio o femmina, scelga di dare il meglio per ogni altro.

Sul primo punto "fisiologia e patologia al femminile" la magistrale relazione della prof. Modena è una risposta e un modello per altri campi di indagine, perché le donne hanno un cuore, si sa, ma hanno anche fegato!





**A.R.M.E.T.**  
**Associazione di  
Ricerca Medica  
Trentina**

*In collaborazione con*



*Con il patrocinio di*



PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO  
Assessorato alla Solidarietà Internazionale e alla Convivenza  
Assessorato alla Salute e alle Politiche Sociali

Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari

AIAC Associazione Italiana Aritmologia e Cardiolazione - Sezione Regione Trentino Alto Adige -

## **GENERE (Uomo e Donna) e MEDICINA**

Sabato 17 Dicembre 2011 - ore 9.00  
SALA FONDAZIONE CARITRO  
Via Calepina 1 - Trento

Saluti delle autorità:

LIA BELTRAMI GIOVANAZZI - Assessore alla Solidarietà Internazionale e alla Convivenza  
UGO ROSSI - Assessore alla Salute e Politiche sociali  
LUCIANO FLOR - Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari

Introduzione: MAURIZIO AMICHETTI – Associazione di Ricerca Medica Trentina

Moderatori: MAURIZIO DEL GRECO, MAURIZIO AMICHETTI

- **Genere e diversità** - IVANA DI CAMILLO – Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori
- **Donne e sanità** - PAOLA MACCANI – Direzione integrazione socio-sanitaria APSS Trento
- **Epidemiologia nei due sessi in Trentino** - SILVANO PIFFER - Osservatorio epidemiologico APSS Trento
- **Lettura: Cuore di donna** - MARIAGRAZIA MODENA – Cardiologia, Università di Modena
- **Fattori di rischio nella donna** - SUSANNA COZZIO – Medicina 1, Osp. S. Chiara, APSS, Trento
- **La ricerca al femminile** - GIANNI TOGNONI – Consorzio Mario Negri SUD, Chieti

Discussione generale guidata MILENA DI CAMILLO - Giornalista

Organizzazione scientifica: A.R.M.E.T. (M. Del Greco, Cardiologia, Ospedale S. Chiara - APSS Trento)  
Segreteria organizzativa: LILT - Sezione Provinciale di Trento, corso 3 novembre 134, Trento Tel. 0461-922733

Agenzia provinciale per la famiglia,  
la natalità e le politiche giovanili - PAT  
Ufficio per le politiche di Pari Opportunità  
Via Romagnosi, 5 – 38122 Trento  
Tel. 0461 493219 – Fax 0461 493218  
[pariopportunita@provincia.tn.it](mailto:pariopportunita@provincia.tn.it)  
[www.pariopportunita.provincia.tn.it](http://www.pariopportunita.provincia.tn.it)



**A.R.M.E.T.**  
Associazione di  
Ricerca Médica  
Trentina



**LILT**

LEGA ITALIANA PER LA LUTTA CONTRO I TUMORI  
prevenire e vivere

SEZIONE  
PROVINCIALE  
DI TRENTO

