



CONTRIBUTO
REGIONE DEL VENETO



CITTÀ DI CONSELVE
Assessorato alle Pari Opportunità



Commissione
PARI OPPORTUNITÀ

Medicina di Genere:



Lo sapevi che ...?

Campagna informativa
promossa dal Comune di Conselve nell'ambito del progetto
"UGUALMENTE DIVERSI – Per una cultura di genere"

Presentazione

Con il progetto "Uguualmente diversi - per una cultura di genere", la Commissione Pari Opportunità, con il contributo della Regione del Veneto, intende riprendere alcune iniziative promosse annualmente ed incentivare approcci innovativi, in collaborazione con Enti, associazioni e soggetti istituzionali diversi, per la formazione e la promozione della cultura di genere, in attuazione dei principi sanciti nella *Carta Europea per l'uguaglianza e le parità delle donne e degli uomini nella vita locale* (sottoscritta dal Comune di Conselve con deliberazione di Consiglio Comunale n. 94 del 04/12/2009) e del *Piano d'azione per la Parità* (adottato con deliberazione di Giunta Comunale n. 135 del 24/11/2011). L'Assessorato alle Pari Opportunità e la Commissione Pari Opportunità presentano questo opuscolo nell'ambito delle azioni di sensibilizzazione sul tema della Medicina di Genere, con lo scopo di informare la cittadinanza sui suoi principi ed applicazioni e, soprattutto, sull'urgenza di adottare un approccio di genere nell'ambito della salute e della prevenzione, degli studi epidemiologici, della diagnosi e delle terapie farmacologiche.

PREMESSA

La Medicina di Genere è lo studio, nelle 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 serie ormai vasta di studi dimostra che la fisiologia degli uomini e delle donne è diversa e tale diversità influisce profondamente sul modo in cui una patologia si sviluppa, viene diagnosticata, curata e affrontata dal paziente.

Per questo chi lavora nel campo della salute - medici, ricercatori, aziende farmaceutiche, ma anche istituzioni

pubbliche e società scientifiche – deve preoccuparsi che le risposte e le soluzioni – assistenza, terapie, farmaci – siano sempre adeguate alle caratteristiche della persona, incluse quelle di genere.

La Medicina di Genere applica alla medicina il concetto di 'diversità tra generi' per garantire a tutti, uomini o donne, il migliore trattamento auspicabile in funzione delle specificità di genere.

COME NASCE LA MEDICINA DI GENERE

A partire dalla metà degli anni '80, negli USA, alcuni ricercatori cominciano a studiare l'impatto che le differenze di genere comportano rispetto al modo in cui le patologie si manifestano, si sviluppano, vengono curate: si afferma così un nuovo approccio medico, che pone in relazione la salute e il rischio di patologia con i differenti ruoli sociali, culturali ed economici determinati dal 'genere'. Ci si rese conto che fino a quel momento la medicina era stata costruita sul paradigma 'giovane, adulto, maschio, bianco', che condizionava non solo la diagnosi e la cura delle patologie, ma anche la sperimentazione di nuovi farmaci.

Nel 1985 i National Institutes of Health statunitensi rendono pubblico il primo rapporto sulla salute delle donne stilato sulla base delle differenze di genere, puntando il dito sul ritardo conoscitivo della medicina su questo importante aspetto.

L'avanzamento della ricerca ha confermato che la salute umana è strettamente legata agli aspetti che costituiscono il 'genere' e che uomini e donne non differiscono solo sessualmente, ma anche rispetto a fattori come il peso, la percentuale di grasso corporeo, gli enzimi epatici, gli ormoni sessuali e le variabili determinate dall'ambiente, dalla società, dall'educazione, dalla cultura e dalla psicologia dell'individuo.

Finalmente i ricercatori compresero che, proprio a causa delle differenze di genere, il decorso delle patologie e la risposta alle cure farmaceutiche variano sensibilmente tra uomini e donne: pur essendo soggetti alle medesime patologie, la diversa appartenenza di genere determina sintomi, progressione e decorso delle patologie molto diversi tra loro.

GENERE E CORPO UMANO

La differenza sessuale e somatica è l'evidenza più immediata attraverso la quale siamo abituati ad individuare ed a distinguere uomini e donne. Tuttavia, le differenze di genere vanno oltre il sesso.

Ad esempio, per quanto riguarda il cuore, dal punto di vista del suo peso, quello delle donne è mediamente più leggero di quello degli uomini, può avere una diversa composizione proteica e un differente funzionamento delle arterie. Solo nel cuore delle donne, con l'invecchiamento, solitamente si forma un tipo di tessuto chiamato connettivo, che prende il posto di quello contrattile, rendendolo più 'rigido' di quello degli uomini. Di conseguenza, anche gli effetti di un aumento della pressione sanguigna possono differire: in alcuni casi il cuore degli uomini si dilata, mentre spesso quello delle donne rimane della medesima misura, ma sviluppa un ispessimento delle pareti, a testimonianza della complessità e diversità dell'intera biologia del cuore femminile.

Riguardo le patologie cardiache, si rileva un'altra interessante differenza: dal momento che le arterie coronariche del cuore femminile entrano in spasmo più facilmente di quelle degli uomini, una donna che provi uno shock emozionale particolarmente intenso ha maggiori probabilità, rispetto agli uomini, di sviluppare nell'arco di uno o due giorni un attacco cardiaco. Inoltre, il pregiudizio che le donne siano meno colpite rispetto agli uomini da

patologie cardiovascolari ha comportato una sottovalutazione dei sintomi e ritardi nella diagnosi.

Se dal cuore passiamo al cervello, le differenze sono ancora evidenti. Il cervello maschile, o meglio, la sua 'materia grigia', è circa un 10% più grande di quello femminile, ma nelle donne la cosiddetta 'materia bianca', cioè la connettività delle cellule neuronali, è maggiore: questa differenza fa sì che le donne siano più in grado degli uomini di svolgere diverse mansioni contemporaneamente.

Dal punto di vista della percezione del dolore, durante il ciclo mestruale la donna diviene molto più sensibile, dal momento che si abbassa il livello di estrogeno. Durante la gravidanza, il cervello della donna produce una grande quantità di neurosteroidi che diminuiscono l'ansia e hanno anche un effetto ipnotico. Negli uomini invece, è la diminuzione del livello di testosterone a indurre una maggiore sensibilità al dolore e una maggiore predisposizione a dimostrarlo.

Inoltre, a differenza degli uomini, le donne sono dotate di estese fibre nervose, chiamate fibre C, che si estendono dalla pelvi fino alle spalle e al collo: tale conformazione fa sì che riferiscano con più frequenza degli uomini i cosiddetti 'dolori riflessi' alle spalle o al collo, derivanti da patologie alla zona pelvica.

Questi sono solo alcuni esempi della complessità delle differenze tra uomini e donne.

LA SALUTE DELLA DONNA: 10 DIFFERENZE

Secondo la Società Americana per la Salute della donna esistono 10 differenze tra uomo e donna:

1. *Malattie cardiache.* La cardiopatia ischemica è la principale causa di morte per le donne di tutti i Paesi, con un tasso di mortalità lievemente superiore a quello maschile, ed è la prima causa di morte tra le donne di età compresa tra i 44 e 59 anni. Le donne hanno maggiori

probabilità degli uomini di avere un secondo infarto entro un anno dal primo.

2. *Depressione.* Le donne hanno una probabilità 2-3 volte superiore a quella degli uomini di essere colpite da depressione, anche a causa dei minori livelli di serotonina nel cervello.

3. *Osteoporosi.* Le donne rappresentano l'80% della popolazione colpita da questa malattia.

4. *Cancro al polmone.* A parità di esposizione al fumo, le donne hanno maggiori probabilità di sviluppare tumore al polmone rispetto agli uomini. Il sesso femminile è, infatti, più sensibile alle sostanze cancerogene presenti nelle sigarette.

5. *Malattie sessualmente trasmesse.* Rispetto agli uomini, le donne hanno una probabilità doppia di contrarre una malattia sessualmente trasmessa e dieci volte superiore di contrarre l'HIV a causa di rapporti sessuali non protetti.

6. *Anestesia.* Le donne tendono a riprendersi dall'anestesia più velocemente degli uomini: in media, le donne impiegano 7 minuti contro gli 11 degli uomini.

7. *Reazioni ai farmaci.* Farmaci comuni, come antistaminici e antibiotici, possono provocare reazioni ed effetti collaterali diversi in donne e uomini.

8. *Malattie autoimmuni.* È di sesso femminile il 75% delle persone che soffrono di malattie del sistema immunitario, come la sclerosi multipla, l'artrite reumatoide e il lupus.

9. *Alcool.* Le donne producono una minore quantità dell'enzima gastrico che metabolizza l'etanolo. A parità di consumo, dunque, le donne presentano una maggiore concentrazione di alcool nel sangue rispetto agli uomini, anche tenendo conto delle differenze di peso.

10. *Dolore.* Gli oppioidi agiscono sui recettori k e hanno maggiore efficacia sulle donne.

GENERE E FARMACI

Le differenze di genere sono una realtà scientifica ormai consolidata, che la medicina deve saper valutare adeguatamente. 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 farmacologiche.

Il genere condiziona non solo la patologia, ma anche le terapie, e influenza sia il percorso dei farmaci all'interno dell'organismo umano, sia il loro meccanismo d'azione.

Per fare degli esempi, i farmaci che hanno una maggiore affinità per i lipidi (lipofili) hanno un volume di distribuzione più ampio nelle donne, a causa della presenza maggiore di grassi (circa il 25%) nel corpo femminile rispetto a quello maschile.

Va poi considerato il fattore peso: le donne pesano normalmente circa il 30% in meno degli uomini e quindi, a parità di dosaggio, la quantità di principio attivo che assumono in proporzione al peso è maggiore.

Inoltre, donne e uomini rispondono diversamente ad alcuni tipi di farmaci: nell'ambito del trattamento dell'ipertensione, i farmaci calcio-antagonisti sembrano più efficaci nelle donne nel ridurre la pressione arteriosa; al contrario, gli ACE-inibitori sembrano in grado di ridurre significativamente la mortalità tra gli uomini, ma non tra le donne.

Infine, nella terapia della depressione, le donne sembrano rispondere meglio agli inibitori della ricaptazione della serotonina (SSRI), mentre gli uomini trarrebbero maggiori benefici con gli antidepressivi triciclici (TCA).

Nonostante la differente risposta alle terapie farmacologiche e sebbene le donne consumino circa il 40% di farmaci in più rispetto agli uomini, fino a un recente passato gran parte dei nuovi farmaci veniva testata esclusivamente sugli uomini; tuttora, molti principi attivi non sono mai stati sperimentati sulla popolazione femminile. Molto spesso questa scelta è legata a un atteggiamento di 'prudenza': la ragione principale dell'esclusione delle donne dai trial clinici è infatti rappresentata dal timore che una

molecola in sperimentazione possa costituire un rischio per una donna in età fertile.

C'è poi il problema della fluttuazione dei livelli ormonali dovuta al ciclo mestruale, che si ritiene possa influenzare i risultati della sperimentazione.

Ma la mancanza di studi specifici sulle donne, soprattutto nelle fasi precoci della ricerca, produce due importanti conseguenze: non consente di misurare la reale efficacia dei farmaci rispetto ai diversi generi e può limitare la scoperta di farmaci specifici per le donne.

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

In Italia, secondo i dati dell'AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco)⁸ la popolazione femminile è del tutto assente nelle sperimentazioni dei farmaci di Fase I, che servono a stabilire se le nuove molecole siano sicure e quale potrebbe essere il loro meccanismo d'azione, e quasi del tutto esclusa da quelle di Fase IV, cioè le analisi condotte sui pazienti dopo che il farmaco è stato messo in commercio.

In Italia, dopo l'insediamento nel 2007 presso il Ministero della Salute della '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, al fine di individuare cure più appropriate ed ottenere risparmi per il Servizio Sanitario Nazionale. Tali iniziative governative sembrano finalmente manifestare una maggiore attenzione e considerazione della specificità di genere nella sperimentazione farmacologica.

In tempi recenti, i temi della Medicina di Genere hanno richiamato l'attenzione anche delle Istituzioni europee: nel maggio 2010 a Bruxelles, presso la sede del Parlamento Europeo, si è svolto un incontro incentrato sulle strategie per promuovere misure volte a ridurre l'incidenza di patologie cardiovascolari in Europa; nel corso dell'incontro è stata messa in evidenza la scarsa presenza di

donne (solo il 33%) nei trial clinici che testano farmaci per le patologie cardiovascolari. Da questo incontro, è scaturita la proposta di una legge, analoga a quella americana, che renda obbligatoria in Europa un'equa rappresentanza femminile (50%) nei trial per patologie cardiovascolari e ictus, prime causa di mortalità femminile.

All'inizio del 2011 l'AIFA ha annunciato la costituzione del Gruppo di lavoro 'Farmaci e Genere' dedicato ai farmaci e alla Medicina di Genere.

MEDICINA DI GENERE NON SIGNIFICA MEDICINA DELLE DONNE

Un approccio di genere significa prendere in considerazione uomini e donne al di là degli stereotipi e promuovere all'interno della ricerca medica e farmacologica l'attenzione alle differenze biologiche, psicologiche e culturali che ci sono tra i due sessi.

PER ESEMPIO:

È opinione diffusa che l'osteoporosi sia, con rare eccezioni, un problema femminile. In realtà, oltre venti fratture vertebrali su cento e un terzo circa delle fratture al femore riguardano i maschi, con aumento della morbilità e della mortalità esattamente come per le donne.

Ogni anno in Italia si registrano 30mila decessi per infarto tra le donne (11mila sono le morti per tumore del seno). L'infarto è quindi una malattia comune ai due sessi, mentre diverse sono le cause e le manifestazioni. Se una donna viene colpita da un attacco cardiaco ha meno probabilità, rispetto ad un uomo, che i medici del pronto soccorso lo riconoscano tempestivamente. I manuali universitari descrivono come principale sintomo dell'infarto il dolore al petto, ma nelle donne tale segnale è spesso assente: prevalgono nausea e vomito, dolore al collo o alla schiena, difficoltà a respirare, sudori freddi, vertigini. Perciò rischiano di non ricevere cure, come l'angioplastica, entro le

due ore raccomandate e di essere sottoposte a trattamenti farmacologici meno intensivi rispetto agli uomini.

ALCUNE OSSERVAZIONI

- L'interesse per la salute femminile è prevalentemente circoscritto agli aspetti riproduttivi;
- Le donne sono al primo posto nel consumo di farmaci, ma sono poco rappresentate negli studi clinici o farmacologici. Di conseguenza, sono maggiormente esposte a possibili reazioni avverse al momento dell'assunzione di farmaci dopo l'immissione in commercio, con l'evidenziazione di riscontri di una minore efficacia nel loro uso, con effetti collaterali e indesiderati più frequenti e più gravi rispetto agli uomini;
- Rispetto alle condizioni di lavoro, sono state considerate sino ad oggi quasi esclusivamente le caratteristiche del lavoratore maschio. Delle donne si parla soltanto nel periodo della gravidanza, in rapporto esclusivamente ai rischi del nascituro. Gli infortuni e le malattie professionali che riguardano le donne (come le dermatosi e i disturbi muscolo-scheletrici) non sono sufficientemente presi in considerazione;
- Non viene prestata attenzione agli eventi patologici connessi con il lavoro domestico, in particolare gli infortuni;
- Non si considera il maggior rischio psico-sociale che colpisce le donne dato dal doppio carico di lavoro, professionale e domestico.

I DATI DELL'ISTAT

Le donne vivono più a lungo, ma si ammalano di più ed usano di più i servizi sanitari. È il cosiddetto 'paradosso donna': le donne, sebbene vivano più a lungo degli uomini, hanno l'onere di un maggior numero di anni di vita in cattiva salute.

Secondo i dati dell'ISTAT l'8,3 per cento delle donne italiane denuncia un cattivo stato di salute, contro il 5,3 per cento degli uomini.

Le malattie per le quali le donne presentano una maggiore incidenza rispetto agli uomini sono le allergie (+8%), il diabete (+9%), la cataratta (+8%), l'ipertensione arteriosa (+30%), alcune malattie cardiache (+5%), della tiroide (+500%), artrosi e artrite (+49%), osteoporosi (+736%), calcolosi (+3%), cefalea ed emicrania (+12%), depressione e ansia (+138%), malattia di Alzheimer (+100%). La disabilità è più diffusa tra le donne (6,1%, contro il 3,3 % degli uomini).

In tema di fruizione dei servizi sanitari, sempre l'ISTAT attesta che il 18% delle donne, contro il 14% degli uomini, si sottopone a visite generiche; il 16% a visite specialistiche, contro il 12,4% degli uomini e che ben il 50,7% delle donne consuma farmaci, contro una percentuale maschile del 39,5%.

L'IMPORTANZA DELLA MEDICINA DI GENERE

La prima volta in cui in medicina si menziona la questione femminile è nel 1991, quando Bernardine Healy, direttrice dell'Istituto Nazionale di Salute Pubblica, sulla rivista *New England Journal of Medicine*, parla di *Yentl Syndrome* a proposito del comportamento discriminante dei cardiologi nei confronti della donna.

Bisogna attendere fino al 2002 perché sia avviata una sperimentazione riservata alle donne, esattamente presso la Columbia University di New York, dove è stato istituito il primo corso di medicina di genere.

La stessa OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) ha inserito la medicina di genere nell' *Equity Act* a testimonianza che il principio di equità implica che la cura sia appropriata e sia la più consona al singolo genere.

La Commissione europea ribadisce la necessità che, quanto prima, si promuova una politica in difesa della salute

tenendo conto della diversità di genere e il Consiglio dell'Unione europea sollecita una maggior conoscenza da parte delle operatrici e degli operatori sanitari, per affrontare le disuguaglianze nella salute e garantire parità di trattamento e di accesso alle cure.

La necessità di un approccio "di genere" (femminile/maschile) alla salute deve essere capace di contrastare le disuguaglianze, i pregiudizi, gli stereotipi nella medicina, nella ricerca biomedica, nello studio dell'eziologia e dei fattori di rischio, nella sperimentazione farmaceutica. La conoscenza delle differenze di genere favorisce la prescrizione di terapie più appropriate ed efficaci ed una maggiore tutela della salute per entrambi i generi.

FONTI

- L. Schiebinger, 'The Anatomy of Difference' in her Nature's Body: Gender in the Making of Modern Science, Boston (MA): Beacon Press, 1993.
- Allender et al., European Cardiovascular Disease Statistics 2008. European Heart Network, 2008;
- B.W. Karlson, J. Herlitz, M. Hartford, Prognosis in Myocardial Infarction in Relation to Gender. American Heart Journal, 128: 477-483, 1994; A.K. Jacobs, R.H. Eckel, Evaluating and Managing Cardiovascular Disease in Women: Understanding a Woman's Heart. Circulation, 111: 383-384, 2005.
- A.M. Aloisi, Gonadal Hormones and Sex Differences in Pain Reactivity, The Clinical Journal of Pain, 19: 168-174, 2003; E. Margaria, E. Gollo (a cura di) AISD. Associazione Italiana per lo Studio del Dolore: XXIII Congresso Nazionale, Torino 2001. Milano: Springer Verlag, 2001; K.J. Berkeley, Sex Differences in Pain. Behavioural & Brain Science, 20: 371-380, 1997.
- S. Wassertheil-Smoller, B. Psaty, P. Greenland, A. Oberman, T. Kotchen, C. Mouton, H. Black, A. Aragaki, M. Trevisan, Association Between Cardiovascular Outcomes and Antihypertensive Drug Treatment in Older Women. Journal of American Medical Association, 292(23): 2849-2859, 2004.
- N. Jochmann K. Stangl, E. Garbe, G. Baumann, V. Stangl, Femal-specific Aspects in the Pharmacotherapy of Chronic Cardiovascular Diseases. European Heart Journal, 26: 1585-1595, 2005.
- D.M. Sloan, S.G. Kornstein, Gender Differences in Depression and Response to Antidepressant Treatment. Psychiatric Clinical North America, 26:581-94, 2003.
- F. Franconi, S. Montilla e S. Vella, Farmacologia di genere. Torino: SEEd Srl, 2010, p. 11.
- Comitato Nazionale per la Bioetica, La sperimentazione farmacologica sulle donne. Roma, 28 novembre 2008, in http://www.governo.it/bioetica/testi/SPERIMENTAZIONE_FARMACOLOGICA_SULLE_DONNE.pdf
- <http://www.escardio.org/about/what/advocacy/EuroHeart/Pages/Presentation.aspx>

