

Perché la medicina di genere

Raffaella Michieli

Responsabile Nazionale Area Salute della Donna, Società Italiana di Medicina Generale

Il significato dei termini “sesso” e “genere” varia notevolmente a seconda degli autori e del contesto in cui lo si analizza. Nelle scienze sociali il “genere” intende sottolineare quelle differenze tra maschi e femmine che non possono essere attribuite solo a fattori biologici o psicologici, ma soprattutto a influenze legate al contesto culturale, sociale e storico. In altri contesti, compreso quello biomedico, in realtà i termini sono stati spesso usati in modo intercambiabile, creando una certa confusione non solo per coloro che si occupano di scienza, ma anche per chi è chiamato alle decisioni di governo della salute. Inoltre, l’uso impreciso di questi termini ha delle serie implicazioni nelle ricerche biomediche, nella pratica clinica e nell’approccio al trattamento farmacologico. A partire dal 2001 l’*Institute of Medicine*¹ raccomanda di cominciare a distinguere tra il termine “genere”, in riferimento al modo di una persona di vedersi come maschio o femmina e al proprio ruolo sociale, e il termine “sesso”, usato come una classificazione di maschio o femmina relativa alle funzioni riproduttive. Inoltre, l’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) descrive il “sesso” come ciò che è dato dalle caratteristiche biologiche che definiscono l’uomo e la donna, e “genere” come il riferimento sociale di comportamenti, attività e attributi che una società considera specifici per l’uomo e per la donna.

Alcuni esempi di caratteristiche del “sesso” sono:

- le donne hanno mestruazioni, gli uomini no;
- gli uomini hanno i testicoli, le donne no;
- le donne sviluppano un seno in grado di allattare, gli uomini no;
- gli uomini hanno le ossa più massicce delle donne.

Esempi di caratteristiche di “genere” invece sono:

- negli Stati Uniti le donne guadagnano molto meno degli uomini, a parità di lavoro;
- in Vietnam molti uomini fumano mentre ciò non è considerato appropriato per le donne;
- in Arabia gli uomini guidano le auto, mentre le donne non possono farlo;
- in tutto il mondo la maggior parte dei lavori domestici viene svolto dalle donne.

Non solo le caratteristiche biologiche, ma anche quelle socio culturali che differenziano i generi influenzano lo stato di salute di uomini e donne. Non è quindi possibile continuare a considerare l’uomo, come è stato fatto in passato, come il paradigma di riferimento per la ricerca medica e la pratica clinica.

Uno studio retrospettivo di coorte pubblicato sul *Canadian Medical Association Journal*² mostra le evidenze disponibili sulle disparità, preoccupanti soprattutto nel caso della mortalità a seguito di patologie gravi, e per donne oltre i 50 anni.

Alcuni esempi:

- le donne hanno ricevuto cure in unità intensiva per un numero di giorni inferiore rispetto a quello degli uomini, pur avendo una durata totale di degenza maggiore;
- tra pazienti di oltre 50 anni in situazione molto critica, ricoverati in unità intensiva, la mortalità è più alta nelle donne;
- in presenza di simile grado di severità, le donne ricoverate hanno ricevuto meno frequentemente presidi di ventilazione assistita ed esami diagnostici invasivi.

Lo studio però non riesce a spiegare quali sono le cause delle disuguaglianze. Dalle ipotesi non si può escludere la componente biologica, ma assume un’importanza particolare quella esistenziale. Le scelte diverse per uomini e donne in condizioni critiche possono dipendere dalle decisioni del paziente stesso, o da quelle del curante. Uomini e donne, infatti, non differiscono solo nei pattern di malattia o nei fattori di rischio: la differenza sta anche nel contesto sociale, e questo significa differenze anche nell’approccio da parte degli operatori sanitari, con ripercussioni sulla qualità degli esiti clinici.

Se inseriamo lo studio nel contesto delle iniziative e delle evidenze sul gap di genere, possiamo individuare tre fondamentali strategie di intervento, per ottimizzare le cure in un’ottica di equità.

1. sono necessarie specifiche analisi di genere non solo in campo clinico, ma anche nelle scienze di base e sociali, nell’epidemiologia clinica, nei servizi sanitari e negli esiti della ricerca;
2. se si vogliono garantire cure migliori a uomini e donne è necessario individuare indicatori di qualità sesso-stratificati per valutare se disparità di genere sono presenti anche a livello delle prestazioni cliniche;
3. è necessario procedere oltre gli studi descrittivi e dare priorità a ricerche che individuino i meccanismi nascosti che determinano le disparità e permettano di trovare evidenze per interventi efficaci per raggiungere l’equità nei trattamenti in tema di salute e assistenza sanitaria.

differenze di genere





Perché la medicina delle donne

Si sa che si vive di più e che le donne godono maggiormente di questo privilegio. Infatti, la durata della vita media nel 2006 ha raggiunto i 79 anni per gli uomini e gli 84 anni per le donne (dati Istat). Ma questo è effettivamente un privilegio e un vantaggio, soprattutto in termini di qualità di vita? Secondo i dati dell'indagine Istat presentata il 2 marzo 2008, l'8,3% delle donne italiane denuncia un cattivo stato di salute contro il 5,3% degli uomini. La disabilità è più diffusa tra le donne (6,1% vs. 3,3% degli uomini). Le malattie per le quali le donne presentano una maggiore prevalenza rispetto agli uomini sono le allergie (+8%), il diabete (+9%), la cataratta (+80%), l'ipertensione arteriosa (+30%), tiroide (+500%), artrosi e artrite (+49%), osteoporosi (+736%), calcolosi (+31%), cefalea ed emicrania (+123%), depressione e ansia (+138%), Alzheimer (+100%).

Vivono di più, ma non bene, quindi. È esperienza comune, inoltre, e dimostrato anche dai dati di *Health Search* (HS), che le donne sono le più numerose frequentatrici degli studi medici (58% degli accessi ambulatoriali): ciò non è dovuto solo al loro ruolo di curatrici familiari, ma anche al fatto che si ammalano di più; inoltre, spesso si recano ai consultori, si preoccupano regolarmente della loro prevenzione (*pap test*), e a causa dell'assunzione di farmaci continuativi come la pillola contraccettiva hanno più contatti regolari con i Medici di Medicina Generale (MMG). Tra i motivi di consultazione più frequenti degli studi dei MMG figurano le patologie delle vie aeree superiori, le infezioni delle vie urinarie (e in particolare le cistiti), i disturbi gastroenterici, la depressione, l'ansia e, solo da ultimo, motivi legati al sesso femminile come la menopausa, la gravidanza e la prescrizione di terapia estroprogestinica contraccettiva o sostitutiva.

Non intendiamo quindi per "medicina della donna" quella legata alle necessità derivanti da un apparato genitale e riproduttivo diverso da quello maschile, ma le stesse malattie che affliggono l'uomo, in un individuo di genere diverso, la donna appunto.

Consideriamo le differenze riscontrabili nelle malattie croniche.

La donna diabetica ha un rischio particolarmente alto di malattia coronarica rispetto agli uomini diabetici.

Una recente metanalisi³ ha calcolato non solo la stima sommaria del rischio relativo di morte coronarica nelle donne con diabete rispetto a quelle senza, ma anche, per confronto, il rischio analogo negli uomini diabetici. Gli autori hanno esaminato tutti gli studi prospettici di coorte che arruolavano uomini e donne con e senza diabete. Il rischio relativo di morte coronarica per diabete era di 2,58 per la donna e di 1,85 per l'uomo (Fig. 1). Questa differenza è statisticamente significativa ($p = 0,045$). In conclusione, l'impatto del diabete sul rischio di morte coronarica non solo annulla il "vantaggio femminile", ma è significativamente più grande nelle donne rispetto agli uomini.

Comunque, la malattia cardiovascolare resta il killer numero uno per la donna e supera di gran lunga tutte

le cause di morte. Anche la diagnosi è sottostimata, e avviene in uno stadio più avanzato rispetto agli uomini, la prognosi è più severa per pari età ed è maggiore il tasso di esiti fatali alla prima manifestazione di malattia. Nonostante ciò, è sempre stata invece considerata una malattia maschile e questo ha creato un pregiudizio di genere che riguarda l'approccio ai problemi cardiovascolari delle donne. La conseguenza è che l'intervento preventivo, a differenza degli uomini, non si rivolge verso gli stili di vita delle donne, ma fondamentalmente al controllo di quello che è considerato il responsabile fattore di rischio, e cioè la menopausa, con la somministrazione di ormoni che a lungo hanno esposto le donne ad altri fattori di rischio.

Una differenza esiste anche per quanto riguarda l'obesità e le sue conseguenze: infatti, pur se tale patologia interessa in egual misura uomini e donne, tra le donne obese la complicità diabetica è molto più marcata rispetto agli uomini.

Le patologie psichiche sono prevalenti e in crescita tra le donne. In particolare, la depressione è la principale causa di disabilità delle donne di 15-44 anni: essa presenta una prevalenza dell'11% nei dati di HS. Una ricerca effettuata tra i MMG rivela che il 20% delle donne del campione usa ansiolitici contro il 9% degli uomini, e il 15% usa farmaci antidepressivi, SSRI (inibitori del *reuptake* della serotonina) contro il 7% degli uomini. Anche negli Stati Uniti i farmaci psicotropi vengono prescritti per i 2/3 alle donne, e numerose ricerche hanno evidenziato che essi tendono a provocare loro maggiori effetti collaterali in considerazione del fatto che le variazioni ormonali cicliche mensili, oltre a quelle indotte dall'uso contemporaneo di terapia contraccettiva o sostitutiva ormonale, possono avere un'azione negativa sul tipo di farmaco, sulla dose necessaria per ottenere l'effetto ricercato e sul tipo di risposta. Ma in realtà, quanto spesso nelle ricerche, nei risultati dei trial clinici, nella valutazione degli effetti collaterali dei farmaci, si tiene conto della differenza di genere, soprattutto considerando il fatto che le donne consumano più farmaci rispetto agli uomini?

Infine, quando si parla di salute della donna non si può dimenticare, come purtroppo spesso avviene, l'entità del problema "violenza" a tutti i livelli.

La violenza sessuale, fisica, psicologica, economica contro le donne rappresenta ormai una grande emergenza e una grande questione di civiltà. I dati 2006 dell'Istat dimostrano che in Italia le donne tra 16 e 70 anni vittime di violenza, nel corso della vita, sono stimate in quasi 7 milioni. Il 14,3% delle donne, che abbiano o abbiano avuto un rapporto di coppia, ha subito almeno una violenza fisica o sessuale dal partner, ma solo il 7% lo denuncia. La violenza contro le donne ha una forte rilevanza sanitaria, per le conseguenze immediate delle lesioni fisiche e per gli effetti secondari: depressione, ansia e attacchi di panico, disturbi dell'alimentazione, dipendenze, disturbi sessuali e ginecologici, malattie sessualmente trasmissibili, disturbi gastrointestinali e cardiovascolari.

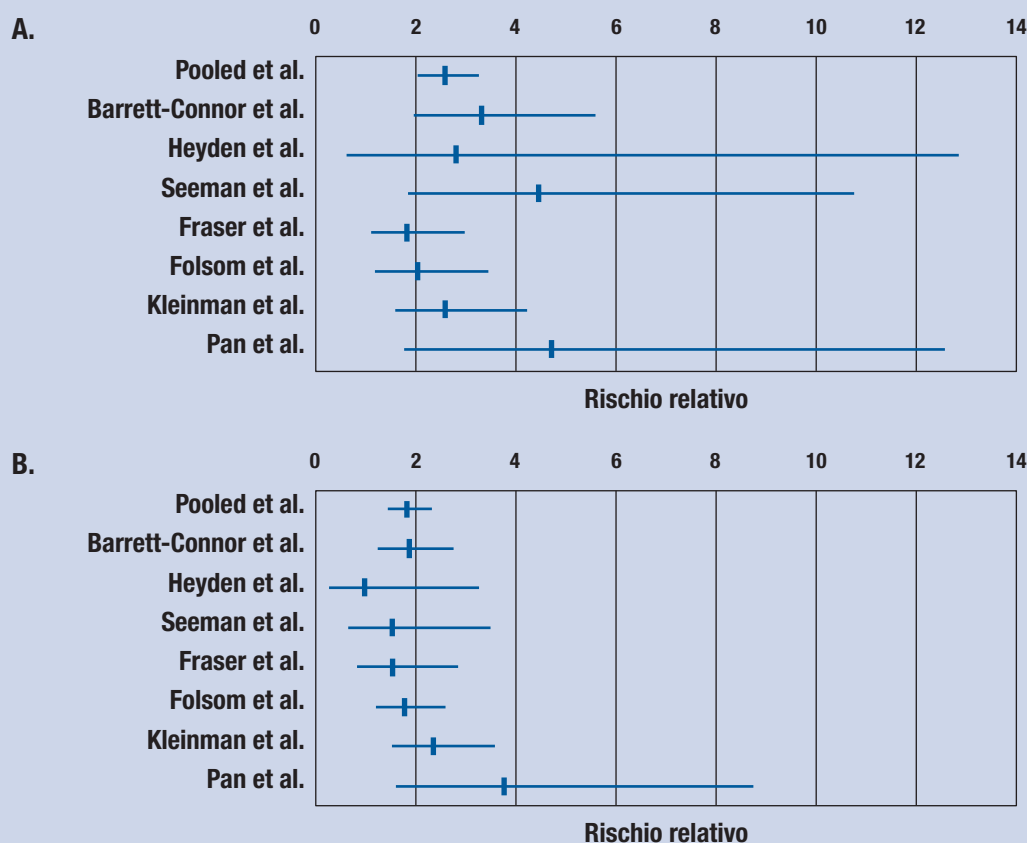


Figura 1 Rischio relativo corretto per i fattori di rischio di morte per coronaropatia, donne diabetiche rispetto a non diabetiche (A) e rischio relativo corretto per i fattori di rischio di morte per coronaropatia, uomini diabetiche rispetto a non diabetiche (B). Le linee più lunghe verticali rappresentano il rischio relativo, con IC 95% circostante (tratta da Warren et al. ³).

La medicina di genere in Medicina Generale

Quali le ricadute di queste premesse in Medicina Generale?

È necessario allenarsi a sviluppare una particolare attenzione alle problematiche di cui le donne possono essere portatrici.

Oltre alle normali attività cliniche sarà importante avere un occhio di "genere":

- Per quanto riguarda la prevenzione
 - Raccomandare fortemente l'astensione dal fumo, fattore di rischio che si è dimostrato più dannoso specificamente per le donne in relazione sia alle patologie cardiovascolari, sia alle patologie dell'apparato respiratorio.
 - Raccomandare fortemente le pratiche preventive necessarie alle donne diabetiche che tendono a sviluppare un maggior numero di eventi cardiovascolari rispetto agli uomini.
 - Ricercare strategie di stimolazione degli stili di vita preventivi (fumo/attività fisica/dieta) specifici per le donne: infatti, le motivazioni per cui esse fumano, non praticano sport, mangiano troppo o bevono, sono diverse da quelle degli uomini. Per esempio, ben il 47% delle donne

non pratica alcuna forma di attività fisica e solo il 16% dichiara di fare sport con continuità a causa degli impegni familiari (principalmente la cura dei figli e della casa).

- Monitorare le pratiche vaccinali in particolare nelle bambine (HPV/rosolia) e nelle donne fertili sia per verificarne la copertura, sia per somministrare gli eventuali vaccini necessari in piena sicurezza.
- Consigliare l'uso di acido folico alle donne in periodo fertile che non usino contraccettivi.
- Valutare l'utilità della supplementazione di iodio nelle donne gravide.
- Incentivare la consapevolezza della propria fertilità attraverso l'informazione sull'anatomia e la fisiologia dell'apparato riproduttivo in modo da prevenire le gravidanze indesiderate (e quindi l'interruzione volontaria), e al contrario programmare la gravidanza sottolineando le problematiche presenti nelle gravide attempate.
- Mantenere elevata l'attenzione alla contraccezione di barriera per prevenire le malattie a trasmissione sessuale (nelle donne maggiore prevalenza e sintomatologia più accentuata).
- Monitorare l'uso dei farmaci nelle donne fertili



- che non usano contraccezione sicura ed evitare l'uso di farmaci potenzialmente embriotossici.
- Monitorare l'utilizzo di indagini diagnostiche (rx) embriotossiche.
- Incentivare la pratica degli screening (*pap test* e mammografia) con particolare riguardo alle donne immigrate che molto spesso non ne sono a conoscenza e necessitano di spiegazioni a riguardo.
- Per quanto riguarda la violenza nelle donne
 - Ricordare che esiste e che la percentuale si aggira attorno al 10-14% delle donne: va posta maggior attenzione ai segnali diretti e indiretti che ci possono permettere di individuarla.
 - Ricordare che spesso sintomi cronici privi di evidenze organiche (colon irritabile, cistiti recidivanti abatteriche, dolori addominali *sine causa*, disturbi della sessualità ecc.) possono essere una manifestazione indiretta di violenza subita.
- Per quanto riguarda i farmaci
 - Monitorare l'uso di farmaci in corso di terapia contraccettiva ormonale.
 - Monitorare l'uso di farmaci in gravidanza.
 - Monitorare gli effetti collaterali dei farmaci (maggiore frequenza nelle donne).
 - Valutare l'uso di alcuni farmaci in prevenzione primaria in relazione al rapporto rischio/beneficio (ad es. aspirina).
- Per quanto riguarda le patologie cardiovascolari
 - Mantenere alta l'attenzione ai sintomi atipici (ansia, dispnea, affaticabilità ecc.) di cardiopatia ischemica, di elevata frequenza di presentazione nelle donne e causa di frequente ritardo diagnostico.

Bibliografia

- ¹ Wizemann TM, Pardue ML. *Exploring the biological contributions to human health: does sex matter?* J Womens Health Gend Based Med 2001;10:433-9.
- ² Fowler RA, Sabur N, Li P, Juurlink DN, Pinto R, Hladunewich MA, et al. *Sex-and age-based differences in the delivery and outcomes of critical care.* CMAJ 2007;177:1513-9.
- ³ Lee WL, Cheung AM, Cape D, Zinman B. *Impact of diabetes on coronary artery disease in women and men: a meta-analysis of prospective studies.* Diabetes Care 2000;23:962-8.