

Donne interne

Approfondimenti

Anziane e Medicina di Genere

Presentazione

Anche in questo approfondimento, forse più che nei precedenti, ci siamo trovate a percorrere un sentiero ricco di vuoti - cognitivi, programmatici e normativi - e di pieni, ossia di tutte quelle attività che finalmente stanno ponendo in evidenza quanto sia necessario modificare quel paradigma omocentrico che ha caratterizzato per troppo tempo l'approccio medico e scientifico al sempre più consapevole bisogno sanitario.

Abbiamo tentato di analizzare, per tanti motivi non in modo esaustivo, le problematiche derivanti da un **approccio di genere alla salute** cercando di contestualizzarle alla condizione delle donne anziane delineando i possibili scenari che si potranno spalancare.

L'approfondimento ha una connotazione più tecnica rispetto ai precedenti ma non è stato possibile semplificarlo ulteriormente. Siamo, però, sicure che ognuno possa trarre consapevolezza di quanto si sta facendo e di quanto ci sia ancora da fare.

Abbiamo cercato di porre in evidenza come la programmazione sanitaria nazionale degli screening sia datata e focalizzata sulle patologie ad esito nefasto, lasciando all'iniziativa personale la prevenzione di quelle invalidanti per le quali si limita a dare consigli e indicazioni comportamentali.

Eppure è proprio l'insorgenza di diverse e concomitanti patologie non nefaste ma invalidanti, che per sintesi chiamiamo multicronicità, a costituire il substrato su cui si innesta la non autosufficienza.

Rendere organizzato e fruibile, anche economicamente, l'accesso a percorsi di prevenzione garantirebbe una netta riduzione dei costi e dei bisogni di cura, soprattutto delle **donne anziane**, che stanno mettendo in grave difficoltà il sistema famiglia in Italia. Ad oggi si preferisce portare in gratuità la cronicità piuttosto

che la prevenzione, attualmente costosa e inapprocciabile per molte persone.

Inevitabile, ovviamente, sottolineare le difficoltà derivanti dalle lunghe liste d'attesa che sembrano caratterizzare la stragrande maggioranza delle prestazioni diagnostiche e strumentali.

Anche l'attività dei MMG (Medici di Medicina Generale) ha bisogno di aggiornamenti finalizzati all'accoglienza della **specificità di genere** oltre che ad una relazione meno meccanicistica e più sensibile alle specificità e fragilità, anche emotive, che accompagnano la malattia.

Significativo, invece, il nuovo impulso dato alla ricerca **genere orientata**, anche farmacologica, che le varie normative, anche europee, stanno promuovendo.

Come Coordinamento Donne FNP, in attesa che il nostro sistema sanitario si riorganizzi con nuovi protocolli e strategie di prevenzione accoglienti la specificità di genere, abbiamo promosso, e in alcuni casi coadiuvato, iniziative atte a portare la diagnostica preventiva nei luoghi di massima prossimità al bisogno. La più gratificante e condivisa è **La Carovana della Salute** che ci vedrà, insieme al nostro Dipartimento Comunicazione, partners efficaci, efficienti e propositivi di un gruppo eterogeneo di professionalità.

La presenza sempre più numerosa di donne nei luoghi del sapere scientifico, accademici e non, ci motiva a credere che il dominante approccio neutro alla salute andrà esaurendosi per dare spazio ad altre, e forse più efficaci, strategie.

La Coordinatrice Donne Nazionale
Maria Irene Trentin

La medicina di genere

Per spiegare meglio cos'è la medicina di genere ci è sembrato opportuno riprendere, sinteticamente, quanto esposto nella relazione introduttiva della PdL n. 3603-2016 (Camera dei Deputati), che argomenta, secondo un approccio organico-giuridico, il disegno atto a dotare anche l'Italia di strumenti utili a concretizzare un approccio genere-specifico della cura e prevenzione sanitaria.

“È degli anni Settanta la denuncia che la medicina non è una scienza neutra. Da quel momento è diventato sempre più sorprendente constatare come lo sviluppo della medicina fosse avvenuto attraverso studi condotti quasi solo su uomini, in base all'errato pregiudizio scientifico che il corpo della donna, a parte i diversi apparati sessuali e procreativi, è come quello dell'uomo.

Le differenze d'incidenza e decorso delle patologie che interessano tutti gli organi e tutte le parti del corpo, di sintomatologia, andamento clinico, risposta ai farmaci, vissuto e reazione psicologica, nell'uomo e nella donna, riferiti alle caratteristiche di sesso (aspetti biologici) e genere (aspetti psicologici, sociali, storici e culturali legati al sesso) in questi ultimi anni trovano evidenze scientifiche sempre più convincenti e mettono in luce come, anche in medicina, si possa parlare di **diseguaglianze di sesso-genere**. È ormai noto che un impianto di prevenzione, diagnosi e cura che non tenga conto delle differenze e diseguaglianze di sesso e genere compromette l'equità, l'appropriatezza di cura e il rispetto del diritto alla salute.

Dall'attenzione a contrastare queste possibili distorsioni prende

le mosse la medicina di genere o *Gender specific*, che sensibilizza a evidenze di nuova acquisizione e si presenta quindi come orientamento recente e innovativo, che non può ancora avvalersi di un patrimonio di cultura sanitaria consolidata in modo condiviso. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) conferma da tempo il **genere** come **uno dei fattori strutturali che determinano la salute** e nel 2009 ha organizzato un Dipartimento per la salute delle donne e di genere e con il Report “Donne e salute” ha dimostrato come “dimenticare” la specificità della donna porti a diverse conseguenze.

In anni più recenti l'OMS ha stabilito il “genere” come tema base della programmazione 2014-2019. Nel 1981, l'Organizzazione delle Nazioni Unite (ONU) ha proposto la Convenzione sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne (*Committee on the Elimination of Discrimination against Women, CEDAW*), che ha sollecitato gli Stati a prendere “appropriate misure per **eliminare discriminazioni verso le donne nel campo delle cure sanitarie**, assicurando l'accesso ai servizi sanitari, in base all'eguaglianza tra uomini e donne”. La Quarta Conferenza ONU sulle Donne (Pechino, 1995) ha denunciato le diseguaglianze di salute a svantaggio delle donne.

L'aggiornamento CEDAW del 1999 nella sezione specifica “Donne e salute” ha affermato che “le differenze biologiche tra uomini e donne possono portare a differenze sullo stato di salute e di esistenza di fattori della società che sono determinativi dello stato di salute di entrambi”. Nel 2009 l'ONU ha esortato gli Stati ad attribuire importanza alla necessità

La medicina di genere

di eliminare le disuguaglianze di salute, in particolare quelle legate al genere-correlate. Nel 1997, la Comunità Europea ha pubblicato "Lo stato di salute delle donne europee", che ha approfondito il tema degli indicatori di salute attenti alle donne; con "Europa 2020" inquadra l'**uguaglianza di genere** nell'ambito del **progresso sociale**. Nel 2007 la Comunità Europea ha fondato lo *European Institute of Women's Health* (EIWH) e nel 2011 lo *European Institute for Gender Equality* (EIGE), che contribuiscono ad affermare che il genere è un'importante variabile per capire salute e malattia. Nel 2010 la Comunità Europea ha presentato la "**Carta delle donne**", documento con il quale rafforza l'impegno a favore della parità tra uomini e donne e rivendica il rispetto della dignità e integrità delle donne, in particolare ponendo fine alla violenza di genere, attraverso politiche mirate.

L'*Occupational Safety and Health Administration* (OSHA) dal 2003 afferma con ancora più forza che l'approccio neutro rispetto al genere, nella politica e nella legislazione, ha contribuito a dedicare meno attenzioni e risorse ai rischi lavoro-correlati delle donne, impedendo azioni di prevenzione. Temi diventati Obiettivo primario del Quadro Strategico in materia di Salute e Sicurezza sul lavoro 2014-2020.

Disposizioni su genere e farmaci

La *European Medicines Agency* (EMA) dal 1998 fornisce indicazioni sull'interfaccia farmaci e differenze sessuali/genere e su "Il genere nei disegni di ricerca clinica", affermandone la necessità di applicazione.

La prima norma

Nel 2014 la Legge americana "*Public Health Service Act*" demanda al *National Institutes of Health* (NIH) l'impegno a garantire, nelle sperimentazioni cliniche di farmaci e prodotti medicali, una rappresentanza paritetica di quello che viene ancora classificato come "sottogruppo demografico", le donne.

Società scientifiche

Nel 2001 nasce l'*International Alliance for Mental Health* (IAMH), che denuncia come la non conoscenza dei determinanti sociali specifici per la salute dell'uomo crei disuguaglianze di salute. Nel 2005 nasce l'*International Society for Gender Medicine* (IGM) giunta nel 2015 al 7° Congresso Internazionale. L'anno successivo nasce l'*Organization for the Study of Sex Differences* (OSSD) americana, ora ente no profit. Nel 2009 nasce la *European Society of Gender Health and Medicine* con il supporto della "*Giovanni Lorenzini Medical Foundation*" che ha sede in Italia (Milano) e in America (Huston). Sul versante formazione, vengono istituite le cattedre di medicina di genere presso le Università Charite di Berlino e di Vienna; il Progetto "Curriculum europeo in medicina di genere" (2009-2011) EUGIM coinvolge sette università europee già attive sulla medicina di genere - Stoccolma (Svezia), Berlino (Germania), Maastricht e Nijmegen (Olanda), Budapest (Ungheria), Vienna (Austria), Sassari (Italia) - e consente di sperimentare moduli formativi utili a diversi livelli.

La medicina di genere

La medicina di genere in Italia

Nel 1998 le allora Ministre per le Pari Opportunità e della Salute hanno dato avvio al progetto **“Una salute a misura di donna”** che ha dimostrato come persista una sottovalutazione dei problemi della salute delle donne in tutti i settori osservati. Nel 2005 il Ministero della salute ha organizzato un tavolo tecnico per formulare le linee guida sulle sperimentazioni cliniche e farmacologiche con un approccio di genere. Nel 2007 è nata la Commissione Salute delle Donne e sono usciti i primi bandi della Ricerca Finalizzata focalizzati sulla medicina di genere. Ministero della salute e Commissione sulla Salute delle donne nel 2008 hanno pubblicato tre Rapporti. Sempre nel 2008 il Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB) ha pubblicato il rapporto **“La Sperimentazione Farmacologica sulle Donne”** ed è partito il Progetto **“La Medicina di Genere come Obiettivo Strategico per la Sanità Pubblica: l’Appropriatezza della Cura per la Tutela della Salute della Donna”** promosso dal Ministero della salute. Il primo Congresso Nazionale sulla Medicina di Genere si è tenuto a Padova nel 2009.

Nel 2011 l’Istituto Superiore Sanità ha affidato a Walter Malorni la dirigenza Reparto Malattie degenerative, Invecchiamento e Medicina di genere e nel 2015 il Regolamento dell’Istituto ha previsto il costituendo **“Centro nazionale di riferimento per la medicina di genere”**.

Nel 2011 l’Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) ha introdotto l’equità di genere tra i criteri di valutazione e ha formalizzato il **“Gruppo di Lavoro su Farmaci e genere”**.

Nel 2013 ha sollecitato le Aziende farmaceutiche a elaborare dati disaggregati per sesso e disegni di ricerca orientati al genere. Va riconosciuto l’impegno dell’Istituto Nazionale di Statistica (Istat), che nell’elaborazione di statistiche sanitarie e di comportamenti legati alla salute da tempo applica la cosiddetta sesso stratificazione dei dati, cioè dati distinti per sesso, così da facilitare comparazioni e individuare caratteristiche differenziali o simili. Le disposizioni regolatorie in materia di sicurezza sui luoghi di lavoro introdotte dal D.Lgs. 626/1994 e ampliate dal D.Lgs. 81/2008 introducono una concezione di salute e sicurezza sul lavoro improntata in modo sistematico alle **“differenze di genere”**.

... tra gli obiettivi formativi

Nel Decreto del Ministero dell’Università e della Ricerca del 4 ottobre 2000 il **“genere”** è posto tra gli obiettivi formativi in sei classi di corso di laurea triennale (tra cui scienze delle attività motorie e sportive) su ventisei e in undici classi di laurea magistrale (tra cui medicina e chirurgia e scienze delle attività motorie e dello sport) su cinquantadue. Anche in Italia sono nate alcune associazioni tuttora attive: oltre alla Fondazione Lorenzini (attiva dal 1976), il Centro Studi Nazionale su salute e medicina di genere e Osservatorio Nazionale della salute della Donna O.N.Da (2005), il Gruppo Italiano Salute e Genere GISEG (2009).

Anziane

Le dimensioni della salute

Diseguaglianza di genere

Negli ultimi decenni miglioramenti apprezzabili nello stato di salute della popolazione hanno determinato l'aumento del benessere, ovvero superiori livelli di qualità della vita, seppure si tratti di progressi disomogenei per modalità di raggiungimento e distribuzione. Persistono, infatti, ampie disuguaglianze nello stato di salute, geografiche e sociali. Le disuguaglianze di salute sono in continuo aumento anche nei paesi più ricchi e la crisi economica le ha ulteriormente inasprite a partire dal 2008.

Si tratta di disuguaglianze di natura particolarmente sensibile - poiché ledono un fondamentale diritto umano - ed evitabili.

Le ragioni delle disuguaglianze di salute sono complesse e coinvolgono un ampio spettro di fattori che si combinano nella generazione di meccanismi responsabili tra i quali anche la relazione tra salute e genere. In questa logica si struttura l'importanza della medicina genere-specifica. A lungo, infatti, la scienza medica ha appiattito le differenze considerandole un fattore secondario nello sviluppo di soluzioni di cura e prevenzione determinando uno dei più grandi gap della sanità pubblica. L'introduzione del concetto di **genere** accoglie ed include numerose peculiarità derivanti sia dalla differente anatomia e fisiologia di uomini e donne, sia da fattori relativi all'ambiente, alla società, all'educazione, alla cultura e alla psicologia dell'individuo.

La visione olistica del ben-essere è documentata da diversi studi longitudinali.

Il Berlin Aging Study (Hilbrand S et al, Evolution and Human Behavior 2017) ha campionato un gruppo di 500 persone di età >70 anni - seguite per vent'anni dal 1999 al 2009 - le quali si occupavano, non a tempo pieno, dei nipoti o di altri membri della famiglia o di amici con necessità di supporto.

Dall'analisi dei dati ottenuti, nel gruppo dei nonni attivi si è registrato un migliore stato di salute e il rischio di decesso è stato di un terzo inferiore rispetto ai loro coetanei non impegnati nella cura dei nipoti. Trascorsi dieci anni dal colloquio iniziale, il 50% circa dei nonni/e accudenti era ancoravivente mentre quelli/emenodisponibilieranomortidopocinqueanni. Nonessendoanoidisponibiliidatidisaggregatidiquestostudioci piace credere che la maggiore longevità femminile sia, in qualche modo, legata anche alla maggiore **propensione all'accudimento** che la caratterizza.

Questo non impedisce, comunque, un deterioramento della qualità di vita al progredire dell'età e l'assenza di strategie di prevenzione accoglienti la specificità di genere espone le donne a maggiore multicronicità.

Ma quando comincia l'età anziana? Su questo vi è un dibattito che dura mezzo secolo da quando, cioè, la vita media ha cominciato a manifestare un sensibile allungamento. La speranza di vita infatti, cresciuta quasi ininterrottamente nel corso del secolo appena

Donne intorno

Le dimensioni della salute

concluso, ha mostrato una accelerazione nella seconda metà. Se 10 anni, dovremmo concludere che la soglia della vecchiaia è passata da 67 anni per uomini e donne all'inizio del 900 a 75 anni per gli uomini e 79 anni per le donne alla chiusura del secolo.

Tavola 1. : Speranza di vita e soglie della vecchiaia (età con una speranza di vita ulteriore =10 anni)

Anni	Speranza di vita alla nascita		Soglia della vecchiaia	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
1887	35,5	35,6	67,0	67,2
1900	41,9	42,8	66,6	67,1
1910	44,3	45,9	67,7	68,0
1930	51,0	54,3	70,3	69,7
1950	62,4	66,0	69,8	71,0
1970	68,2	74,0	70,0	73,2
1990	73,5	80,0	72,8	76,5
2000	75,9	82,3	75,0	78,6
2010	77,1	83,5	75,8	79,5
2020	78,3	84,7	76,5	80,4

Fonte: Istat. Le condizioni di salute degli anziani 2018

Le dimensioni della salute

C'è differenza evidente, sia quantitativa che qualitativa, tra i due generi. Esaminando, infatti, alcuni indicatori di salute nella vecchiaia, in particolare delle donne anziane, la quota di persone con problemi di cronicità e di multicronicità è fortemente crescente al crescere dell'età. Già oltre i 74 anni la maggioranza delle persone, in media, soffre di tre o più malattie croniche. La quota sfiora il 60% oltre gli 80

anni. A questa età la popolazione senza alcuna malattia cronica riferita è inferiore al 10% e coloro che riportano almeno una malattia cronica "severa" sono la maggioranza.

Per comprendere quanto sia necessario un approccio orientato alla medicina di genere, soprattutto nella prevenzione, andiamo ad analizzare la condizione di salute degli anziani/e in Italia.

PROSPETTO1. PRINCIPALI INDICATORI DI SALUTE DELLE PERSONE DI 65 ANNI E PIÙ PER CLASSI DI ETÀ E SESSO.
Anno 2015, per 100 persone con le stesse caratteristiche

CLASSE DI ETÀ	Almeno una cronica grave			Multicronicità (tre malattie o più)			Gravi limitazioni motorie			Gravi limitazioni sensoriali		
	M	F	MF	M	F	MF	M	F	MF	M	F	MF
65-69 anni	33.2	28.7	30.8	31.6	42.9	37.6	5.8	9.3	7.7	5.5	4.7	5.1
70-74 anni	43.7	36.4	39.9	37.3	48.6	43.2	9.1	14.8	12.1	8.2	9.7	9.0
75-79 anni	50.4	45.1	47.4	45.7	55.6	51.4	15.3	24.9	20.8	12.1	15.3	14.0
80 anni e più	60.8	57.9	59.0	56.7	68.5	64.0	33.4	54.3	46.5	25.3	32.0	29.5
Totale 65-74	37.9	32.1	34.8	34.1	45.4	40.1	7.2	11.7	9.6	6.7	6.9	6.8
Totale 75 e più	56.3	53.1	54.3	51.9	63.6	59.0	25.6	43.2	36.2	19.6	25.7	23.3
Totale	46,4	43,4	44,7	42,4	55,2	49,6	15,7	28,7	23,1	12,7	17,0	15,2

Fonte: Istat. Le condizioni di salute degli anziani 2018

Donne in forma

Le dimensioni della salute

Oltre il 60% delle donne e circa il 42% degli uomini riportano patologie a carico dell'apparato muscoloscheletrico.

L'osteoporosi è un'adi queste ed è caratterizzata da un deterioramento della microarchitettura del tessuto osseo che induce un'aumentata fragilità ossea con un conseguente aumento del rischio di frattura.

Ad oggi, in letteratura è enfatizzata la differenza di genere nell'eziopatogenesi (cause di una malattia e il suo meccanismo d'azione) di diverse patologie ortopediche ma sono assenti dati epidemiologici su ampie popolazioni di studio e mancano protocolli terapeutici personalizzati per differenza di genere.

È anche interessante l'incidenza dell'osteoporosi in Europa. Su 27.6 milioni di individui colpiti il 6% sono uomini di età compresa tra 50-90 anni. Il 21% sono donne tra 50-90 anni ma l'incidenza cambia a seconda delle fasce d'età esaminate:

- 1/10 tra 50-60 anni
- 1/5 tra 60-70 anni
- 2/5 tra 70-80 anni
- 2/3 tra 80-90 anni

Il 61% delle fratture osteoporotiche (da fragilità) si verifica nelle donne con rapporto M:F =1:6.

L'artrosi colpisce in Italia il 48,3% di donne in età compresa tra 65 e 74 anni contro il 26,3 degli uomini della stessa fascia d'età. In EU(28) il 38.5% delle donne soffre di artrosi. Anche in questo caso i protocolli terapeutici sono neutri nonostante tale patologia colpisca percentualmente le donne molto più degli uomini.

PERSONE DI 65 ANNI E PIÙ PER TIPO DI MALATTIA CRONICA DICHIARATA E GRAVI LIMITAZIONI MOTORIE, PER CLASSI D'ETÀ E SESSO, IN ITALIA E UNIONE EUROPEA(UE).
Anno 2015, per 100 persone con le stesse caratteristiche

MALATTIE CRONICHE LIMITAZIONI FUNZIONALI		65-74			75+		
		Maschi	Femmine	Maschi e femmine	Maschi	Femmine	Maschi e femmine
Artrosi	Ue(28)	23.0	38.5	31.3	32.6	50.7	43.4
	Italia	26.3	48.3	37.9	43.1	67.1	57.5
Ipertensione	Ue(28)	45.3	47.7	46.6	48.0	54.9	52.1
	Italia	45.2	46.1	45.7	51.6	56.5	54.6

Fonte: Istat 2017.

Donne in forma

Le dimensioni della salute

Questo quadro è confermato dai dati "oggettivi" sulla ospedalizzazione. Le malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo sono state responsabili complessivamente nell'anno precedente di circa 1,2 milioni di ricoveri per acuti in regime ordinario (oltre l'11% dei casi di ricovero).

L'ipertensione, da sola, ha portato a circa 100.000 casi di ricovero.

Si tratta di patologie in norma non severe ma con un rilevante costo sociale in termini di servizi e di conseguenze sull'autosufficienza delle persone.

Anche l'ipertensione colpisce più le donne degli uomini (rispettivamente il 46.1% e il 45.2%). Divario che si accentua nella fascia d'età 75+.

Ma cosa ancora più sconcertante è l'approccio alle malattie cardiovascolari che, a dispetto dell'immaginario collettivo, costituiscono la prima causa di morte delle donne. Anche in questo caso paghiamo pegno ad una formazione standardizzata su concetti superati dai dati oggettivi.

Patologie al femminile

Malattie cardiovascolari

Le donne temono soprattutto il tumore della mammella e sono poco coscienti dell'entità delle problematiche cardiovascolari. *Le malattie cardiovascolari invece sono la prima causa di morte delle donne (48% vs 38% degli uomini). Negli ultimi 40 anni si è assistito ad una diminuzione della mortalità per malattie cardiovascolari molto importante nell'uomo (- 40%) , ma molto meno nelle donne che fino all'inizio degli anni 2000 non avevano visto alcuna diminuzione della mortalità che ora invece sta avvenendo anche se in misura inferiore che nell'uomo.

Da un punto di vista clinico vi sono importanti differenze nella presentazione, ad esempio, dell'infarto del miocardio, non sempre conosciute. Il dolore al petto tipico dell'infarto del miocardio è raro nelle donne, che hanno o dolori atipici (addominali, interscapolari, alla regione antero-inferiore del collo) oppure sintomi vaghi quali astenia, ansia, dispnea lieve, angoscia tanto che le donne stesse non capiscono e non accedono ad una cura immediata; arrivate nei Pronto Soccorso non sempre vengono curate in area rossa. Questo è uno dei motivi per cui la mortalità per infarto in fase acuta e durante l'ospedalizzazione è superiore nella donna. Inoltre l'età di insorgenza della malattia coronarica nelle donne è più elevata, di conseguenza le placche sono più recenti e i vasi coronarici hanno sviluppato meno circoli collaterali, quindi l'area

infartuata è più estesa, con conseguente maggiore compromissione emodinamica e deficit ventricolare oltre a più frequenti aritmie maligne. Inoltre talora nelle donne è colpito (più frequentemente che nell'uomo) il microcircolo e non le coronarie epicardiche per cui la coronarografia può essere negativa. Anche la rottura del cuore e la dissezione coronarica sono eventi rari ma molto gravi che per il 90% incidono solo nelle donne. Da un punto di vista anatomico-patologico poi, la placca aterosclerotica (presenza di accumulo di grasso, in cui è presente il calcio, nella parete del vaso) quando si complica si erode nelle donne giovani, mentre nell'uomo si rompe.

I fattori di rischio per la cardiopatia ischemica hanno un impatto molto diverso nella donna rispetto all'uomo. Il diabete aumenta il rischio di infarto del miocardio di 2-3 volte di più nella donna rispetto all'uomo, il fumo di sigaretta è più aggressivo a parità di sigarette fumate nella donna, i trigliceridi sono più dannosi nella donna così come i livelli bassi di HDL colesterolo, l'ipertensione incide maggiormente nella donna sopra ai 60 anni e provoca maggiori complicanze vascolari, la sindrome metabolica è più frequente nella donna e più aggressiva sulle complicanze cardiovascolari. Non possono essere sottovalutati i fattori psicosociali quali fattori di rischio per malattia aterosclerotica nella donna quali depressione, povertà, violenza, basso salario. La donna infine è meno studiata con

*a cura della Prof.ssa Giovannella Baggio, in Medicina di Genere Newsletter, Aprile 2017, pag 3

Donne informa

Patologie al femminile

Malattie cardiovascolari

coronarografia, è meno trattata con PTCA (angioplastica), stent, bypass aortocoronarici ed anche meno trattata con farmaci.

L'ictus cerebrale è più frequente nel sesso femminile (+55%), nel quale ha maggiore mortalità e minore recupero.

Anche in questa patologia il diabete ha un'importanza maggiore, a fianco di ipertensione, fibrillazione atriale, fumo, sindrome metabolica, emicrania con aura, pillola anticoncezionale, gravidanza e parto.

Infine un crollo cardiaco nella donna anziana è più frequente che nell'uomo, ha un'evoluzione differente e risponde in modo diverso ai farmaci.

Il problema assai importante che sta alla base di tutte queste conoscenze ormai consolidate è che le linee guida per l'approccio terapeutico, preventivo e clinico, per le malattie cardiovascolari non tengono ancora in considerazione le differenze di genere sopra descritte.

Patologie al femminile

Malattie respiratorie croniche

Anche le Malattie Respiratorie Croniche (MRC) vedono sempre più coinvolte le donne. Incredibilmente assistiamo ad una sottostima e sottodiagnosi della BroncoPneumopatia Cronica Ostruttiva considerata finora una patologia tipicamente maschile ma che, per vari fattori, vede le donne sempre più coinvolte. La mancanza di screening atti a individuare e trattare precocemente queste patologie concorre ad implementare il quadro delle multicronicità e a peggiorare notevolmente la qualità di vita di molte donne anziane.

Le malattie respiratorie croniche (MRC)* costituiscono uno degli ambiti di indagine più interessanti rispetto alle differenze di genere; infatti numerosi studi evidenziano una "femminilizzazione" di patologie che primariamente costituivano un primato maschile.

La valutazione di tali differenze nelle MRC è complessa e deve tener conto di numerosi fattori quali differenze anatomiche, ormonali e comportamentali, differenti suscettibilità al fumo di sigaretta e alla terapia.

L'apparato respiratorio presenta nei due sessi significative differenze in termini di sviluppo embrionale e di caratteristiche anatomiche e funzionali. Il volume del polmone adulto femminile, a parità di età e di altezza, è inferiore di circa 10% rispetto a quello maschile a causa di una minore dimensione della gabbia toracica, maggiore inclinazione delle coste e minore lunghezza del diaframma. Il numero di alveoli, per unità di territorio, non differisce nei due

sessi ma il numero totale degli alveoli e la superficie alveolare totale sono maggiori nel maschio. Gli ormoni sessuali sono probabilmente responsabili di effetti regolatori sullo sviluppo polmonare già in epoca embrionale: androgeni ed estrogeni mostrano rispettivamente effetto inibitorio e stimolante sulla produzione di surfactante (composto da proteine e lipidi necessario allo scambio alveolare tra sangue e aria) in varie specie animali; nella razza umana è documentata una produzione di surfactante più precoce nel sesso femminile.

Le descritte differenze anatomiche e strutturali hanno importanti ripercussioni sulla funzionalità respiratoria. A parità di età, Volume Espiratorio Forzato in 1 secondo (FEV1), storia tabagica e quota di enfisema, le donne sperimentano maggiore iper-responsività bronchiale, inferiore capacità di resistenza all'esercizio fisico, maggiore dispnea, punteggio più elevato di depressione e peggiore qualità di vita.

La BroncoPneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) è considerata una patologia tipicamente maschile a causa della maggiore prevalenza di fumatori e di una più frequente esposizione occupazionale ad agenti irritanti, ma l'incremento dell'abitudine tabagica nelle donne e il loro progressivo ingresso nel mondo del lavoro ha portato alla scomparsa di queste differenze.

*a cura della Dott.ssa Anna Maria Moretti, Direttore Struttura Complessa Malattie Apparato Respiratorio Policlinico-Bari, in Medicina di Genere Newsletter, Luglio 2017, pag. 3

Patologie al femminile

Malattie respiratorie croniche

È documentato, nel metabolismo del tabacco, un aumento del metabolismo della nicotina ed un rallentamento dell'eliminazione dei derivati tossici del fumo.

Gli aspetti radiologici caratteristici delle MRC sono differenti nei due sessi: nel sesso maschile è più frequente la presenza di enfisema polmonare a differenza di quanto avviene nella donna che presenta un prevalente rimodellamento con ostruzione delle vie aeree periferiche.

Le comorbilità, spesso causate dall'incremento del numero di ospedalizzazioni, sono più frequenti nel sesso femminile e si manifestano prevalentemente a carico dell'apparato cardiovascolare, respiratorio, osteoarticolare, endocrino, neurologico. Nei paesi meno sviluppati la maggiore frequenza di comorbilità ed una sfavorevole condizione socio-culturale della donna incidono significativamente sui sintomi caratteristici delle malattie respiratorie croniche, inducendo livelli più elevati di dispnea e peggiore qualità di vita.

Nelle donne è documentata una sottostima e sottodiagnosi di BPCO (64% nell'uomo e 49% nella donna) probabilmente a causa di un differente accesso alla diagnostica respiratoria.

Le differenti risposte alla terapia nei due sessi ad oggi non sono sufficientemente indagate, ma sono documentati una diversa biodisponibilità dopo somministrazione sistemica e differente farmacocinetica orale e volume di distribuzione dei farmaci. I programmi

di riabilitazione respiratoria nelle donne sono efficaci se di breve durata e producono miglioramenti della dispnea dopo solo tre mesi di allenamento fisico.

Il controllo delle MRC è rilevante non solo per il peso epidemiologico, ma anche per la ricaduta economica e sociale. Nel 2011 la World Conference on Social Determinants of Health di Rio de Janeiro proponeva una più efficace governance della salute e dello sviluppo mediante utilizzo di indicatori specifici per differenze di genere e stili di vita, quali l'abitudine tabagica, finalizzati alla riduzione delle iniquità sociali.

Pertanto un corretto programma di prevenzione ed ita patologie secondarie e utilizzo di indicatori specifici deve costituire obiettivo fondamentale dei piani di salute.

Patologie al femminile

Influenza del sesso nella fisiopatologia e farmacoterapia delle patologie infiammatorie

Anche le patologie del sistema immunitario di tipo infiammatorio sembrano più rappresentate, interminabile incidenza, gravità e progressione, nel sesso femminile almeno per quanto concerne patologie autoimmuni come sclerosi multipla, lupus eritematoso sistemico, sindrome di Sjögren, tiroidite di Hashimoto, morbo di Graves, e infiammatorie come l'asma. Tutte patologie non necessariamente mortali ma sicuramente invalidanti. Interessante è anche la differente risposta alla farmacoterapia nei due sessi a conferma di quanto sia necessario un approccio genere-orientato nella ricerca e nella sperimentazione.

*Nell'ultimo decennio è emerso che il sesso riveste un ruolo importante sia nella fisiopatologia che nella risposta alla farmacoterapia (beneficio/rischio) di malattie caratterizzate da una diversa incidenza nei due sessi, con importanti conseguenze cliniche.

Un esempio di patologie prevalentemente associate al sesso femminile è rappresentato da patologie del sistema immunitario, più attivo nelle femmine, con particolare riguardo all'infiammazione*.

Il sesso femminile influenza infatti in modo cospicuo l'incidenza, la gravità e la progressione di patologie autoimmuni come sclerosi multipla, lupus eritematoso sistemico, sindrome di Sjögren, tiroidite di Hashimoto, morbo di Graves, e infiammatorie come l'asma.

In particolare, sebbene l'asma nella prepubertà sia più frequente nel maschio, al raggiungimento della pubertà e per tutto il periodo di fertilità prevale nella femmina.

Altre patologie a componente infiammatoria, come gotta, sepsi e patologie cardiovascolari predominano invece, a parità di età, nel maschio, riducendosi tale differenza nella menopausa.

Tra i mediatori fondamentali del processo infiammatorio vi sono in particolare gli eicosanoidi tra cui le prostaglandine (PG) e i leucotrieni (LT), la cui biosintesi sembra essere influenzata dal sesso. La produzione di prostaglandine sembra, infatti, prevalere nel maschio mentre quella di leucotrieni nella femmina fornendo, ad esempio, una possibile spiegazione per la prevalenza nella femmina di patologie dipendenti dai leucotrieni, come l'asma. La minor produzione di leucotrieni nel maschio sembrerebbe inoltre ascrivibile agli androgeni suggerendo l'ipotesi che i leucotrieni potrebbero rivestire un ruolo fisiopatologico minore nel maschio, con possibili ripercussioni sull'approccio terapeutico.

Dati a supporto di tali ipotesi emergono ad esempio da uno studio clinico che dimostra una maggior efficacia nel controllo della sintomatologia asmatica di un farmaco anti-leucotrieni, attualmente utilizzato nella terapia dell'asma, in femmine che avevano raggiunto la pubertà rispetto

*a cura della Prof.ssa Lidia Sauteb, in Medicina di Genere Newsletter, Ottobre 2018, pag 3

Patologie al femminile

Influenza del sesso nella fisiopatologia e farmacoterapia delle patologie infiammatorie

ai maschi della stessa età. Alla base di questa diversa efficacia terapeutica vi potrebbe essere appunto la minor produzione di leucotrieni nel maschio, proprio per l'effetto degli androgeni, e quindi un loro minor contributo alla reazione asmatica. Anche il ruolo fisiopatologico delle prostaglandine sembra essere influenzato dal sesso con ripercussioni sull'effetto (beneficio/rischio) di farmaci che ne inibiscono la biosintesi come i farmaci antinfiammatori non steroidei il cui capostipite è l'aspirina. L'aspirina inibisce, inoltre, nelle piastrine il trombossano, con conseguente effetto antitrombotico.

Un esempio di farmacoterapia influenzata dal sesso sembra essere proprio quello relativo al trattamento in prevenzione primaria, con basse dosi di aspirina, di patologie cardiovascolari caratterizzate da un'importante componente infiammatoria.

Tale utilizzo sembra infatti associato a una riduzione significativa di eventi cardiovascolari in entrambi i sessi ma con un diverso tipo di efficacia: una riduzione di infarti del miocardio negli uomini e di attacchi ischemici nelle donne con ugual rischio di sanguinamento nei due sessi. Altri studi, tuttavia, non hanno messo in evidenza tale differenza. Quali siano i fattori che incidono su tali discrepanze non è ancora chiaro.

Sicuramente giocano un ruolo importante anche le differenze biologiche maschio/femmina che incidono profondamente sulla fisiopatologia delle malattie cardiovascolari con ripercussioni sulla farmacoterapia.

A rendere ancora più complesso il quadro sono i dati relativi all'efficacia dell'aspirina in prevenzione secondaria che non è influenzata dal sesso.

L'aspirina inoltre esercita un effetto protettivo correlato anche all'induzione, sesso-dipendente, della biosintesi di un altro eicosanoide, la 15-epi-lipossina A4 ad attività antinfiammatoria e quindi protettiva. Si è visto infatti che il trattamento con basse dosi di aspirina, in soggetti sani, era correlato positivamente nella femmina e negativamente nel maschio alla produzione di 15-epi-lipossina A4. Risulta quindi evidente, proprio perché la dipendenza dal sesso della fisiopatologia e farmacoterapia di patologie infiammatorie mediate dagli eicosanoidi è lungi dall'essere chiarita, la necessità di includere la variabile sesso nella ricerca biomedica, onde raggiungere una miglior efficacia terapeutica unita ad una maggior sicurezza d'uso dei farmaci per il trattamento di tali patologie.

Patologie al femminile

Ematologia e differenze di Genere

Il quadro è differente se parliamo di patologie ematologiche. In questo settore, infatti, pur rimanendo ancora tanta strada da fare, la medicina di genere appare più praticata anche in virtù dei nuovi approcci terapeutici molto correlati ad età, genere e sesso. Gli studi epidemiologici hanno, nel tempo, dimostrato quanto siano diversamente rappresentate nei due generi le patologie ematologiche e la differente risposta ai trattamenti farmacologici. È utile sottolineare, in questa sede, che quando parliamo di patologie ematologiche non ci riferiamo alle sole onco-ematologie ma a tutte quelle alterazioni non maligne come anemie da carenza di ferro o trombosi arteriose e venose giovanili.

*Anche se di recente sono stati pubblicati risultati interessanti sui fattori correlati agli aspetti socio culturali (genere) e biologici (sesso) in alcuni tipi di tumori, scarse rimangono finora le informazioni della letteratura scientifica sul ruolo di età, genere e sesso in oncologia edematologia.

Risultano, per esempio, sottostimate le differenze di età, genere e sesso nella risposta ai farmaci antineoplastici nei pazienti adulti e pediatrici affetti dallo stesso tipo di tumori del sangue (leucemie, linfomi, mielomi).

Il trattamento dei pazienti con malattie del sangue maligne (leucemie, linfomi, mielomi) e non-maligne (anemie, piastrinopenie, difetti dell'emostasi in senso sia emorragico sia trombotico) si avvale oggi di diagnosi accurate su base molecolare e di terapie mirate alla correzione del difetto specifico. Questo approccio ha

consentito l'aumento delle remissioni complete nei pazienti con malattie ematologiche maligne e di miglioramento della qualità della vita in quelli affetti da malattie non maligne del sangue, riducendo soprattutto le complicanze da prolungata terapia.

Visti i successi ottenuti, è divenuto oggi necessario affrontare i pazienti ematologici anche secondo età, genere e sesso per l'evidenza che alcune di queste patologie si manifestano con maggiore frequenza (anemie da carenza di ferro o di vitamine ematiniche, piastrinopenie immuni, malattia di Willebrand ed altre coagulopatie, sindrome da anticorpi antifosfolipidi, trombosi arteriose e venose giovanili) oppure con peculiarità differenti (trombocitemie ed altre sindromi mieloproliferative, leucemie con altre sindromi mielo-linfo-proliferative) sia nelle varie età degli individui sia nelle donne prima e dopo la menopausa.

Tra le categorie di farmaci impiegati in ematologia da monitorare secondo età, genere e sesso vanno quindi considerati non solo i chemioterapici usati nelle malattie maligne del sangue ma anche gli anti-anemici (anemia da carenza di ferro di bambini, donne ed anziani), gli anti-emorragici (nei bambini e donne con emorragie o emorragie post-partum), gli anticoagulanti (rischio aborto in gravidanza, trombosi dopo il parto o in corso di terapie ormonali prima e dopo la menopausa, trombosi associate ai tumori o dai difetti valvolari cardiaci).

Il rationale per un'ematologia di genere deriva innanzi tutto dai dati epidemiologici delle leucemie e linfomi. Le leucemie si

*a cura del Prof. Augusto B. Federici

Donne informa

Patologie al femminile

Ematologia e differenze di genere

verificano nei bambini e negli adulti, ma la leucemia linfatica acuta è più frequente in età pediatrica. Frequenze e prognosi correlate al sesso sono state dimostrate nella Leucemia Mieloide Cronica in cui i maschi sono maggiormente affetti e le donne hanno migliore prognosi. Le donne con Leucemia Linfatica Cronica presentano una migliore risposta al trattamento con una maggiore tossicità gastrointestinale da farmaci. I linfomi a cellule B e T si sviluppano nei maschi in età più giovane rispetto alle donne con frequenza circa due volte maggiore. Secondo questi dati epidemiologici, anche le ricerche di base eseguite sia in linee cellulari sia nei modelli animali dovrebbero tenere in considerazione entrambi i sessi.

L'ematologia di genere è giustificata poi dal fatto che il cromosoma X (XX sesso femminile) contiene molti geni e micro-RNA coinvolti nella risposta immunitaria. Queste piccole molecole di RNA non codificanti, implicate nella regolazione dell'espressione genica, sono implicate in alcune malattie del sangue, come il mieloma. Per quanto riguarda gli ormoni sessuali, gli estrogeni hanno un effetto anti o pro infiammatorio a seconda della concentrazione. Poiché plurimi sono i meccanismi immunologici coinvolti nelle malattie del sangue che richiedono in molti casi l'uso di immunoterapia, **lo studio degli aspetti legati al genere ed al sesso risulta estremamente utile.** Tra le altre patologie che richiedono un approccio di ematologia di genere vanno considerate le alterazioni dell'emostasi congenite ed acquisite in senso sia emorragico sia trombotico che si manifestano con frequenza e quadri clinici differenti nei maschi e nelle donne nelle diverse età della vita.

Patologie al femminile

Incontinenza Femminile

Secondo Antonella Biroli, fisiatra presso la Struttura di Riabilitazione Neurologica e Disfunzioni Autonome dell'Ospedale San Giovanni Bosco di Torino, l'incontinenza urinaria è un sintomo piuttosto frequente. Secondo statistiche internazionali a soffrire di questo disturbo sono fino al 25% delle donne. Studi demoscopici condotti in Italia dalla Fondazione Italiana Continenza stimano che la prevalenza in una popolazione femminile di età compresa tra i 18 e i 70 anni si aggiri intorno al 12%. Per definire invece quali siano le fasce di età maggiormente colpite, occorre differenziare la tipologia di incontinenza. L'incontinenza da sforzo, che si manifesta quando aumenta la pressione addominale a seguito per esempio di uno starnuto, una risata o un colpo di tosse, è più comune nella donna adulta, laddove con l'avanzare dell'età sale la prevalenza dell'incontinenza da urgenza, causata da uno stimolo urinario improvviso, impellente e improcrastinabile. E' infine frequente che le due forme coesistano e che l'incontinenza sia di tipo misto.

Nelle donne adulte si presenta con maggiore frequenza l'incontinenza da sforzo.

Dopo i 50 anni cresce progressivamente la prevalenza delle forme da urgenza e di tipo misto.

La donna si presenta maggiormente a rischio di incontinenza sia in relazione a fattori anatomici quali una uretra più corta di quella maschile, sia perché la vita della donna è caratterizzata da due eventi fisiologici che però sono chiamati in causa nella genesi della incontinenza: la gravidanza e il parto, poiché una fase espulsiva del feto particolarmente difficile e prolungata

può portare ad uno stiramento eccessivo dei muscoli del pavimento pelvico e del sistema fasciolegamentoso che sostengono la vescica, e la menopausa e l'invecchiamento in cui il crollo degli estrogeni può portare ad alterazioni sia a livello delle strutture urogenitali che dei muscoli del pavimento pelvico, sede dei recettori ormonali.

Nelle forme più comuni il primo trattamento è la riabilitazione della muscolatura pelvica.

Consiste nella presa di coscienza e nel miglioramento dell'attività del pavimento pelvico e delle strutture ad esso correlate. Il maggiore aiuto, soprattutto se l'incontinenza viene seguita fin dal suo esordio, deriva dalla chinesiterapia, ossia da sedute riabilitative nelle quali vengono insegnati alla donna esercizi utili a controllare e stimolare le funzionalità di tutto il distretto pelviperineale, correlandolo alla respirazione ed alle diverse situazioni di posture e dinamica corporea. La riabilitazione della muscolatura tramite chiensiterapia può essere affiancata anche dall'utilizzo del biofeedback che permette alla donna l'acquisizione di una percezione maggiore dei muscoli pelvici visualizzando i loro movimenti su di un monitor e infine dall'elettrostimolazione, cioè l'applicazione di stimoli elettrici tramite piccoli elettrodi che possono essere inseriti in una sonda vaginale e che aiutano a far percepire meglio e migliorare i movimenti dei muscoli pelvici.

Fonte ONDA 2009

Donne in forma

Patologie al femminile

Screening

Gli unici veri screening attivati dal nostro sistema sanitario sono focalizzati sugli organi riproduttivi femminili, mammelle comprese, e nella prevenzione delle patologie della parte terminale dell'intestino. La rimanente parte fornisce solo generiche indicazioni sui buoni stili di vita. Anche la prevenzione muscolo scheletrica trova screening solo nella MOC pur essendoci evidenze di quanto altre patologie scheletriche intervengano massicciamente nelle invalidazioni tipiche delle donne anziane. Sembra continuamente ignorato il fatto che, pur essendo le donne più longeve, la qualità della loro vita, nella senilità, è peggiore anche per effetto di una assente strategia di prevenzione per quei malanni singolarmente non gravi ma che, sommati tra loro, portano prima alla multicronicità e poi alla non autosufficienza.

Patologie al femminile

La depressione

Il gruppo guidato dal professor Osvaldo Almeida è partito da questa osservazione: l'impiego di antidepressivi non faceva diminuire il rischio della demenza associata alla depressione*. I ricercatori hanno arruolato più di 12.000 mila uomini di età 65-84 anni viventi a Perth nel 1996. Negli anni queste persone sono state risentite in merito a vissuti di depressione o meno.

In media sono stati controllati per circa 9 anni e le cifre di depressione/demenza o di nessuna demenza hanno fatto capire agli studiosi australiani questa possibilità del disturbo dell'umore come sintomo premonitore di un imminente declino cognitivo. «Si può pensare - hanno scritto Almeida ed altri - che la depressione che compare in giovinezza o nella mezza età possa contribuire a modulare il rischio di demenza più tardi nella vita, mentre la depressione che nasce in età avanzata sia più frequentemente una precoce manifestazione di un sottostante processo neurodegenerativo».

Due-tre anni prima

Sulla ricerca pubblicata su *Translational Psychiatry*, Massimo Tabaton, docente di Neurologia all'Università di Genova, impegnato in particolare sul terreno delle malattie neurodegenerative, osserva: «Sì, la depressione nel corso della vita è un non forte fattore di rischio per la demenza, ma può anche, come affermano i ricercatori australiani, essere il primo sintomo della demenza, che

si presenta due-tre anni prima. In particolare se l'anziano non ha mai sofferto di disturbo dell'umore negli anni precedenti».

Continua il professor Tabaton: «Probabilmente quando avviene un calo della funzionalità del cervello il disturbo dell'umore si manifesta prima dei disturbi della memoria, tipici della demenza, in particolare Alzheimer. Il più segnato dal declino indotto dall'età è il lobo frontale che è collegato all'iniziativa, la spinta a fare progetti, ed ecco dunque la depressione». Sono diverse le due depressioni, quella pura e quella segnale di un calo cognitivo? «Distinguerle è molto difficile, anche perché nella depressione maggiore c'è una diminuzione della memoria, tant'è che un tempo la si chiamava pseudo-demenza». Un segnale diverso da risposte diverse agli antidepressivi? «No, gli antidepressivi si dimostrano efficaci in tutt'e due tipi di depressione».

Solo il tempo chiarirà se quel disturbo angoscioso, battuto dagli antidepressivi, era un sintomo prodromico dell'Alzheimer.

*Fonte: Fondazione Umberto Veronesi, a cura di Serena Zoli (15/01/2018)

I dieci obiettivi dell'OMS per la salute di Genere

Secondo l'OMS, gli obiettivi da perseguire a livello mondiale sono ancora tanti, dalla lotta ai due più diffusi tumori femminili, alle minacce per la salute sessuale e riproduttiva, fino alle questioni relative alle disuguaglianze di genere e alla violenza sulle donne.

- **Cancro** - La priorità è dedicata alla diagnosi precoce dei tumori al seno e al collo dell'utero. I programmi di screening, prevenzione e trattamento, così come la vaccinazione contro il virus del Papilloma umano rappresentano l'arma più efficace per la salvaguardia o l'individuazione iniziale di lesioni tumorali benigne e/o maligne.
- **Salute riproduttiva** - Gli sforzi si incentrano verso la promozione del sesso sicuro quale misura preventiva per la salute sessuale e riproduttiva delle donne, in particolare nell'età compresa tra i 15 e 49 anni.
- **Salute materna** - Soltanto nel 2013 quasi 300 mila donne sono state vittime di complicazioni legate alla gravidanza, al parto e/o a malattie correlate.
- **Aids** - È fondamentale poter garantire alle donne affette da AIDS tutti i necessari trattamenti che consentano, oltre che la tutela dall'infezione stessa, anche verso altre malattie cui l'HIV abbassa le difese, come ad esempio la tubercolosi.
- **Infezioni sessualmente trasmesse** - A fianco di HIV e HPV (Papilloma virus umano), è necessario riuscire a proteggere (e curare) la donna, specie se a rischio, anche da altre malattie contraibili per via sessuale quali la gonorrea, la clamidia e la sifilide.
- **Violenza sulle donne** - Le ultime stime attestano che una donna su 3, al di sotto dei 50 anni, ha subito violenza fisica o sessuale da parte del partner o persona diversa dal compagno, con pesanti ripercussioni a breve e lungo termine sulla salute fisica e mentale.
- **Salute mentale** - Sensibilizzare le donne verso i possibili problemi di salute mentale, incentivandole a chiedere aiuto quando necessario, è tra gli obiettivi prioritari dell'OMS.
- **Malattie non trasmissibili** - Incidenti stradali, consumo pericoloso di tabacco, abuso di alcool, droghe e sostanze stupefacenti, obesità e sovrappeso hanno causato nel 2012, la morte precoce (prima dei 70 anni) di quasi 5 milioni di donne, specie in paesi a basso e medio reddito. Intento dell'OMS è aiutare/educare (giovani) donne e ragazze ad adottare corretti stili di vita, quale prerogativa per una vita lunga, in salute e di qualità.
- **Adolescenza** - Tra gli obiettivi di salute vi è anche quello di tutelare le ragazze adolescenti da problemi correlati alla salute sessuale e riproduttiva quali le malattie sessualmente trasmissibili, l'HIV e le gravidanze indesiderate.
- **Invecchiamento** - Oltre agli anni, sulla salute della donna pesano in tanti paesi anche pensioni più ridotte, un minore accesso alle cure mediche e ai servizi sociali rispetto alle opportunità offerte agli uomini.

Donne intorne

Accenni di storia femminile nelle Scienze (estratto da Studio Università Padova)



L'arte della Cura in molte società antiche è stata prerogativa femminile. Nel paleolitico superiore la Grande Madre dominava i fenomeni naturali, propiziava la fertilità, le attività di cura e di protezione della vita. Le numerose sculture ritrovate in tutta Europa dall'Atlantico alla Russia testimoniano come il culto della Dea Madre fosse diffuso in modo omogeneo e per molti millenni. Caratteristiche comuni a tutte le statuette sono le piccole dimensioni, l'accentuazione di alcune parti del corpo della figura femminile

(glutei, ventre, seni) e la quasi inesistenza di altri particolari del corpo. Del ricco panorama archeologico del Salento preistorico fanno parte le due Veneri ritrovate in una grotta di Parabita, in provincia di Lecce, uniche nel loro genere per bellezza e forma. Hanno corpi più longilinei rispetto ad altre Veneri preistoriche, che sono più deformate nei seni e nei glutei. Rappresentano due donne, una di 9 cm e l'altra di 6, che cingono con le braccia il ventre gravido a protezione e cura. Queste figure femminili avevano un significato magico-religioso, sicché venivano propiziate per la fertilità della donna e, sepolte nel terreno, anche quella della Terra, che in tutte le religioni antiche era venerata come Grande Madre, perché gli uomini dipendevano da lei per il proprio nutrimento e per la continuità della specie.

Nella mitologia greca e successivamente in quella romana, la Dea Igea era venerata come Dea del benessere, dell'igiene e della salute. Il culto di Igea era associato a quello del padre Asclepio, invocato per la cura delle malattie e il ristabilimento della salute persa, e a quello della sorella Panacea, Dea della completa guarigione. Con l'azione delle tre divinità veniva tutelato l'intero stato di salute dell'individuo. Nella cosmogonia latina, narrata dal poeta Gaio Iginio, è la Dea Cura che crea l'uomo con la creta e lo accompagna per tutta la vita in quanto, come sentenziato da Saturno, lo modellò per prima.

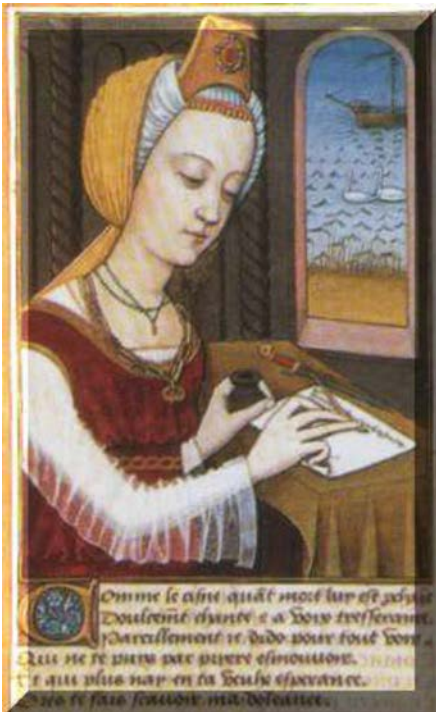
Le notizie di donne medico famose arrivano fino dall'antichità greca (IV - III secolo a.C.), con nomi come Artemisia che studiava le piante con scopo terapeutico e Agnodice che ricopriva il ruolo di *iatrines*. Agnodice era una giovane donna ateniese che, per studiare medicina e superare il divieto imposto alle donne e agli schiavi, dovette ricorrere all'inganno, tagliarsi i capelli e vestirsi da uomo. Diventata ostetrica (*maia*) molto ricercata riuscì a superare, con l'aiuto delle donne ateniesi, le accuse presentate all'Aeropago di Atene dagli altri medici. Agnodice fu assolta e poté continuare ad esercitare l'arte medica con un'unica condizione, curare solo le donne, ma finalmente in abiti femminili e senza doversi più nascondere. Nel mondo greco le donne che esercitavano la professione di medico venivano definite con il termine *maiai*, "levatrici" e alcune anche con il termine *iatròs*, "medico", declinato al femminile, *iatrines*. Anche nel mondo latino il termine *medicus* aveva il femminile, *medica*, lo si trova nelle opere di Marziale, Apuleio e nelle epigrafi tombali. Nel mondo sanitario romano vi erano anche donne-medico, soprattutto in campo ostetrico, come Scribonia Attice, famosa *obstetrix* molto richiesta dalle partorienti di Ostia antica.

Donne intorne

Accenni di storia femminile nelle Scienze

Nell'alto medioevo spicca la figura di Metrodora vissuta a Costantinopoli nel VI secolo, famosa per aver scritto un trattato di medicina *Delle malattie delle donne*. Dal testo si rileva che non è solo un'ostetrica, ma una medica vera e propria, che all'occorrenza sa ricorrere anche alla chirurgia.

Alcuni storici cancellarono la presenza di Trotula dalla storia della medicina perché negavano la possibilità che una donna avesse potuto scrivere un'opera così importante. Solo gli storici di fine Ottocento recuperarono l'autorità di Trotula e delle *Mulieres Salernitanae*.

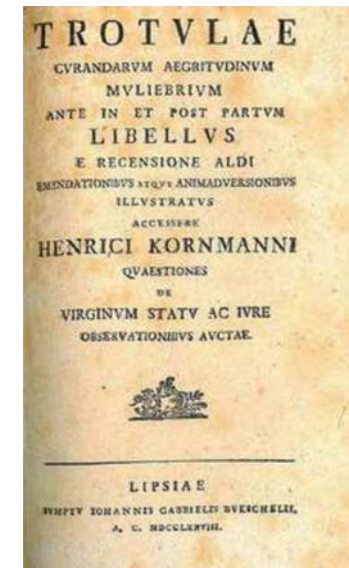


Trotula de Ruggiero, XI secolo

Nella Salerno dell' XI secolo, Trotula de Ruggiero fu la più famosa delle *Mulieres Salernitanae*, le Dame della Scuola Medica di Salerno, dove studiò e insegnò. Divenne famosa per gli studi relativi alla medicina femminile, riguardanti la gravidanza, il parto, la sterilità e la cura del corpo confluiti nel trattato *De passionibus mulierum ante in et post partum*, un innovativo manuale di ostetricia, ginecologia e puericultura che segue la donna nelle varie fasi della vita e nel *De ornatu mulierum*, un trattato sulla cura estetica del corpo, in quanto la bellezza è il segno di un corpo sano e in armonia con l'universo. Delle opere tramandate nel

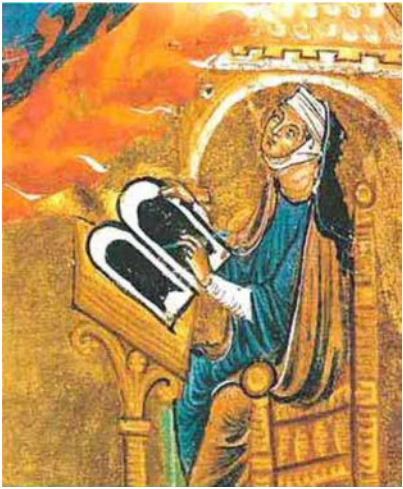
Corpus salernitano, i due trattati di Trotula valorizzano la donna nella sua identità di genere.

Gli scritti e i trattamenti di Trotula si diffusero in tutta Europa fino al XVI secolo, ma furono spesso attribuiti ad autori di sesso maschile.



Donne in forma

Accenni di storia femminile nelle Scienze



Hildegard von Bingen, XII secolo

Per Hildegard la *Viriditas* è l'energia vitale, il rapporto filosofico tra l'uomo e la natura, preziosa alleata anche per guarire dalle malattie. La salute dell'essere umano si regge quindi su una "salute" globale (olistica), sul benessere non solo corporeo ma anche psichico e spirituale. Nel 2012 Hildegard von Bingen è stata dichiarata Dottore della Chiesa da Papa Benedetto XVI. Nel Cinquecento e nel Seicento l'assenza di donne in campo scientifico è dovuto al diffondersi di uno stereotipo femminile legato alla bellezza, alla capacità di governare la casa e al sapere intrattenere delle conversazioni colte di arte e di letteratura. Nel Settecento **Anna Morandi Manzolini** ebbe il merito di essere stata la prima anatomista ad aver plasmato il modello anatomico in ceradidi diverse parti del corpo, tracciò l'apparato genitale femminile, in particolare l'utero gravidico. L'importanza e la novità stanno nell'aver saputo coniugare lo studio teorico delle analisi delle parti del corpo umano al funzionamento degli organi interni. La prima donna laureata in Italia in Medicina e Chirurgia dopo la nascita dello

Stato Unitario è stata **Ernestina Paper** nel 1877. Nata in una famiglia ebrea originaria di Odessa, iniziò gli studi di Medicina all'Università di Zurigo, perché la Svizzera, per prima, aveva aperto alle donne le sue Università e tutte le Facoltà, anche quelle tecnico-scientifiche. **Anna Kuliscioff** conseguì la laurea in Medicina a Napoli nel 1885 e si specializzò in ginecologia a Torino. Scoprì l'origine batterica delle febbri puerperali, causa delle morti post partum. Esercitò l'attività di medico a Milano e si batté per l'emancipazione femminile ritenendo che solo il lavoro equamente retribuito potesse portare la donna alla conquista della libertà, della dignità e del rispetto.

Una testimonianza scritta delle difficoltà incontrate nell'ambiente medico di fine Ottocento ci giunge dal libro *Come diventai dottoressa* pubblicato nel 1902 da **Aldina Francolini**, laureata in Medicina a Firenze nel 1889, che ricorda come prima della laurea le donne dovessero affrontare scherzi ed allusioni pesanti da parte degli studenti maschi e, successivamente, incontrare "una contrarietà strana, una riluttanza inesplicabile, una sfiducia direi quasi insultante" da parte della gente, nonché l'irritazione dei colleghi che "ponevano ostacoli in tutti i modi, con tutti i mezzi più o meno leali e dignitosi".

La prima donna medico a ricevere il Premio Nobel per la Medicina nel 1986 è stata **Rita Levi Montalcini** per la scoperta dell'NGF (Nerve Growth factor), il fattore di crescita della fibra nervosa, aprendo nuove frontiere nel campo della Medicina e delle Neuroscienze.

La prima donna medico a ricevere il Premio Nobel per la Medicina nel 1986 è stata **Rita Levi Montalcini** per la scoperta dell'NGF (Nerve Growth factor), il fattore di crescita della fibra nervosa, aprendo nuove frontiere nel campo della Medicina e delle Neuroscienze.



Rita Levi Montalcini

Primi passi verso una vera legislazione

- Applicazione e diffusione della medicina di genere nel Servizio sanitario nazionale (art.3 Legge 3/2018)
- Consensus Conference «Verso una medicina genere specifica” - Istituto Superiore di Sanità marzo 2017
- Bando AIFA 2016 per la ricerca indipendente sui farmaci: inserimento area tematica su medicina di genere
- Corsi di laurea in medicina e chirurgia: inserimento della medicina orientata al genere
- Video divulgativo sui media sulle differenze uomo-donna nell’infarto e nell’osteoporosi dedicato alla popolazione (ISS)
- Creazione di una community su Facebook dedicata alle differenze di genere nella salute (ISS)
- Realizzazione e diffusione di una Newsletter nazionale informativa e divulgativa a cadenza bimestrale sulla medicina di genere (ISS)
- Realizzazione di un nuovo rivista scientifica The Italian Journal of Gender Specific Medicine (ISS)
- Sessione specifica dedicata alle differenze di genere nella rivista internazionale Frontiers of Immunology - Research topic: sex hormones and gender differences in immune response (ISS)
- Inserimento di un’area specifica dedicata alle differenze di genere nella mostra interattiva itinerante sulla prevenzione delle malattie infettive “Mondo vaccini”, ospitata presso il Museo ISS
- Sviluppo, implementazione e diffusione di linee guida editoriali SAGER per autori ed editori (Sex and Gender Equity in Research) per la promozione dell’approccio di genere nelle pubblicazioni di area biomedica (ISS)
- Apertura di un tavolo inter-regionale per promuovere la diffusione della medicina genere-specifica nella programmazione del SSN (ISS)
- Collaborazione con le società scientifiche per promuovere l’inserimento dell’area tematica sulla medicina genere-specifica nelle loro progettualità e attività (Società Italiana di Reumatologia, SIR e Società Italiana di Gastroreumatologia, SIGR) (ISS)
- Apertura di un tavolo inter-religioso per evidenziare le differenze di genere e le criticità delle donne appartenenti alle diverse confessioni nell’accesso alle cure e ai servizi sanitari (ISS)
- Organizzazione e realizzazione di un corso di formazione per giornalisti “Per una corretta comunicazione sulla medicina di genere”. Novembre 2016, presso ISS
- Corso FAD (Formazione a Distanza) per medici, infermieri, psicologi e altri operatori sanitari “La pillola rosa e la pillola blu” sulle differenze di genere in vari ambiti della medicina (ISS)
- Percorsi di alternanza scuola-lavoro improntati sulle differenze di genere negli stili di vita, nella salute e in patologie specifiche (ISS)

Conclusioni

Il 23 dicembre 1978 venne istituito, in Italia, il Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Facendo un bilancio di questi 40 anni si può dire che si tratta di una delle Leggi più importanti e meglio riuscite nella storia della Repubblica.

L'affermazione risulta in tutta la sua evidenza se poniamo a confronto i nostri risultati con quelli degli Stati Uniti, due paesi che hanno seguito due strade opposte.

Nel 1978, in America, la mortalità infantile era più bassa rispetto all'Italia (14 morti nel primo anno di vita ogni mille nati negli Usa, 17 in Italia).

Nel 1978 l'età media alla morte era la stessa negli Usa e in Italia (73-74 anni).

Nel 2018, in Italia si muore ad 82 anni, negli Usa a 79 anni. Inoltre, la spesa sanitaria è incredibilmente più alta degli Usa che in Italia. Mettendo insieme spesa pubblica e privata, nel 2017 l'Italia ha speso per la salute il 9% del PIL, gli USA il 18%.

Lo scorso anno, in Italia, la spesa per la salute è stata di 2.400 euro pro-capite (1.800 pubblica e 600 privata), negli USA di 9.400 euro pro-capite (4.400 pubblica e 5.000 privata).

Infine, anche a causa di queste enormi differenze, la discriminazione nell'accesso alle prestazioni sanitarie - per classi sociali, di reddito, di etnia e territorio - sono più accentuate negli Usa che in Italia.

Cosa è successo?

Negli Usa i principali attori sono le assicurazioni private. In Italia, grazie alla legge del 1978, attraverso la fiscalità

generale, è l'intero Paese a farsi carico della salute di ogni suo cittadino in uno spirito solidaristico. Il Servizio Sanitario Nazionale italiano è forse l'unico ad essere di tipo universalistico, anche nel rispetto del diritto alla salute sancito dalla nostra Costituzione.

Ora, però, è importante che - nei prossimi anni - le risorse economiche e l'organizzazione del SSN siano adeguati ai mutamenti demografici in corso, ai formidabili mutamenti della tecnologia, della farmacologia e, soprattutto, e alla necessità di accogliere culturalmente l'approccio alla medicina genere-orientata.

E qui ben si inserisce questo numero di Donne inForma che fa un quadro dell'attuale situazione italiana e sottolinea la necessità di accogliere, come dirimente, questo nuovo orientamento sia nella ricerca che nella sperimentazione farmacologica e nella cura.

L'approccio genere-orientato è cosa recentissima. Fu nel 1991, infatti, che per la prima volta venne menzionata, in medicina, la "questione femminile".

Oggi, la Medicina di Genere ha come obiettivo quello di comprendere i meccanismi attraverso i quali le differenze di genere e di sesso agiscono sull'insorgenza e il decorso di molte malattie e sulla ricerca, formulazione ed efficacia farmacologica.

Come spesso accade, le grandi innovazioni sociali prendono spunto da sensibilità femminili e anche questa volta non è differente. Dalla necessità di sottolineare quanto fosse discriminante la medicina neutra si è arrivati alla

Conclusioni

consapevolezza che ogni fase della vita - dalla nascita alla senilità - e ogni differenza di genere/sexo, cultura, etnia, provenienza geografica ... richiede accoglienza partendo dalla ricerca e finendo alla cura, oggi di genere domani personalizzata.

Ma noi siamo un sindacato e il sindacato non è una organizzazione culturale, è qualcosa di diverso rispetto alle istituzioni o alle accademie; è un soggetto politico che lotta, che promuove le istanze dei propri associati, che tutela il presente e promuove il futuro, che non guarda ciò che manca senza organizzarsi per ottenerlo. La medicina di genere costituisce un nuovo scenario in cui agire perché le nostre anziane future godano di quella qualità della vita oggi negata. Mi piace concludere con quanto scriveva l'allora Segretario Generale della FNP Gianfranco Chiapella in un convegno sui diritti degli anziani, a 10 anni dalla riforma sanitaria:

«Troppo spesso il sindacato si lascia sorprendere distratto rispetto a queste problematiche, lontano dai problemi concreti, incapace di coinvolgere, intorno a questi, i suoi iscritti.

È necessario che il sindacato sappia capire l'oggi e il domani, e forse il secondo in misura anche superiore del primo. È necessario che il sindacato capisca di vivere in una società che cambia in modo vorticoso, e che questa comprensione indirizzi il suo comportamento e le sue scelte. Solo così il sindacato potrà trovare udienza nella società. Il nostro impegno per il futuro deve potersi sintetizzare nello sforzo di muoversi "dal sindacato alla società".

Il sindacato non può, pena tradire l'ispirazione fondamentale

da cui è nato, accettare passivamente una società così: una società così non è la nostra, non è quella che noi vogliamo. Noi la vogliamo migliore e anche questo confronto è un contributo in tal senso, con solidarietà, efficienza, esperienza di idee e di azione.»

Il Segretario Generale Aggiunto
Loreno Coli

*A cura del Coordinamento Donne Nazionale e
del Dipartimento Politiche Previdenziali*

Redatto a marzo 2019