

REVIEW ARTICLE

Il percorso di AMD per la medicina genere specifica: dall'appropriatezza terapeutica alla personalizzazione delle cure

P. Li Volsi¹

¹ Coordinatore Nazionale Gruppo Donna AMD.

Corresponding author: pattyliv@yahoo.com

Migliorare e personalizzare le cure secondo un'ottica di genere, in particolare in diabetologia, questo l'obiettivo intorno al quale hanno ruotato le tematiche affrontate a Trieste il 22 e 23 febbraio scorsi, nell'ambito del III Convegno Nazionale del Gruppo Donna AMD, dedicato appunto alla Medicina di Genere.

L'ampliamento della letteratura scientifica degli ultimi anni con studi che pongono in relazione il progredire delle patologie croniche con differenti aspetti sociali e culturali, ha portato il Gruppo a organizzare un aggiornamento (rispetto all'ultima edizione svoltasi nel 2015) per capire come differenti segni clinici, procedure diagnostiche ed esigenze terapeutiche siano diverse in uomini e donne. In apertura dei lavori Paola Boldrini, Senatrice della Repubblica, ha ricostruito l'approvazione in via definitiva del DDL Lorenzin avvenuta il 22 dicembre 2017, con la conseguente pubblicazione sulla GU del 31 gennaio 2018, che garantisce - per la prima volta in Italia - un orientamento al genere della medicina in tutte le sue applicazioni, sia nella sperimentazione clinica dei farmaci (art. 1), che in tutto il percorso clinico (art. 3). Quest'ultimo articolo - denominato "Applicazione e diffusione della Medicina di Genere nel Sistema Sanitario Nazionale" - prevede che una legge nazionale aiuti a superare le autonomie dei servizi sanitari regionali, così da veder diffusa e applicata la Medicina di Genere, e riconosce che le differenze di sesso e genere nella ricerca, nella prevenzione e nella diagnosi e cura siano un'esigenza ineludibile della medicina moderna. La legge rappresenta un sostanziale incentivo all'appropriatezza e all'equità dell'assistenza nel pieno rispetto del diritto alla salute previsto dall'articolo 32 della Costituzione Italiana. Il Ministero della Salute sta ora predisponendo due decreti applicativi: uno comporterà il Piano per la diffusione della Medicina di Genere (in collaborazione con il Centro di Riferimento per la Medicina di Genere dell'Istituto Superiore di Sanità in rapporto con la Conferenza permanente Stato e Regioni); l'altro definirà assieme al MIUR, il piano Formativo Nazionale per la diffusione delle conoscenze in Medicina di Genere.

La Professoressa Giovannella Baggio, Presidente Centro Studi Nazionale su Salute e Medicina di Genere, ha illustrato come in questi anni in Italia si sia andata formando una rete importante di sostegno della Medicina di Genere che ha visto la stretta collaborazione dell'Istituto Superiore di Sanità, del Centro Studi Nazionale su Salute e Medicina



OPEN
ACCESS

Copyright © 2019 Li Volsi. This is an open access article edited by [AMD](#), published by [Idelson Gnocchi](#), distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution License](#), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

di Genere e del Gruppo Italiano Salute e Genere. Intorno a questo “trio” sono state coinvolte Società Scientifiche molto importanti: FNMCEO, SIMG, FADOI, molte di loro hanno costituito al loro interno dei gruppi di studio sulle differenze di genere (ad es. SIF, SIC, AIOM, SIR e altre). L’Università poi tramite la Conferenza dei Presidenti dei Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia ha approvato un documento nel quale invita tutte le Scuole di Medicina a inserire l’insegnamento delle differenze di genere in tutte le specialità mediche e chirurgiche. In Italia inoltre sono nati molti Centri sulla Medicina di Genere, alcuni all’interno degli Ordini dei Medici, altri nelle Università, altri ancora vicini a Centri di Volontariato. Tutto questo ha moltiplicato le attività formative che si susseguono in tutte le regioni italiane. Vi sono ad oggi anche 3 corsi FAD. E numerosi siti web di aggiornamento.

La dottoressa Roberta Crialesi – Dirigente Servizio Sistema integrato salute, assistenza, previdenza e giustizia ISTAT – ha illustrato le indagini e gli studi dell’Istat che consentono di gettare uno sguardo ampio sulla dimensione di genere declinando il concetto di salute secondo differenti definizioni e approcci di misurazione. In quasi tutti i paesi del mondo le donne godono di un sensibile vantaggio rispetto agli uomini in termini di sopravvivenza. In Italia tale vantaggio è quantificabile in circa 4 anni e 5 mesi (nel 2018 le donne hanno speranza di vita alla nascita di 85,2 anni contro gli 80 anni degli uomini). La maggiore longevità femminile si accompagna tuttavia a un sensibile svantaggio in termini di qualità della sopravvivenza; le donne in generale trascorrono un maggior numero di anni in cattiva salute, oltre il 30% dell’aspettativa di vita alla nascita, mentre a 65 anni più della metà degli anni che restano da vivere saranno gravati pesantemente da limitazioni nelle attività. Con riferimento alla mortalità le donne sperimentano tassi costantemente inferiori rispetto agli uomini, con una dinamica in diminuzione che accomuna entrambi i generi (diminuzione percentuale di circa 23% nel 2003-2016), nondimeno differenze importanti si osservano analizzando le principali cause di morte. La graduatoria delle prime 10 malattie che hanno causato un maggior numero di decessi vede al primo posto le malattie cerebrovascolari per le donne (34.500 decessi contro i 22.400 degli uomini). Complessivamente tra le donne si osserva un numero quasi doppio di decessi rispetto agli uomini per malattie ipertensive (22.000 vs 11.500) e demenza e malattia di Alzheimer (21.000 vs 10.000), quest’ultime in particolare rispetto al 2003 avanzano dal 7° al 5° posto indicando una chiara transizione verso le

cause tipiche delle età molto anziane, riflesso della maggiore longevità femminile. Il diabete mellito scende dal settimo al nono posto negli uomini e dal quinto al settimo nelle donne. Tutti gli indicatori di salute misurati dalle indagini di popolazione concorrono a evidenziare condizioni di fragilità specifiche tra le donne soprattutto nelle fasce di età più anziane. Le donne di età superiore ai 65 anni hanno maggiori prevalenze di multicronicità (55,2% contro 42,4% degli uomini) ma minori prevalenze di malattie croniche gravi (46,4% contro 43,4%) rispetto agli uomini. Nelle donne anziane è più elevata la prevalenza di artrosi (58,4% contro 34,1% degli uomini), patologie lombari (38,8% contro 26,6%) o cervicali (33,9% contro 21,8%), depressione (14,7% contro 7,5%); riferiscono più degli uomini la presenza di dolore fisico da moderato a molto forte (45,4% contro 27,6%). Tra le ultraottantenni la percentuale arriva al 58,6% a fronte del 39,2% degli uomini. Anche per le gravi limitazioni motorie, le differenze sono evidenti soprattutto dopo i 75 anni e lo svantaggio femminile è molto maggiore rispetto a quello che si osserva per la media europea. A ciò si aggiunga che pur in presenza di una grave compromissione dell’autonomia più di una donna anziana su due vive da sola e circa una su cinque solo con il partner, una su sei come membro aggregato nella famiglia di un figlio. L’analisi di genere integrata con altre caratteristiche socio-economiche testimonia che gli aspetti biologici interagiscono con tali aspetti, modificando i gradienti di salute tra uomini e donne. Gli stili di vita hanno un effetto rilevante sulle condizioni di salute; anche in questo caso l’analisi per genere è utile a interpretare, e prevenire, alcune tendenze che possono condizionare in futuro la capacità di conservare e migliorare la salute della popolazione. Alcuni comportamenti a rischio hanno una forte caratterizzazione di genere, ad esempio l’eccesso di peso, un problema più maschile che femminile. D’altro canto vi è una differenza di genere rilevante e costante nel tempo rispetto alla propensione a uno stile di vita sano, specialmente per quanto riguarda lo stile di vita sedentario: a parità di età e di credenziali educative le donne sono più sedentarie degli uomini. Infine, quando si parla di problematiche di genere non si può non ricordare la questione della violenza di genere, la cui entità presenta cifre allarmanti: sono 6 milioni e 788 mila le donne (31,5%) tra i 16 ed i 70 anni che hanno subito nel corso della propria vita una qualche forma di violenza fisica o sessuale. La dottoressa Giorgia Dogà ha illustrato il lavoro della Medicina Generale che si orienta ogni giorno lungo due binari: la prevenzione e la presa in carico del paziente

con patologie croniche. Ben l'86% dei decessi, il 77% della perdita di anni di vita in buona salute e il 75% delle spese sanitarie in Europa e in Italia sono causati da alcune patologie croniche ben note quali malattie cardiovascolari, tumori, diabete, malattie respiratorie, che hanno in comune fattori di rischio modificabili. Questi fattori di rischio seppur sovrapponibili nei due sessi hanno un impatto sulla salute diverso tra uomini e donne: alcool, fumo, BMI e insufficienza di attività fisica determinano nella donna un maggior rischio di incorrere in patologie cardiovascolari e respiratorie, dimostrandosi più suscettibili a eventi avversi.

Come accennato precedentemente la medicina generale si occupa anche di prevenzione: contraccezione ed educazione nei confronti delle MST, consapevolezza della propria fertilità con monitoraggio di eventuali terapie o indagini diagnostiche embriotossiche, promozione dei programmi di screening e delle campagne vaccinali (HPV).

Per quanto risulti assodato che le donne siano più longeve rispetto all'uomo, questa maggiore aspettativa di vita è gravata da importanti disabilità legate all'insorgenza di patologie croniche invalidanti: malattie cardiovascolari e respiratorie, artrosi, osteoporosi, demenza risultano nettamente prevalenti nel sesso femminile. Questo si evince anche dai dati della medicina generale, estratti dal database Health Search, che oltre ad evidenziare come le donne siano più 'malate' sottolinea anche una scarsa 'sensibilità' nella diagnostica e nel trattamento. Alle donne vengono prescritti meno accertamenti e meno terapie appropriate. Per usare un'ottica di genere dobbiamo quindi conoscere la prevalenza delle patologie e il diverso impatto sui due generi: spesso la stessa malattia si manifesta in modo diverso tra uomo e donna. Per fare ciò serve una costante formazione del personale sanitario, medico e non, nelle nuove forme associative della medicina generale.

Nel corso del Convegno la dottoressa Valeria Manicardi, Coordinatore nazionale Gruppo Annali AMD, ha rivisto gli Annali 2018 in ottica di genere a sei anni di distanza dall'edizione 2012. È emerso che, complessivamente, vi è stato un miglioramento sia nei maschi sia nelle femmine di tutti gli indicatori, sia quelli di monitoraggio di malattia sia di qualità dell'assistenza erogata al soggetto con diabete. Osservando però i risultati relativi a quanti pazienti avevano raggiunto il target desiderato nei vari parametri si è verificato che nonostante un passo in avanti molto consistente le differenze si sono mantenute: nel 2011 il 45% dei maschi aveva un HbA1c inferiore a 7% contro il 41% delle donne, con un gap del 4% a sfavore delle donne. Nel 2018 questa percentuale è aumentata arrivando

al 52% per i maschi (quindi un 7% in più di pazienti a target) e al 48% delle donne; la differenza dunque è rimasta identica, c'è sempre un 4% circa di donne in meno che raggiungono il target desiderato di HbA1c così come c'è una percentuale maggiore che ha una HbA1c decisamente da scompenso, superiore all'8%, rimasta intorno al 2,5%. Discorso analogo per l'assetto lipidico: dal 44% degli uomini con diabete di tipo 2 a target di colesterolo-LDL (100 mg/dL) contro il 38% delle donne di sei anni fa, al 62% dei maschi e al 54% delle femmine del 2018. Complessivamente i dati del 2018 confermano le stesse differenze di genere che avevamo rilevato sei anni fa e l'obesità (BMI superiore a 35) è sempre molto più presente nelle donne. Questa uniformità di dati suggerisce che non vi siano differenze di trattamento o diversa qualità di cura erogata dai servizi del sistema sanitario nazionale, ma solo esiti peggiori. Le differenze sembrano quindi più di tipo biologico, genetico, di diversa risposta ai farmaci e/o forse di diversa aderenza alla terapia (per es., possibili riduzioni di dosaggio per temuti o reali effetti indesiderati). Riguardo al diabete tipo 1 era stata rilevata una sola differenza ossia un peggiore controllo del diabete nelle femmine (20%) rispetto ai maschi (25%) con un migliore controllo della pressione arteriosa nelle donne; queste differenze si sono mantenute sei anni dopo pur con dati migliorati (a target rispettivamente il 25% e il 30%). Confermata inoltre l'evidenza che i pazienti trattati con microinfusore raggiungono più facilmente e in una percentuale più elevata l'obiettivo desiderato di HbA1c. Anche per il diabete di tipo 1 si può concludere che le differenze di genere sono presumibilmente collegate a differenze biologiche (per esempio differenze ormonali nel corso della vita di una donna) che rendono più instabile il diabete nel genere femminile. Quali possono essere i take-home message del congresso? Innanzitutto occorre che la ricerca farmacologica aumenti il numero delle donne arruolate negli studi clinici (le linee guida e i position paper si basano su dati sperimentali con una quota di donne inferiore al 30% della popolazione totale studiata), soprattutto per avere la certezza che i farmaci che si usano con i maschi funzionino altrettanto efficacemente anche con le femmine e per mettere a punto il dosaggio più adeguato. Inoltre, serve diffondere la cultura della Medicina di Genere e sfatare il preconcetto che si tratti di argomenti prettamente femminili. Occorre far capire che conoscere le differenze di genere nell'epidemiologia e nelle manifestazioni cliniche delle patologie può permettere ai medici di essere più appropriati nella prescrizione di esami e di trattamenti, nell'ottica di una terapia sempre più personalizzata.