

Medicina di genere

Dott.ssa Luisa Vastano, Dott.ssa Maria Brini. Dott.ssa Amelia Ceci, Dott.ssa Angela Leoni. Dott.ssa Marilena Ferraboschi. Profess@re al femminile - Reggio Emilia

Uomini e donne appaiono sempre più diversi per la scienza. Lo sono anche rispetto alla sensibilità a certe malattie e alla risposta a determinate terapie, tanto che si parla sempre più spesso di “medicina di genere”. Il concetto che l'uomo e la donna siano diversi anche nelle malattie che hanno in comune potrebbe sembrare ovvio, ma finora non è stato così. Basti pensare che quasi tutte le cure vengono testate e sviluppate nel maschio e che la maggior parte degli studi di valutazione dei farmaci vengono condotti negli uomini, dando per scontato che gli effetti saranno gli stessi anche nella donna.

La *Medicina di Genere* è una branca recente delle scienze biomediche che ha l'obiettivo di riconoscere e analizzare le differenze derivanti dal genere di appartenenza sotto molteplici aspetti, da quello anatomico e fisiologico a quello biologico e funzionale, da quello psicologico a quello sociale e culturale, e valutare come queste differenze influenzino gli interventi medici e la risposta alle cure farmacologiche. La finalità di questa innovativa disciplina è arrivare a garantire a ciascuno, uomo o donna che sia, il miglior trattamento possibile in base a ciò che al momento è noto ed è dimostrato che sia utile.

Secondo l'indagine Istat 2010 le donne rappresentano il 58% degli ultrasessantacinquenni e il 70 % degli ultraottantacinquenni con un'aspettativa di vita di 84.4 anni rispetto ai 79.2 degli uomini. Le donne quindi vivono più a lungo degli uomini, però si ammalano di più, usano di più i servizi sanitari e hanno un maggior numero di anni in cattiva salute.

L'8.3% delle donne italiane ha problemi di salute (contro il 5,3% degli uomini) e sono le principali consumatrici di farmaci: ne prendono mediamente circa il 40% in più rispetto agli uomini, soprattutto nella fascia di età compresa tra i 15 e i 54 anni. Sono anche più soggette degli uomini alle reazioni avverse. Tuttavia, una buona parte delle molecole (come ad esempio alcuni psicofarmaci) non è stata sperimentata sulla popolazione femminile, con il risultato che, rispetto ai farmaci, la donna è assimilata al maschio per quanto riguarda sia l'efficacia che le controindicazioni.

Le ragioni di questa esclusione sono molteplici, ma la principale può ricondursi all'intento di evitare il rischio di esporre una donna in età fertile a possibili effetti sconosciuti.

Che differenza c'è fra “genere” e “sesso”?

Il genere è l'insieme delle differenze biologiche “maschio” e “femmina”. Queste sono definite da molte variabili, che vanno al di là di quelle genetiche, dovute alla presenza o meno del cromosoma sessuale X, o fisiologiche, prime fra tutti, le differenze nell'apparato genitale. Comprendono infatti anche aspetti comportamentali, culturali, sociali. Il concetto di genere perciò è più ampio di quello di sesso, perché identifica chi appartiene all'uno o all'altro non soltanto in base all'aspetto fisico, ma anche in relazione al modo in cui ci si pone nei confronti del mondo, all'età, all'istruzione, allo stile di vita, alla cultura ed all'etnia di appartenenza.

Alcuni esempi di caratteristiche del “sesso”

Essere femmine ed essere maschi comporta delle differenze che riguardano l'organismo nel suo insieme. Nell'uomo le spalle sono più larghe, il bacino è più stretto, i muscoli più sviluppati. Nella donna le spalle sono più strette e il bacino ha una maggiore ampiezza e capacità per permettere la gravidanza e la nascita del neonato. Ancora, mentre il maschio respira soprattutto con l'addome, la donna respira soprattutto con il torace, in quanto la respirazione toracica è utile nel corso della gravidanza, quando il feto grava con la sua presenza sulla pancia della madre. Anche le ossa sono differenti: non solo il bacino ma anche la posizione dei femori (le ossa delle cosce) che nella donna tendono più a convergere verso le ginocchia. Questo comporta, ad esempio, un modo un po' diverso di camminare e di correre.

La struttura ossea dei due sessi è così diversa che gli antropologi, cui capita di imbattersi in una antica sepoltura o in alcune ossa del passato, possono stabilire se questi reperti appartenenti ad un nostro lontano antenato siano femminili o maschili. Tuttavia, le differenze maggiori riguardano naturalmente gli organi genitali, quegli organi, cioè, che consentono di accoppiarsi e di dar vita ad un nuovo organismo. La donna ha un'epoca feconda che inizia con il ciclo mestruale e termina piuttosto bruscamente fra i 45 e i 50

anni, un'età in cui, almeno nei paesi che hanno condizioni economiche e sociali buone, si hanno ancora diversi decenni da vivere; non ci sono più ovulazioni e scompaiono le mestruazioni: è la menopausa. La fine dei cicli biologici che coinvolgevano molte funzioni organiche provoca grandi cambiamenti fisici che possono determinare l'insorgenza di numerosi fattori di rischio.

L'approccio "di genere" alla medicina

Considerare "il genere" come parametro fondamentale negli studi clinici è indispensabile per garantire la messa a punto di una salute a misura di donna e di uomo. Questo consentirebbe di:

- ridurre il livello di errore nella pratica medica
- migliorare e personalizzare le terapie
- promuovere l'uso appropriato dei farmaci
- far risparmiare il Servizio Sanitario Nazionale.

In un prossimo articolo approfondiremo questo argomento con esempi che evidenziano le differenze di genere nell'ambito di alcune malattie.

Un po' di storia... L'idea che le differenze fra uomini e donne svolgano un ruolo cruciale in medicina risale alla metà degli anni Ottanta. Qualche anno dopo la cardiologa Bernardine Healy, allora a capo dell'Istituto Nazionale di Salute Pubblica statunitense, pubblicava un articolo che commentava i risultati di due studi effettuati su un gruppo di donne affette da problemi alle coronarie, sottolineando l'atteggiamento meno attento dei cardiologi nei confronti delle pazienti che, a differenza dei malati uomini, subivano un numero maggiore di errori diagnostici, ricevevano meno cure ed erano sottoposte a interventi chirurgici non risolutivi. Nel 1992, la cardiologa Marianne J. Legato dava avvio alla Partnership for Women's Health alla Columbia University di New York. La prima sperimentazione riservata alle donne fu avviata più di dieci anni dopo, nel 2002, con l'istituzione nella medesima Università del primo corso di Medicina di Genere, dopo che l'Organizzazione Mondiale della Sanità aveva finalmente inserito questa disciplina nell'Equity Act, stilato nel 2000.

In tempi recenti, i temi della Medicina di Genere hanno richiamato l'attenzione anche delle Istituzioni europee: nel maggio 2010 a Bruxelles, presso la sede del Parlamento Europeo è scaturita la proposta di una legge, analoga a quella americana, che renda obbligatoria in Europa un'equa rappresentanza femminile (50%) negli studi sulle malattie cardiovascolari e l'ictus, prime cause di mortalità femminile.