

Medicina di genere

Un decollo difficile

18

GYNECO AOGOI / NUMERO 1 - 2012

Andrea Peracino

Vice Presidente Fondazione Giovanni Lorenzini e Fondazione Italiana per il Cuore, Membro fondatore della Società Italiana e della Società Europea per la Salute e la Medicina di Genere, e del Centro Studi Nazionale su Salute e Medicina di Genere

Il ginecologo oggi desidera essere più consapevole della visione allargata che la salute della donna richiede nei confronti delle patologie legate all'età fertile e di quelle che la colpiscono dopo la menopausa, come malattie cardiovascolari e osteoarticolari, diabete, obesità, alcuni tumori – ora comprese nella definizione di malattie croniche non trasmissibili – NCD. È noto che queste patologie, che colpiscono la donna spesso con prevalenza maggiore rispetto all'uomo, hanno una evoluzione lenta che inizia in età assai giovane per presentarsi spesso in modo improvviso dopo la menopausa, un periodo particolarmente delicato in cui la donna è meno preparata ad affrontarle, sia da un punto di vista organico che fisiopatologico.

Solo negli ultimi decenni la scienza medica sta portando un'attenzione diversa rispetto al passato alle cause delle disuguaglianze di evoluzione clinica della donna paziente. Evoluzione che comporta sofferenze, disabilità ed esito infausto, prevalente nelle donne rispetto all'uomo. Sotto la spinta dell'Oms, l'allarme è riuscito a destare l'attenzione di medici, operatori sanitari, società scientifiche, centri di ricerca, centri di eccellenza, tanto che il termine "Medicina di Genere" ha cominciato a percorrere i congressi, le pubblicazioni, internet, i media scientifici e laici, producendo stimoli di interesse e progetti di intervento. In tutti questi eventi emerge forte il richiamo alla differenza di prevalenza tra uomo e donna in molte delle patologie indicate e nelle loro conseguenze di sofferenza, disabilità o morte. Compagno, e sono apprezzate, le motivazioni bio-funzionali che sono alla base delle differenze di esito di dette patologie.

Appare, tuttavia, piuttosto scarsa, o non bene evidenziata, l'informazione che alla base delle differenze di evoluzione, e di esito soprattutto, vi sia una risposta diversa del medico e della società al bisogno di salute differenzialmente esplicitato dall'uomo e dalla donna. Inoltre l'attenzione viene a volte deviata verso l'organizzazione o la strutturazione sanitaria o l'adeguamento degli

Perché la Medicina di Genere stenta ancora, dopo alcuni decenni, ad affermarsi come approccio consapevole ed efficace di comportamento del medico verso l'uomo e la donna? Cosa ostacola l'approccio di genere nella cura delle malattie croniche non trasmissibili? E perché sono ancora così pochi i ginecologi che richiedono percorsi di

approfondimento professionale che tengano conto della medicina di genere? La risposta a queste e altre domande è contenuta nelle riflessioni qui proposte, tratte dall'intervento del Prof. Andrea Peracino al corso pregressuale sulla Medicina di Genere, svoltosi a Castelvolturno lo scorso dicembre nell'ambito del convegno regionale Aogoi Campania.



investimenti. Sembra quasi ci sia un pudore nel riconoscere che il medico, in ogni specialità specifica, è poco informato sulle differenze di genere e, di conseguenza, è culturalmente poco preparato su questo tema. Di qui la riluttanza nell'affrontare in modo esplicito il necessario percorso informativo/formativo di ogni medico sull'approccio al genere.

L'etichetta "di genere"

Il termine "di genere" (in vero molto misterioso e attrattivo) viene spesso utilizzato per colorare approcci di marketing, tanto che, spesso, viene adottato più come brand per richiamare l'in-

teresse su una medicina dedicata alla donna che come riferimento culturale. Come se nel nome della nuova moda di genere la donna potesse trovare delle risposte alle sue molte domande di salute. Di ciò, tutto sommato, non vale la pena rammaricarsi troppo, spesso il rumore aiuta a sensibilizzare e questo è utile.

Anche per questo, all'inizio del nostro percorso comune, abbiamo deciso di affrontare il rischio di utilizzare il concetto di genere per dare maggiore forza all'attenzione per la donna, non solo nei confronti delle autorità.

È quasi lapalissiano affermare che un approccio corretto alla

medicina di genere consente di affrontare meglio un approccio clinico al proprio paziente, e questo è tanto più vero per il ginecologo che si relaziona alla donna sulla quale, per motivi diversi, pesa di più la disuguaglianza di risposta della società, e quindi della medicina, ai suoi bisogni di salute. Altrettanto lapalissiano è domandarsi se le cause delle disuguaglianze di trattamento dell'uomo e della donna siano solo imputabili alle oramai note, anche se non completamente studiate, differenze ormono-recettoriali.

Ma il vero nocciolo della questione risiede in una domanda che spesso ci poniamo: perché dopo

alcuni decenni la Medicina di Genere stenta a diventare un approccio consapevole ed efficace di comportamento del medico verso l'uomo e la donna?

L'allarme del mondo scientifico

All'inizio del Duemila le autorità scientifiche americane mettevano in evidenza le differenze di composizione della popolazione negli studi clinici e lanciavano un allarme: la sottorappresentazione (nei casi migliori non raggiungeva il 30%) del genere donna nella sperimentazione clinica dei farmaci più usati, per esempio a livello cardiovascolare, espose le stesse al pericolo di interventi farmaceutici non provati, o non efficaci, o anche dannosi. Questo allarme era accompagnato da un invito sulle più importanti riviste mediche mondiali (1) a migliorare la rappresentatività del genere femminile negli studi clinici. Dieci anni dopo le stesse autorità dovevano constatare che detta sottorappresentazione, malgrado i ripetuti richiami dei farmacologi, non si era modificata di molto: nell'inverno del 2010 la American Heart Association (AHA) constatava che la rappresentatività della donna nei clinical trials si era alzata di pochi punti percentuali.

L'attenzione sugli effetti collaterali da uso di farmaci nella donna viene sollevata spesso ma rimane la constatazione che non molto si muoveva nella direzione giusta. Un articolo recente su il New England Journal of Medicine nel rivalutare un'ampia casistica di ricoveri ospedalieri dovuti a effetti collaterali da farmaci metteva, fra l'altro, in evidenza che quattro approcci farmacologici, come warfarin (33,3%), insuline (13,9%) agenti antiplateletici orali (13,3%) e ipoglicemizzanti orali (10,7%), comparivano nel 67% di ospedalizzazioni di emergenza per effetti collaterali da farmaci negli anziani, fra i quali quasi il 60% era rappresentato da donne (3).

Le differenze di evoluzione delle malattie croniche richiamate più sopra derivano dunque da una serie di fattori in cui la nota differenza di costellazione ormonale, pur essendo la spiegazione delle differenze biologiche, non è la sola responsabile. Un ruolo importante nei confronti del diritto alla salute dei due generi lo giocano l'approccio e la risposta culturale, medica e socio-sanitaria dell'organizzazione (non sempre consapevole e preparata).

Le barriere

Sicuramente esistono delle barriere che impediscono all'approccio di genere di essere inserito in modo sempre più efficace nell'approccio alle NCD, contribuendo quindi a ridurre le disuguaglianze tra uomo e donna nella società, come auspicato dall'Oms.

Questi ostacoli risiedono essenzialmente:

■ nella ancora non estesa cono-

Medicina di genere: il progetto Aogoi-Fondazione Giovanni Lorenzini

Aogoi e Fondazione Giovanni Lorenzini hanno avviato un'importante iniziativa per promuovere l'ottica di genere nell'approccio ginecologico attraverso la formazione e

l'aggiornamento. Una delle prime tappe di questo progetto di ampio respiro riguarda la realizzazione di percorsi multidisciplinari diagnostico-terapeutici e di prevenzione su

aree patologiche emblematiche delle malattie croniche non trasmissibili (NCD) nella donna in tre fasce di età: adolescenza, età riproduttiva, menopausa e terza età.

scienza delle differenze di genere nella storia clinica e nella risposta al trattamento;

- nella difficoltà di avere numeri affidabili per conoscere l'epidemiologia differenziata in paesi come il nostro;
- nella ancora ridotta disponibilità di linee guida verificate e di protocolli certificati per i due generi;
- nella necessità di rivedere il valore predittivo globale di un utilizzo dei fattori di rischio differenziati;
- nella necessità di meglio riconoscere la ricaduta economica di una non adeguata attenzione alla differenza di genere nell'organizzazione sanitaria;
- nella necessità di aumentare il dialogo tra specialisti diversi perché l'approccio al soggetto possa portare tutto il vantaggio dell'integrazione di competenze;
- nell'ancora imperfetta organizzazione di programmi di prevenzione efficaci che tengano conto della differenza di genere;
- nella resistenza che alcuni sistemi sanitari hanno ancora nell'utilizzare le conoscenze sulle differenze di genere per ridurre mortalità, disabilità e sofferenze inutili ai due generi.

Le domande

È stata sottolineata la necessità di integrazione di discipline mediche e sanitarie diverse: infatti un'alleanza di intenti e una integrazione multidisciplinare di genere dovrebbe ridurre le summenzionate barriere e potrebbe portare risposte alle molte domande che ancora oggi, malgra-

do il tanto parlare di medicina di genere, esistono. Alcune di queste, tra le molte, sono:

- Perché molti uomini e ancora un maggiore numero di donne muoiono prematuramente per le malattie cardiovascolari, quando è dimostrato che dette patologie godono di strumenti di dimostrata efficacia, sotto il profilo della prevenzione, diagnosi precoce e trattamento? (3).
- Perché i 28 o 34 anni che la media attuale di aspettativa di vita concede a un uomo o una donna di 50 anni, debbono comprendere rispettivamente 15 o 20 anni di disabilità e sofferenza (e carico economico sui Ssn)?
- Quali delle patologie croniche citate ricadono nell'ambito del ginecologo? E quali il ginecologo è preparato a riconoscere in tempo e ad affrontarne un percorso di prevenzione efficace?
- Quanto e come sono strutturati i percorsi specialistici o multispecialistici per un efficace approccio di genere a uomo e donna? E come trattare uomo e donna con quelle polipatologie in quelle età che sono escluse dagli studi clinici di evidenza da cui derivano le linee guida dei trattamenti farmacologici e non? (4)

Integrare questi concetti nella cultura ed esperienza del ginecologo costituisce indubbiamente un vantaggio per la donna e fa scaturire altre domande: Quanto della cultura del ginecologo e delle sue competenze specialistiche specifiche è possibile integrare nell'organizzare

un trattamento pluridisciplinare delle NCD? Esistono linee guida integrate? Esistono e funzionano dei modelli di integrazione? Ci sono percorsi formativi integrati? Quali sono i vantaggi di una integrazione? Quali sono gli svantaggi? Quali sono le

Sembra quasi ci sia un pudore nel riconoscere che il medico, in ogni specialità specifica, è poco informato sulle differenze di genere e di conseguenza è culturalmente poco preparato su questo tema

barriere che impediscono l'integrazione?

E ancora: perché sono ancora pochi i medici (nel caso parliamo del ginecologo) che si impegnano a richiedere percorsi di approfondimento professionale che tengano conto della medicina di genere? Non per aggiungere una specializzazione in più e non per competere con i clinic esperti in cardiologia, diabete, obesità etc., ma per riconoscere in tempo nel proprio assistito la necessità di un inizio di prevenzione o trattamento precoce. Perché non si moltiplicano fino alla sufficienza le strutture sanitarie in cui la gestione integrata multidisciplinare sul paziente è capace di ridurre molte sofferenze ed esiti infelici?

Due generi. Anzi 3

L'attenzione alla Medicina di Genere si basa su un approccio concreto per costruire delle risposte adeguate a molte delle domande sopra riportate. Essa è indirizzata a studiare le differenze tra uomo e donna intesi non solo come sessi ma come insieme dell'azione e reazione che i due generi hanno nei confronti di patologie comuni, inclusa la risposta del medico, della società e, di conseguenza, il modo come viene protetta o recuperata la loro salute. Non deve essere intesa come una nuova specialità medica bensì come una esigenza di conoscenza per rispondere al bisogno di salute dei due generi. Ma forse non sono due i generi bensì tre: dopo una certa età infatti le condizioni biologiche e le condizioni sociali dei due generi tendono a congiungersi e a "costruire" un genere nuovo, ancora più bisognoso di aiuto. Certamente la gerontologia e geriatria ha dato moltissimo a queste età, ma è l'etichetta di γέρων, geron, che riduce la valenza sociale e economica di questa età. È un'altra storia questa, ma va ripresa perché, nell'ambito della protezione della salute e della riduzione delle disuguaglianze (anche di genere), l'applicazione della medicina di genere costituisce un valore aggiunto e di misura del ritorno di investimento nei sistemi sociali e non ultimo nel lavoro.

Per saperne di più

1. L. Sherman, R. Temple, R. Merkatz Women in Clinical Trials: An FDA Perspective Science 1995; 269:793-795. Mosca L, Grundy SM, Judelson D, King K, Limacher M, Oparil S, Pasternak R, Pearson TA, Redberg RF, Smith SC Jr, Winston M, Zinberg S.

- Guide to preventive cardiology for women: AHA/ACC Scientific Statement Consensus panel statement. Circulation. 1999;99:2480-2484. Patrick Y. Lee, Karen P. Alexander, Bradley G. Hammill, Sara K. Pasquali, Eric D. Peterson. Representation of Elderly Persons and Women in Published Randomized Trials of Acute Coronary Syndromes. JAMA. 2001;286:735-736. Mosca L, Mochari-Greenberger H, Dolor RJ, Newby LK, Robb KJ. Twelve-year follow-up of American women's awareness of cardiovascular disease risk and barriers to heart health. Circ Cardiovasc Qual Outcomes. 2010;3:120-127
2. (Chiara Melloni, Jeffrey S. Berger, Tracy Y. Wang, Funda Gunes, Amanda Stebbins, Karen S. Pieper, Rowena J. Dolor, Pamela S. Douglas, Daniel B. Mark, L. Kristin Newby. Representation of Women in Randomized Clinical Trials of Cardiovascular Disease Prevention. Circ Cardiovasc Qual Outcomes. 2010;3:135-142). Ancora più recentemente Lancet riprendeva il tema e richiamava l'attenzione a migliorare detta rappresentatività (nell'Editorial intitolato: Taking sex into account in medicine. Lancet 2011; 378: 1297-305 "The Lancet encourages researchers to enroll more women into clinical trials of all phases, and to plan to analyze data by sex, not only when known to be scientifically appropriate, but also as a matter of routine")
 3. Daniel S. Budnitz, Maribeth C. Lovegrove, Nadine Shehab, and Chesley L. Richards. Emergency Hospitalizations for Adverse Drug Events in Older Americans. N Engl J Med 2011;365:2002-12).
 4. Earl S. Ford, Umed A. Ajani, Janet B. Croft, Julia A. Critchley, Darwin R. Labarthe, Thomas E. Kottke, Wayne H. Giles, and Simon Capewell. Explaining the Decrease in U.S. Deaths from Coronary Disease, 1980-2000 N Engl J Med 2007;356:2388-98.
 5. vedi anche Patrick Y. Lee, Karen P. Alexander, Bradley G. Hammill, Sara K. Pasquali, Eric D. Peterson. Representation of Elderly Persons and Women in Published Randomized Trials of Acute Coronary Syndromes. JAMA. 2001;286:735-736.

di Davide De Vita

Il Congresso regionale Aogoi 2011 "L'ostetricia e ginecologia basata sull'evidenza", organizzato a Castel Volturno dall'11 al 14 dicembre, ha centrato l'obiettivo: la formazione pratica del ginecologo e dell'ostetrica, sottolineando i livelli di evidenza e le raccomandazioni cliniche in uroginecologia, oncologia ginecologica, ostetricia, trombofilia e contraccezione. È stato proprio il taglio pratico infatti che ha contraddistinto questo evento multidisciplinare, fortemente voluto dal professor Antonio Chiantera e dal dottor Davide De Vita, coadiuvati dai co-presidenti Riccardo Arienzo, Piero Iacobelli e Fabio Sirimarco e dall'intenso lavoro del comitato scientifico Maria Grazia De Silvio, Francesca Fiorillo e Carlo Rappa. I corsi pregressuali di semeiotica e terapia dei disturbi pelviperineali, di simulazione in ostetricia e la Live Surgery hanno contribuito significativamente ad attirare un numero considerevole di partecipanti, che si sono visti impegnati attivamente, diventando i protagonisti insieme ai docenti. La stretta col-

Congresso regionale Aogoi Campania

Un grande evento per la rinascita dell'ostetricia e ginecologia campana

La partecipazione attiva delle società scientifiche affiliate Aogoi è stato l'elemento determinante per il successo di questo importante evento multidisciplinare

laborazione delle società scientifiche affiliate Aogoi - Aiug, Sigite, Sccl e Aio - nell'organizzazione del Congresso è stata la chiave del suo successo, sotto il profilo scientifico e sociale. L'unione delle risorse infatti ha evitato una dispersione di energie e, nonostante la durata di 4 giorni e il particolare periodo di fine anno in cui i budget aziendali sono già proiettati al 2012, il congresso è stato molto generoso ed elegante. Significativo soprattutto è stato il livello scienti-



fico dei docenti, per lo più provenienti dalla regione Campania, a conferma delle alte professionalità espresse dal nostro territorio.

La cerimonia inaugurale ha visto presenti tutti i presidenti delle diverse società scientifiche organizzative. Hanno aperto i lavori il presidente Aogoi Vito Trojano, il presidente Sigo Nicola Surico, il presidente Sigite Costante Donati Sarti, il presidente Aiug Antonio Perrone, il presidente Agite Giovanni Fattorini, il presidente Aio Antonella Marchi e il presidente Sccl-Societ. Campano Calabro Lucana di ostetricia e ginecologia P. Perillo.

Le letture magistrali del professor M. Glezerman dal titolo "Obstetric aspects of Gender Medicine", del professor Vincenzo Mirone sulle "Disfunzioni sessuali femminili" e del professor Gian Battista Scambia sulla Chirurgia oncologica hanno inchiodato sulla sedia i numerosi e altrettanto autorevoli invitati alla cerimonia inaugurale.

Nell'ambito della giornata dedicata all'uroginecologia sono stati approfonditi il ruolo degli aspetti epidemiologici e lo stile

➤ Segue a pagina 30