

UN PO'

DI STORIA

1985: L'istituto nazionale di sanità statunitense rende pubblico il primo rapporto sulla salute delle donne stilato sulla base delle differenze di genere.

Con questo documento si prende finalmente coscienza del **ritardo conoscitivo** della medicina su questo importante aspetto.

In particolare si prende coscienza che la salute umana è strettamente legata agli aspetti che costituiscono il "**genere**" e che uomini e donne non differiscono solo sessualmente, ma anche rispetto a fattori quali:

- il peso
- gli ormoni sessuali
- la percentuale di grasso corporeo
- gli enzimi epatici
- alle variabili determinate dall'ambiente
- dal tipo di società
- dall'educazione
- dalla cultura
- dalla psicologia dell'individuo.

Finalmente i ricercatori comprendono che, proprio a causa delle differenze di genere, il decorso delle patologie e la risposta alle cure farmacologiche sono sensibilmente diverse tra uomini e donne.

Anche se le patologie sono le stesse, la diversa appartenenza di genere determina sintomi, progressione e decorso delle patologie molto diversi tra loro

1991: per la prima volta in medicina si menziona la "**questione femminile**". Bernardine Healy, direttrice dell'Istituto Nazionale di Salute Pubblica, sulla rivista NEJM parla di Yentl Syndrome a proposito del comportamento discriminante dei cardiologi nei confronti della donna. (1983) Bar

misdiagnosis of heart attack

2002: si avvia la prima sperimentazione riservata alle donne.

Nella Columbia University (New York) è istituito il primo corso di medicina di genere.

L'**Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)** inserisce la medicina di genere nell'Equity Act. Si stabilisce il principio di equità: "per essere appropriata la cura deve essere quella più consona al singolo genere".

La **Commissione Europea** ribadisce la necessità di promuovere una politica in difesa della salute che tenga conto della diversità di genere

Il **Consiglio dell'Unione europea** auspica una maggior conoscenza da parte della comunità scientifica per affrontare le disuguaglianze nella salute e garantire parità di trattamento e di accesso alle cure.

2004: Presso il **Ministero della salute** si organizza il primo evento in Italia sulla salute delle donne: "La salute della donna: differenze, specificità e opportunità"

A Sassari si organizza il "Primo Seminario Nazionale su Donne e Farmaci".

2009: si organizza il **primo congresso italiano nazionale sulla medicina di genere**

2010: esce in Italia il **primo libro mondiale dedicato specificamente alla farmacologia di genere** (Flavia Franconi, Simona Montilla e Stefano Vella, edito da Seed, Torino).

La prima segnalazione scientifica che il genere influenza la risposta farmacologica risale al 1932, quando **Nicholas e Barrow** dimostrarono per la prima volta che la dose ipno-inducente di barbiturici nelle femmine di ratto era del 50% inferiore, rispetto a quella dei maschi.

Questa osservazione, per quanto pionieristica, non ebbe, purtroppo, molto seguito tanto che nel 1970 alcuni autori ancora sostenevano:

“Non esistono differenze importanti nel metabolismo dei farmaci legate al sesso”

Kato et al., Drug Metab Rew 1974;3:1,

Oppure

“sebbene alcune delle differenze alla risposta ai farmaci siano sesso-dipendenti, esse sono tali da non richiedere un aggiustamento terapeutico”.

Giudicelli JF e Tillment JP. Clin Pharmacokinet 2, 157, 1977

La “evidence based medicine” non ha dato loro ragione.

Fra i farmaci ritirati dal mercato 8 su 10 hanno subito questo destino per la comparsa di reazioni avverse nella donna

Nonostante la presenza in letteratura di affermazioni di questo tipo, le differenze di genere nelle risposte farmacologiche sono state per lungo tempo sottovalutate dalla medicina ufficiale e le donne sono state escluse o quasi dalla sperimentazione clinica fino al 1993.

La loro quasi totale esclusione ha ridotto la possibilità di evidenziare differenze di genere riguardo:

- la farmacocinetica
- la farmacodinamica
- l'efficacia
- la tossicità.

Le differenze di genere sono state riconosciute, ufficialmente, dalla organizzazione Mondiale della Sanità soltanto nel 1998 con il **21th Century Program** che include un capitolo sulla ***“Health Equity”***.

Determinanti sociali e culturali della salute

- La nostra tradizione culturale identifica la salute femminile con l'assenza di malattie a livello dell'apparato riproduttivo.
- Come conseguenza, per lungo tempo le campagne di prevenzione delle malattie delle donne sono state limitate ai tumori dell'utero e della mammella
- Questa associazione è il risultato del pressoché unico ruolo che, per secoli, è stato attribuito alle donne nella società, e cioè quello di madri.