

CS N°29/2013 - Salute di genere, esperti a confronto

ISS 31/10/2013

Si svolge oggi a Roma nella sede dell'Istituto Superiore di Sanità il convegno "La salute di genere: una proposta per il futuro". Alla presenza dei massimi esperti nazionali e di due tra le più importanti esperte mondiali: Ineke Klinge, dell'Università di Maastricht, e Londa Schiebinger, dell'Università di Stanford

Una stessa malattia che colpisce sia l'uomo che la donna può tuttavia presentare una sintomatologia, un decorso, una prognosi e una risposta farmacologica differenti. Questo, oggi si sa, perché l'uomo e la donna sono biologicamente diversi. Non si tratta più, come avveniva nei vecchi corsi di medicina, di studiare patologie esclusivamente 'femminili', che colpiscono cioè mammella, utero, ovaie, ma di andare oltre e prendere atto delle oggettive differenze esistenti tra i due sessi. A questo punta la medicina di genere, ormai universalmente riconosciuta come branca essenziale del sapere medico, e considerata un vero e proprio obiettivo strategico di sanità pubblica per la tutela della salute di uomini e donne.

"L'intenzione - afferma Stefano Vella, direttore del Dipartimento del Farmaco dell'ISS - è quella di creare un gruppo di lavoro sull'appropriatezza delle cure, che abbia un occhio attento alle problematiche di genere, e abbia il compito di contribuire sia alla ricerca di base che a quella clinica su questo argomento - in collaborazione con il Ministero della Salute, l'AIFA, l'Agenas e con le Regioni - ma anche quello di monitorare che le evidenze scientifiche e le direttive comunitarie in tema di salute della donna siano applicate su tutto il territorio nazionale, affinché il nostro sistema sanitario mantenga l'alto e universalmente riconosciuto grado di efficacia, efficienza ed equità".

La medicina di genere

In passato si riteneva che, fatte salve le evidenti differenze anatomiche, uomini e donne fossero sostanzialmente biologicamente uguali. Questo concetto è stato progressivamente demolito quando ci si è resi conto che - proprio a causa della erronea convinzione dell'equivalenza tra maschi e femmine - le cure che le donne ricevevano erano assolutamente inadeguate.

Dal punto di vista farmaceutico, questo concetto è stato ufficialmente recepito a livello delle grandi agenzie regolatorie, l'FDA americana e l'EMA europea, che oggi prescrivono l'obbligatorietà di condurre studi clinici che includano sostanziali percentuali di donne affinché un farmaco possa essere immesso sul mercato.

Ma il problema non è soltanto limitato al fatto che i farmaci sono da sempre stati studiati principalmente sull'uomo (ovvio, è più semplice e meno costoso) e che quindi dosaggi, effetti collaterali e strategie terapeutiche sono nella realtà disegnati su persone con metabolismo diverso, con una diversa distribuzione della massa corporea, con una suscettibilità agli effetti collaterali totalmente diversa e con importanti differenze dal punto di vista ormonale.

In realtà, ci si è progressivamente resi conto che molte malattie sono segnate da importantissime differenze biologiche e cliniche. Insomma, il problema delle disuguaglianze della salute femminile rispetto a quella dei maschi non è una moda come alcuni vogliono credere. E' un problema reale che va molto al di là delle patologie classicamente "femminili". Purtroppo è vero che la medicina non se n'è mai occupata davvero, eppure si tratta di una "diversità" che interessa il 55% della popolazione mondiale.

E' evidente che molte malattie (come quelle reumatiche, quelle autoimmunitarie e quelle psichiatriche) colpiscono di più la donna, oppure si manifestano e hanno un decorso diverso rispetto alle stesse malattie nell'uomo (come quelle cardiovascolari). Quindi, innanzitutto è importante scoprire le cause e le differenze nei meccanismi patogenetici (da qui l'importanza anche della ricerca fondamentale e traslazionale), e poi lavorare sull'appropriatezza delle cure, cioè sul disegno di protocolli diagnostici e terapeutici personalizzati in funzione del genere. Un esempio ormai "scolastico" è quello delle malattie cardiovascolari, che si presentano più tardivamente nella donna rispetto all'uomo (forse a causa della perdita dell'effetto protettivo degli estrogeni) ma la mortalità nelle donne è spropositatamente maggiore.

Una delle ragioni per la diversa mortalità, e anche della diversa efficienza degli interventi terapeutici, è di tipo patogenetico. E' ormai noto che il tipo di lesione cardiovascolare (sia in termini di qualità della "placca" che della sua localizzazione) sono diverse: più distali nelle donne e quindi, meno aggredibili, ad esempio, dall'interventistica (stent e by-pass).

Ma certamente, uno degli aspetti più importanti della Medicina di Genere è quello che riguarda i farmaci. Le donne, anche per la loro longevità, sono le più alte consumatrici di farmaci. Il problema correlato più rilevante è l'impatto delle reazioni avverse, che sono più numerose e più frequenti nelle donne (sulle quali, come ricordato, i diversi farmaci sono stati anche meno studiati, in particolare per quanto riguarda il dosaggio).

Ma ancor più rilevante è il discorso relativo all'appropriatezza d'uso. Proprio perché la patogenesi delle stesse malattie nelle donne può essere diversa rispetto all'uomo, i farmaci non funzionano (o meglio la loro efficacia è diversa) nello stesso modo nell'uomo della donna. E' il caso, ad esempio, dell'aspirina e delle statine, per le quali esiste una vastissima e recente letteratura.

Un ultimo non secondario aspetto della medicina di genere è la capacità di accesso ai servizi. E' ampiamente dimostrato che un disagio socio-economico riduce la probabilità di sottoporsi al pap test e alla mammografia. In altre parole, la donna è spesso svantaggiata nei confronti del SSN: arriva più tardi ai controlli, sottovaluta spesso i sintomi premonitori di malattia: in altre parole, da caregiver perché è questo spesso il ruolo della donna all'interno del nucleo familiare, non beneficia di altrettanta attenzione nei confronti del proprio stato di salute. Gli schemi riportati qui sotto descrivono quelle che sono le barriere di accesso ai servizi, e soprattutto i determinanti socio-economici di salute. Numerosi studi dimostrano, nel nord come nel sud del mondo, queste barriere siano più importanti per il sesso femminile. E' uno degli interventi, anche di educazione e informazione, che il nostro SSN dovrebbe realizzare per ottenere una vera parità di genere.

Infine il problema delle differenze tra uomo e donna, va molto al di là dei pur complessi aspetti clinici, invadendo prepotentemente la sfera socio-sanitaria. Moltissimi sono i fattori sociali ed economici, come ricorda l'OMS (fact sheet 334, novembre 2009), che, a livello globale, hanno un impatto importante, immediato o futuro, sulla salute delle donne: l'uso crescente del tabacco (le cui campagne di marketing sono subdolamente sempre più dirette alle donne), la vulnerabilità sociale ed economica che fa sì che epidemie come l'HIV/AIDS sia diventate epidemie "femminili", la violenza sessuale che colpisce le donne in un rapporto 4:1, le gravidanze non volute e il ricorso crescente a pratiche abortive pericolose, gli incidenti stradali e domestici, la tendenza al sovrappeso e all'obesità, per non parlare della piaga della mortalità materna (la probabilità di morire di parto in Paesi in via di sviluppo è 3000 volte più alta rispetto ai Paesi più ricchi: una donna su 13, in Africa, muore di parto dando alla luce uno dei suoi figli).

Il ruolo dell'ISS

Molti aspetti della Medicina di Genere sono stati organicamente affrontati dai ricercatori dall'Istituto Superiore di Sanità, che già dal 2007 ha attivato una struttura ad hoc che si occupa delle differenze biologiche, e contemporaneamente ha coordinato un grande Progetto Strategico Salute Donna (2008-2012), finanziato dal Ministero della Salute, che ha coinvolto 25 Unità Operative disseminate sul territorio nazionale, studiando 5 aree prioritarie:

- o Malattie dismetaboliche e cardiovascolari
- o Immunità ed endocrinologia
- o Ambiente di lavoro
- o Malattie iatrogene e reazioni avverse
- o Determinanti della salute della donna

Il primo settore studiato è stato quello delle malattie dismetaboliche e cardiovascolari, che sono la prima causa di morte fra le donne: non dimentichiamo, tra l'altro, che la mortalità per questa causa è in diminuzione negli uomini, ma non nelle donne. Il secondo ambito di studio è stato quello dell'immunità e dell'endocrinologia: gli ormoni influenzano in maniera preponderante non solo l'attività del sistema immunitario ma anche quella di altri sistemi, come ad esempio il sistema cardiovascolare, la cute, e così via. Un altro settore studiato perché un po' negletto è quello dell'ambiente di lavoro: oggi le donne svolgono la loro attività in ambienti di lavoro in cui fino a poco tempo fa erano impiegati soggetti di sesso maschile. Non a caso, la maggior parte degli studi tossicologici, necessari per determinare i limiti d'esposizione e i fattori di rischio, sono stati effettuati in soggetti di sesso maschile. Infine, abbiamo studiato le patologie iatrogene che sono più frequenti e più gravi rispetto all'uomo. Infine, abbiamo studiato i determinanti di salute declinati al femminile per individuare e suggerire nuove strategie di intervento sul SSN.

Il Progetto Strategico Salute Donna ha dato luogo a centinaia di pubblicazioni scientifiche e a numerosi rapporti tecnici, rappresenta un patrimonio di ricerca e un'organizzazione di rete nazionale che andrebbero coltivati e rinnovati. Oltre ovviamente all'opportunità di mettere in atto i provvedimenti di legge oggi in discussione.