

DOTT. LUIGI FLORIS

Specialista in Medicina Legale e delle Assicurazioni

Specialista in Igiene e Medicina Preventiva

Via Pasquale Paoli n. 7 – Cagliari

Tel. 070.4525106 / 338.6443997

E-mail luifloris50@gmail.com

PEC: luigi.floris@ca.omceo.it

www.luigifloris.it

“Perché sei un essere speciale, ed io avrò cura di te” (Franco Battiato).

MEDICINA DI GENERE **APPROCCIO PER LA MEDICINA DEL FUTURO**

Da un punto di vista biologico e fisiologico esiste una netta diversità tra i sessi e questo comporta la necessità di affrontare in modo diverso le rispettive patologie e le cure.

La medicina di genere (medicina genere-specifica) si occupa di studiare le differenze esistenti tra uomini e donne nelle manifestazioni delle malattie e nell'approccio terapeutico per affrontarle.

In base alle indicazioni dell'OMS, si può definire **“medicina di genere”** lo studio dell'influenza delle differenze biologiche (definite dal sesso) e socio-economiche e culturali (definite dal genere) sullo stato di salute e di malattia di ogni persona.

Molte malattie comuni a uomini e donne presentano molto spesso incidenza, sintomatologia e gravità differenti.

Inoltre, uomini e donne possono presentare una diversa risposta alle terapie e differenti reazioni ai farmaci.

Anche l'accesso alle cure presenta rilevanti diseguaglianze legate al genere.

Questa diseguaglianza diviene ancora più evidente se si pensa che le fonti scientifiche alla base sia della *Evidence Based Medicine* (E.B.M.) che della realizzazione di buone pratiche clinico-assistenziali e delle Linee Guida sono rappresentate da sperimentazioni e/o *trials* clinici effettuati su coorti di popolazione quasi esclusivamente di sesso maschile.

Tale approccio scientifico comporta che le donne risultano ancora spesso svantaggiate rispetto agli uomini nella tutela della loro salute, con conseguente impatto anche sulle politiche sanitarie e su quelle per le pari opportunità.

“Essere pari non significa essere identici” (Eva Burrows).

La Medicina, fin dalle sue origini, ha avuto **un'impostazione androcentrica** relegando gli interessi per la salute femminile ai soli aspetti specifici correlati alla riproduzione.

Dagli anni Settanta è diventato sempre più evidente come lo sviluppo della medicina fosse avvenuto attraverso studi condotti prevalentemente su soggetti maschi, nell'errata convinzione che, a parte i diversi apparati sessuali e riproduttivi, uomini e donne fossero equivalenti.

Nel 1977 la **FDA (Food and Drug Administration)** degli U.S.A., l'Ente che si occupa della sperimentazione e regolamentazione dei farmaci, raccomandò che le donne non venissero incluse nelle prime fasi degli studi clinici per evitare che ci potessero essere ripercussioni sulle gravidanze e sulla salute del nascituro (vedi il caso del Talidomide).

Questa raccomandazione venne seguita alla lettera e, di fatto, portò alla esclusione delle donne dalla ricerca clinica per decenni.

Nel 1993 un Rapporto del **GAO (Government Accountability Office)** degli U.S.A. metteva in evidenza come su 10 medicine ritirate dal mercato, 8 presentavano maggiori rischi per le donne rispetto agli uomini.

Anche sulla base di questo rapporto, nel 1993, **la FDA** aveva esplicitamente ribaltato quanto deciso **nel 1977**, chiedendo che gli studi clinici includessero anche le donne in misura equivalente rispetto agli uomini.

Questo accadeva anche grazie alle forti pressioni di vari movimenti di attiviste che giustamente argomentavano sul valore della tutela della salute femminile, al di là della scelta o della possibilità di una futura maternità.

Sebbene le donne siano le maggiori consumatrici di medicinali, il dosaggio medio di un farmaco viene calcolato, in genere, in base alla dimensione corporea di un maschio caucasico di 70 chili.

Dagli anni Novanta in poi, la medicina tradizionale ha subito una profonda evoluzione attraverso un approccio innovativo che mirava a studiare l'impatto delle variabili biologiche, ambientali, culturali, psicologiche e socioeconomiche **determinate dal genere** sulla fisiologia, sulla patologia, sulle caratteristiche cliniche delle malattie, sulla sperimentazione farmacologica e sulla ricerca scientifica.

Negli anni successivi diversi altri organismi internazionali, quali **l'ONU** (Organizzazione Nazioni Unite), **l'OMS** (Organizzazione Mondiale per la Sanità), **la CE** (Comunità Europea), **l'EMA** (Agenzia Europea per il Farmaco), **l'OSHA** (Agenzia Europea per la Sicurezza e la Salute sul Lavoro), **i NIH** (National Institutes of Health) negli USA, intervenivano con azioni specifiche volte a:

- riconoscere il genere come determinante fondamentale di salute;
- eliminare le disuguaglianze di genere in campo sanitario;
- fornire indicazioni sull'interfaccia farmaci/dispositivi medici e differenze di genere;
- ridurre i rischi lavoro-correlati sulla salute delle donne;
- garantire, nelle sperimentazioni cliniche di farmaci e dispositivi medici, una rappresentanza paritetica delle donne, ancora classificate come "sottogruppo demografico".

Parallelamente al crescente interesse delle maggiori organizzazioni internazionali alla Medicina di Genere, venivano fondate **Società Scientifiche internazionali**, quali la **"Associazione Internazionale per la salute dell'uomo" (IAMH)** nata **nel 2001** che denunciava come le disuguaglianze di salute fossero causate, essenzialmente, dalla mancanza conoscenza dell'impatto di determinanti genere-specifici sulla salute.

Nel 2005 nasceva la **"Società Internazionale di Medicina di Genere" (IGM)** e, l'anno successivo, l'**Organizzazione americana per lo studio delle differenze sessuali (OSSD)**.

In Italia, l'attenzione alla Medicina di Genere si manifesta per la prima volta **nel 1998** quando i Ministeri per le Pari Opportunità e della Salute avviavano il progetto **"una salute a misura di donna"**.

Nel 2005 veniva istituito presso il Ministero della Salute il Tavolo di Lavoro **"salute delle donne e farmaci per le donne"**.

Sempre nel 2005 nasceva a Milano l'**Osservatorio Nazionale della Salute della Donna (ONDA)**, che successivamente aggiungeva alla propria denominazione **"e di genere"** e si costituiva in **Fondazione**. Obiettivo della Fondazione è quello di promuovere una cultura della salute di genere a livello istituzionale, sanitario-assistenziale, scientifico-accademico e sociale e di garantire alle donne il diritto alla salute secondo principi di equità e pari opportunità.

Nel 2007 l'allora Ministro della Sanità Livia Turco istituiva la **Commissione sulla Salute delle Donne** che pubblicava il rapporto **"stato di salute delle donne in Italia"**, in cui si raccomandava di raccogliere i dati di genere sulla salute, definire percorsi di formazione specifica a livello universitario e per gli operatori del SSN e promuovere programmi di ricerca in una prospettiva di genere.

Nel 2008 il Comitato Nazionale di Bioetica pubblicava il rapporto **"la sperimentazione farmacologica sulle donne"**.

Nel 2010-2011, l'**AGENAS** (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali) istituiva gruppi di lavoro per linee guida di genere nelle malattie cardiovascolari, respiratorie e oncologiche.

Nel 2011 l’AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco) formalizzava il “Gruppo di Lavoro su Farmaci e genere” per approfondire le problematiche inerenti agli aspetti regolatori e farmacologici della Medicina di Genere e richiedeva alle aziende farmaceutiche di sviluppare disegni di ricerca orientati al genere e di elaborare i dati ottenuti considerando la variabile sesso.

Nel 2016 l’AIFA è stata la prima organizzazione ad includere la Medicina di Genere come area tematica nel bando pubblicato per la ricerca indipendente sui farmaci.

Nel 2017 veniva istituito il “**Centro di Riferimento per la Medicina di Genere**” con lo scopo di svolgere attività di ricerca biomedica, di formazione e comunicazione, oltre che attività istituzionale in un’ottica di genere.

Recentemente, la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri (**FNOMCeO**) e varie Società scientifiche, come ad esempio **la SIR** (Società Italiana di Reumatologia), **la SIP** (Società Italiana di Pediatria), **la SIMG** (Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie), **la FADOI** (Federazione della Associazioni dei Dirigenti Medici Internisti) hanno costituito gruppi di studio specifici sulla Medicina di Genere.

L’importanza della Medicina di Genere è stata recepita anche dalle **Università**, onde garantire la conoscenza e l’applicazione di una visione di genere nella ricerca, nella prevenzione, nella diagnosi e nella cura, con specifici studi presso i corsi di laurea delle professioni sanitarie,

Nel giugno 2019 veniva adottato il “**Piano per l’applicazione e la diffusione della Medicina di Genere**”, previsto dall’art. 3 della Legge 3/2018, atto che ha posto l’Italia all’avanguardia in Europa nel campo della Medicina di Genere.

Alla stesura del Piano hanno contribuito il Ministero della Salute, l’Istituto Superiore di Sanità e altre strutture sanitarie istituzionali come gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), l’Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), l’Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) ed una qualificata rappresentanza tecnico-scientifica.

L’esigenza dell’introduzione del “genere” in tutte le specialità mediche deriva dalla sempre più ampia consapevolezza di quali e quante siano le differenze, sia fisiologiche che fisiopatologiche, tra uomo e donna.

Queste differenze giocano un ruolo, talvolta, decisivo nel garantire ad ogni persona la migliore cura nell’ambito della personalizzazione delle terapie.

In quest'ottica, la Medicina di Genere diventa imprescindibile sia nella ricerca che nella clinica medica per tutta una serie di motivi, quali:

- descrivere le differenze anatomico-fisiologiche di tutti gli organi e sistemi nell'uomo e nella donna;
- identificare le differenze nella fisiopatologia delle malattie;
- descrivere le manifestazioni cliniche differenti nei due sessi;
- valutare l'efficacia degli interventi preventivi, diagnostici e terapeutici nei due sessi;
- sviluppare protocolli di ricerca che trasferiscano i risultati delle ricerche genere-specifiche nella pratica clinica.

Il Piano per l'applicazione e la diffusione della medicina di genere si propone di fornire un indirizzo coordinato e sostenibile per la diffusione della medicina di genere mediante la divulgazione, formazione e indicazione di pratiche sanitarie che tengano conto delle differenze derivanti dal genere nella ricerca, nella prevenzione, nella diagnosi e nella cura.

Ciò al fine di garantire la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni erogate dal Servizio Sanitario Nazionale in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale.

Il piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere è articolato in due sezioni:

- 1) Inquadramento generale della medicina di genere.**
- 2) Principi, strategia di governance e obiettivi del piano.**

“Descrivere il passato, comprendere il presente, prevedere il futuro: questo è il compito della medicina” (Ippocrate di Coo).

INQUADRAMENTO GENERALE DELLA MEDICINA DI GENERE

Il concetto di medicina di genere nasce dall'idea che le differenze tra uomini e donne in termini di salute siano legate non solo alla loro caratterizzazione biologica e alla funzione riproduttiva, ma anche a fattori ambientali, sociali, culturali e relazionali definiti dal termine “genere”.

Le diversità nei generi si manifestano:

- nel vissuto individuale, nei comportamenti, negli stili di vita e nel diverso ruolo sociale;
- nello stato di salute e nell'incidenza di molteplici patologie croniche o infettive;
- nel ricorso ai servizi sanitari;
- nel vissuto di salute.

Le donne si ammalano di più rispetto agli uomini, consumano più farmaci e sono più soggette a reazioni avverse.

Per le stesse patologie possono presentare, rispetto agli uomini, segni e sintomi diversi (ad es. nell'infarto del miocardio).

Hanno un sistema immunitario in grado di attivare risposte immunitarie più efficaci rispetto agli uomini e sono, quindi, più resistenti alle infezioni ma, nello stesso tempo, mostrano una maggiore suscettibilità alle malattie autoimmuni.

Sono "svantaggiate" socialmente rispetto agli uomini per maggiore disoccupazione, difficoltà economiche, violenze psicologiche e fisiche.

Gli uomini hanno un'aspettativa di vita alla nascita inferiore alle donne e una maggiore probabilità di morire di cancro, di incidenti stradali, di infortuni sul lavoro e di altri importanti cause, incluso il suicidio.

Sono più propensi delle donne a fumare, bere alcolici, avere una peggiore alimentazione, non accedere ai servizi sociosanitari.

Nei Paesi occidentali, nonostante le donne vivano più a lungo degli uomini, l'aspettativa di "vita sana" è equivalente tra i due sessi.

Infatti, nelle donne gli anni di vantaggio sono spesso gravati da disabilità, principalmente correlata alle conseguenze determinate da malattie croniche e scarsa qualità della vita.

La medicina di genere è, quindi, una necessaria e doverosa dimensione interdisciplinare della medicina che si prefigge di studiare l'influenza del sesso e del genere su come si instaurano le patologie umane e come si fa prevenzione, diagnosi e terapia negli uomini e nelle donne.

In ambito di differenze di genere, **la risposta alle terapie** riveste un'importanza rilevante.

Alcuni parametri fisiologici (altezza, peso, percentuale di massa magra e grassa, quantità d'acqua, pH gastrico) e altri quali l'età, l'etnia, il livello culturale e le condizioni socio-economiche sono differenti nell'uomo e nella donna e condizionano il meccanismo d'azione dei farmaci, il loro assorbimento e la loro successiva eliminazione.

Nonostante queste variabili, gli effetti dei farmaci vengono studiati prevalentemente su soggetti di sesso maschile e il dosaggio nella sperimentazione clinica è definito, in genere, su un uomo di peso di 70 Kg.

Analogo discorso vale nell'ambito degli studi sui **dispositivi medici**, ad esempio le protesi o i cateteri venosi.

Differenze di genere in alcuni farmaci e sostanze.

Gli oppioidi (morfina) hanno maggiore efficacia sulle donne.

Alcool: le donne producono una minore quantità dell'enzima gastrico che metabolizza l'etanolo (alcool deidrogenasi): 4 volte inferiore a quella dell'uomo.

A parità di consumo e di peso, le donne presentano una maggiore concentrazione di alcool nel sangue rispetto agli uomini.

Fumo: le donne sono più sensibili alle sostanze cancerogene presenti nelle sigarette. A parità di esposizione al fumo, le donne hanno maggiore probabilità di sviluppare un tumore rispetto agli uomini.

Aspirina: a parità di dose, la concentrazione di salicilato è più alta nella donna rispetto all'uomo, ma nella donna l'aspirina ha una minore efficacia e può avere effetti collaterali maggiori.

Zolpidem tartrato 10 mg (ipnotico non benzodiazepinico): negli uomini la durata d'azione è dimezzata rispetto alle donne.

Anestesia: le donne tendono a riprendersi dell'anestesia più velocemente degli uomini: in media, le donne impiegano 7 minuti contro gli 11 degli uomini.

Differenze di genere in alcune patologie.

L'osteoporosi ancora oggi è una patologia percepita come caratteristica del sesso femminile, legata alla carenza di estrogeni che si verifica in età post-menopausale ma anche a condizioni di autoimmunità e alla mancanza di attività fisica adeguata.

L'osteoporosi e il conseguente aumento del rischio di frattura vengono studiati prevalentemente nella donna ma, sebbene con ritardo di circa 10 anni, anche l'uomo nella terza età sviluppa frequentemente osteoporosi e rischio di frattura.

La maggior parte dei farmaci per l'osteoporosi sono stati studiati solo nella donna e non sono attualmente prescrittibili agli uomini.

Alcuni tra i "ladri" di calcio dalle ossa sono: fumo, caffeina, alcool, pillola anticoncezionale, carenza di vitamina D, elevata assunzione di sale e zuccheri semplici.

La malattia psichiatrica sembra essere meno frequente negli uomini nei quali, però, la diagnosi diventa più complessa perché essi tendono a ritardare il ricorso alle prestazioni sanitarie.

Questo comportamento potrebbe, almeno in parte, essere alla base della maggior frequenza di suicidio negli uomini.

L'esposizione maggiore delle donne a certi eventi e situazioni di vita fortemente stressanti e alla violenza sia fisica che sessuale o psicologica è fortemente correlata

come fattore di rischio a patologie tipicamente più frequenti nelle donne, quali depressione, disturbo post-traumatico da stress, disturbi dissociativi, disturbi somatoformi.

Le malattie cardiovascolari hanno un'incidenza inferiore nella donna rispetto all'uomo durante l'età fertile, vanno ad eguagliare l'uomo dopo la menopausa, fino a superarlo dopo i 75 anni, in virtù delle variazioni endocrino-metaboliche dovute al venir meno della protezione estrogenica.

In Italia, la mortalità per malattie cardio-vascolari (cardiache e cerebrali) è maggiore per le donne (circa il 43% delle morti femminili) rispetto agli uomini (circa il 33% delle morti maschili): la prima causa di morte della donna è l'infarto del miocardio.

Nella maggior parte delle donne, **l'infarto del miocardio** si manifesta in modo più subdolo e con sintomi meno caratteristici rispetto all'uomo, e questo fa sì che nelle donne l'infarto non venga riconosciuto in tempo e che, quindi, i trattamenti non siano tempestivi o siano addirittura sbagliati, portando spesso le pazienti a morte.

I principali sintomi dell'infarto del miocardio:

- **nell'uomo:** dolore intenso e prolungato o senso di costrizione al centro del petto; diffusione del dolore al braccio sn o a entrambe le braccia, al collo, alla schiena o allo stomaco; nausea e sudorazione fredda;
- **nella donna:** affanno anche a riposo e senza dolore al petto; nausea, vomito e sudorazione fredda che spesso vengono confusi con disturbi gastrointestinali; dolore alla schiena, al collo o alla mascella che si protrae nel tempo; debolezza e stanchezza prolungata.

Nonostante ciò, le malattie cardiovascolari nelle donne sono ancora oggi poco studiate, diagnosticate male, non curate in maniera appropriata e non adeguatamente considerate negli studi clinici dedicati alle nuove terapie.

In caso di infarto del miocardio di una donna, al P.S. la gestione del rischio viene spesso sottovalutata.

La donna arriva al P.S. riferendo una sintomatologia che non è quella classica dell'infarto: lamenta problemi gastro-intestinali (nausea, vomito, sudorazione fredda) o debolezza e stanchezza, che vengono spesso sottovalutati e, talvolta, viene rimandata a casa senza neanche l'esame della troponina.

Quando, poi, l'infarto si evidenzia in modo drammatico, la donna torna in ospedale con la possibilità di poterlo ancora gestire, ma altre volte la donna non fa in tempo neanche a tornare in ospedale e muore a domicilio.

La malattia di Alzheimer e la Sclerosi multipla colpiscono più frequentemente le donne, mentre la **malattia di Parkinson** ha un'incidenza più elevata nei maschi, ma in esse il decorso è peggiore e la mortalità più elevata.

Le malattie autoimmuni hanno una predominanza femminile molto significativa (circa il 70-80%), in rapporto ad una maggiore reattività immunitaria che la porta a sviluppare talvolta degli auto-anticorpi.

L'uomo ha un sistema immune meno potente della donna, per cui contrae più facilmente infezioni batteriche e virali, ma si ammala meno di malattie autoimmuni rispetto alla donna.

Il rischio è maggiore per quasi tutte le patologie: artrite reumatoide, sclerosi multipla, morbo di Basedow, tiroidite di Hashimoto, sindrome di Sjogren, epatite autoimmune.

Anche nel sesso maschile esistono patologie autoimmuni (spondilite anchilosante, diabete tipo I, miocardite) ma in numero nettamente inferiore.

Gli ormoni sessuali femminili hanno un'azione di stimolazione e di potenziamento della risposta immunitaria: da ciò deriva la migliore protezione che le donne hanno nei confronti delle infezioni rispetto agli uomini ma anche il maggior rischio di malattie autoimmuni.

La motivazione è legata al fatto che, in natura, le femmine devono avere un sistema immunitario in grado di proteggere il feto dai parassiti e dai patogeni che possono aggredirlo.

In risposta alle infezioni e ai vaccini, le donne producono in media livelli più alti di anticorpi e sono meno suscettibili degli uomini agli effetti gravi delle infezioni, come si è visto anche nel caso della infezione da COVID-19.

Le malattie dermatologiche riconoscono un'importante influenza di genere, in rapporto alla qualità di vita e al vissuto della propria pelle.

Ad esempio, alcune dermatiti da contatto come l'allergia al nichel e l'allergia al colore nero della tintura per capelli dovuta all'allergene p-fenilendiammina sono più frequenti nella popolazione femminile.

Il melasma, cioè il disturbo della pigmentazione che porta ad una iperpigmentazione del volto nei soggetti di sesso femminile (spesso in gravidanza), ha una patogenesi multifattoriale dovuta ad una stimolazione da parte degli ormoni sessuali femminili in soggetti predisposti ad un fotodanneggiamento.

In ambito oncologico esistono molte differenze di genere, per cui la ricerca in questo campo è assolutamente prioritaria.

E' necessario predisporre delle Linee Guida diverse a seconda del genere in quanto, a parità di istologia e stadio, esiste una notevole differenza nelle caratteristiche cliniche e nell'efficacia della chemioterapia, in rapporto sia a fattori ormonali, ma anche genetici e metabolici.

Il cancro della tiroide è più frequente nelle donne, ma ha una prognosi peggiore negli uomini.

Il cancro del colon è la seconda causa di morte in entrambi i sessi, ma colpisce la donna con 5 anni di ritardo rispetto all'uomo e anche la mortalità nella donna è ritardata di 5 anni. Per questo motivo sarebbe opportuno estendere lo screening nella donna oltre i 70 anni.

Il cancro del polmone è più frequente di 2,5 volte nella donna rispetto all'uomo.

In età pediatrica esistono numerose differenze di genere.

Alcuni tipi di tumore (linfomi e tumori cerebrali), l'asma, i disordini dello spettro autistico (DAS), il disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADHD) sono più frequenti nei bambini.

Il diabete tipo I (Insulino-dipendente), le malattie infiammatorie ed autoimmuni (ad es. lupus eritematoso pediatrico) sono più frequenti nelle bambine.

Per quanto riguarda le malattie metaboliche, a causa della maggiore propensione ad essere sovrappeso e della caduta degli estrogeni, la prevalenza di diabete mellito tipo 2 è maggiore nelle donne rispetto agli uomini solo dopo i 70 anni.

Le donne diabetiche, rispetto agli uomini, hanno un rischio doppio di cardiopatia, una più precoce incidenza di infarto del miocardio con maggiore mortalità, un aumentato rischio d'insufficienza cardiaca, ictus e claudicatio.

“E' piu facile spezzare un pregiudizio che spezzare un atomo” (Einstein).

“I pregiudizi sono opinioni senza giudizio” (Voltaire).

MEDICINA DELLA 4 P

Negli ultimi tempi, si stanno mettendo in campo numerosi programmi di ricerca per cercare di pervenire ad una medicina del futuro definita **“Medicina delle 4 P”**: Personalizzata, Preventiva, Predittiva, Partecipativa.

Ma il gap da coprire è ancora molto ampio e il percorso per la migliore cura possibile legata al genere è lunga e piena di ostacoli.

In medicina, il **“gender bias”** (pregiudizio di genere) si riferisce a situazioni in cui i pazienti ricevono diagnosi e cure di qualità inferiore a causa del genere cui appartengono.

Il primo “bias” sta' proprio nel ritenere che le cure possano essere identiche per uomini e donne, negando così le differenze di genere.

Pertanto, per arrivare ad una vera medicina genere-specifica, risulta indispensabile riconoscere l'esistenza del “gender bias” nella ricerca biomedica e nella terapia.

È necessario:

- che la politica si faccia carico di promuovere tutte le iniziative per favorire la medicina di genere;
- che i ricercatori e i medici vengano “educati” ad una medicina di genere;
- che i pazienti stessi siano consapevoli dell’esistenza del “gender bias” nell’assistenza sanitaria e che possano quindi porre le giuste domande ai propri medici;
- spingere le organizzazioni che finanziano la ricerca biomedica a chiedere ai ricercatori di includere il tema delle differenze di sesso nei loro studi, preclinici e clinici;
- che le donne di ogni età vengano arruolate negli studi clinici e che siano adeguatamente rappresentate;
- che le analisi di efficacia e tossicità vengano gestite in modo separato per i due sessi.

MEDICINA LEGALE

La Medicina Legale non può essere esclusa da questo nuovo approccio culturale perché la Medicina di Genere comporta tante criticità anche dal punto di vista medico-legale.

Tra le varie criticità nell’applicazione della medicina di genere, un aspetto molto importante riguarda **l’accesso alle cure**, aspetto che presenta notevoli disuguaglianze legate al genere.

Si sente parlare continuamente di appropriatezza, medicina personalizzata, medicina di precisione, medicina di genere, e questo non può non avere dei riflessi importanti soprattutto in ambito di **Responsabilità Professionale Medica**.

Appropriatezza è un termine che si coniuga molto da vicino con il termine **Responsabilità**: appropriatezza non solo nella ricerca, ma anche nella prevenzione, diagnosi e cure.

C’è un gap di conoscenza per quanto riguarda la ricerca sulla medicina di genere, in particolare la scarsa sperimentazione dei farmaci nelle donne, e questo gap compromette tutto quello che viene dopo: la clinica, il trattamento, l’appropriatezza delle cure e, in ultima analisi, porta quindi ad un aumento del contenzioso per responsabilità professionale.

Mettendo la Medicina Legale sotto la lente del genere, i temi classici sono la **violenza di genere, l’abuso di droghe** e, in particolare, **la Medical Malpractice**.

Esiste numerosa letteratura internazionale che mette in evidenza questa ulteriore forma di discriminazione, in quanto le donne più facilmente sono oggetto di Medical Malpractice.

Le donne hanno più difficoltà a ricevere trattamenti accurati perché, spesso, vengono etichettate come isteriche e intolleranti al dolore e questo non può non avere riflessi medico-legali.

Negli stati Uniti, nei Pronto Soccorso, gli uomini aspettano una media di 49 minuti prima di ricevere un analgesico per dolore addominale, mentre le donne aspettano una media di 65 minuti per lo stesso trattamento.

Le donne sono più vulnerabili ad errori e a ritardi di diagnosi, ed è chiaro che questo, se ha un riflesso clinico, ovviamente non può non avere riflessi anche dal punto di vista della Responsabilità, per cui le donne più facilmente sono vittime di errori di malpractice, tanto che ancora una volta si parla di una forma di discriminazione basata sul genere.

Le donne hanno un maggior rischio di diagnosi sbagliate, ritardate e non corrette: è chiaro che in queste tre tipologie di errori ci sta gran parte del contenzioso.

Anche il gap di fiducia spesso riguarda il genere dei pazienti: ci sono degli studi che indicano come le pazienti donne vengono spesso sottovalutate nella loro sintomatologia, attribuendo frequentemente delle problematiche di tipo ansioso, anche quando l'ansia nulla a che vedere con i disturbi lamentati.

Spesso i professionisti della sanità (medici e infermieri) considerano le donne non molto affidabili nel riportare i sintomi e questo, assieme al gap di conoscenza, impatta chiaramente sulla qualità della diagnosi e quindi delle cure, e pertanto le donne sono più facilmente oggetto di errore.

Tra l'altro questo può intersecarsi con altri fattori: non solo essere donna, ma anche essere di una determinata razza, religione, etnia, etc.

Riguardo al genere, però, il contenzioso medico-legale è più frequente nei sanitari uomini, mentre le donne medico hanno meno possibilità di essere oggetto di contenzioso: 40% uomini, 28% donne.

Questo dato porta a chiederci come mai succede questo.

Una caratteristica può essere legata alle specialità in cui tradizionalmente le donne medico sono impiegate, che sono per lo più quelle che hanno minore possibilità di essere sottoposte a contenzioso, quindi meno rischiose dal punto di vista medico-legale (fisiatria, dermatologia, ecc.), anche se negli ultimi anni si assiste ad una colonizzazione delle donne in tutte le specialità, anche quelle più rischiose (come chirurgia, ginecologia, ortopedia, ecc.).

Il fatto di essere meno esposte a contenzioso, può comunque essere dovuto anche alla maggiore capacità delle donne nella *relation ship*, cioè nella capacità delle donne medico di comunicare, una maggiore compliance comunicativa nei confronti dei pazienti: è dimostrato che le donne medico utilizzano più tempo al letto del paziente per parlare e spiegare.

“Se apriamo una lite tra passato e presente, scopriremo di aver perso il futuro”
(Winston Churchill).

OBIETTIVI GENERALI E SPECIFICI DEL PIANO PER L'APPLICAZIONE E LA DIFFUSIONE DELLA MEDICINA DI GENERE

Il Piano è articolato in quattro aree:

- A) Percorsi clinici (prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione).**
- B) Ricerca e innovazione.**
- C) Formazione e aggiornamento professionale.**
- D) Comunicazione e informazione.**

A) PERCORSI CLINICI (PREVENZIONE, DIAGNOSI, CURA E RIABILITAZIONE)

Obiettivo generale: garantire la prevenzione, la diagnosi e la cura ad ogni persona con un approccio che tenga conto delle differenze di genere, in tutte le fasi della vita e in tutti gli ambienti di vita e di lavoro.

Obiettivi specifici:

A1) Ottenere un quadro completo dal punto di vista strutturale, organizzativo e delle risorse (umane, strumentali, servizi) della Medicina di Genere in Italia.

A2) Promuovere, sulla base dei dati epidemiologici, la prevenzione e la diagnosi precoce delle patologie in un'ottica di genere.

A3) Sviluppare soluzioni innovative di accesso ai servizi, anche valorizzando le esperienze già presenti sul territorio nazionale, attuando percorsi di presa in carico della persona in un'ottica di genere, al fine di favorire una maggiore appropriatezza e personalizzazione dei percorsi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione.

A4) Promuovere azioni volte ad applicare un approccio di genere alle politiche sanitarie sul territorio e sulla sicurezza negli ambienti di lavoro.

B) RICERCA E INNOVAZIONE

Obiettivo generale: promozione e sostegno della ricerca biomedica, farmacologica e psico-sociale basata sulle differenze di genere e trasferimento delle innovazioni nella pratica clinica.

Obiettivi specifici:

B1) Identificare e implementare il tema della Medicina di Genere come area prioritaria nell'ambito dei bandi di ricerca regionali, nazionali e, ove possibile, internazionali.

B2) Sviluppare la ricerca biomedica di base, preclinica e clinica, farmacologica e psico- sociale sulla Medicina di Genere.

B3) Trasferire al SSN, in ambito preventivo, diagnostico, terapeutico e organizzativo, le innovazioni scaturite dalla ricerca biomedica, farmacologica e psico-sociale sulla Medicina di Genere.

C) FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE

Obiettivo generale: garantire adeguati livelli di formazione e di aggiornamento di tutto il personale medico e sanitario in tema di Medicina di Genere.

Obiettivi specifici:

C1) Costruire, validare e utilizzare strumenti dedicati alla formazione in Medicina di Genere, che siano efficaci e replicabili.

C2) Promuovere la consapevolezza sulle differenze di genere in ambito sanitario al fine di trasferire nelle attività professionali le acquisizioni e le competenze maturate.

D) COMUNICAZIONE E INFORMAZIONE

Obiettivo generale: promuovere la conoscenza della Medicina di Genere presso tutti gli operatori della sanità e la popolazione generale, coinvolgendo il mondo del giornalismo e dei media.

Obiettivi specifici:

D1) Individuare strumenti dedicati al trasferimento dei contenuti di comunicazione ai target di riferimento.

D2) Informare e sensibilizzare i professionisti sanitari e i ricercatori sull'importanza di un approccio di genere in ogni settore della medicina.

D3) Informare e sensibilizzare la popolazione generale e i pazienti sulla Medicina di Genere, attraverso campagne e iniziative di comunicazione con il coinvolgimento del giornalismo e dei media.

CONCLUSIONI

In conclusione, tutte le suddette considerazioni inducono a sostenere che, senza un orientamento di genere, la politica sanitaria risulta metodologicamente scorretta e discriminatoria.

Infatti, la conoscenza delle differenze di genere favorisce una maggiore appropriatezza della terapia e dell'uso di risorse in ambito sanitario, con conseguente maggiore tutela della salute in entrambi i generi.

Dunque, risulta assolutamente indispensabile un cambiamento della *forma mentis* dei medici e di tutti i professionisti sanitari, favorendo l'introduzione della medicina di genere nella quotidiana prassi diagnostico-terapeutica.

Cagliari settembre 2022

BIBLIOGRAFIA

- **Testo della Legge 11 gennaio 2018, n. 3: “Delega al governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della Salute.**
- **Decreto 13 giugno 2019: “Piano per l’applicazione e la diffusione della medicina di genere (in attuazione dell’art. 3, comma 1, Legge 3/2018).**
- **Il lungo cammino per la diffusione della medicina di genere, dalle prime mozioni di legge al primo Piano per la sua attuazione (Paola Boldrini, senatrice, membro della 12^a Commissione permanente Igiene e Sanità).**
- **The Italian Journal of Gender-Specific Medicine (volume 5, n. 3, 2019).**
- **Sito del Ministero della Salute sul Piano per l’applicazione della medicina di genere.**
- **Sito dell’Istituto Superiore di Sanità per il Centro di riferimento per la medicina di genere.**
- **Il sesso è (quasi tutto) – Evoluzione, diversità e medicina di genere – Antonella Viola – Feltrinelli.**
- **Medicina Legale e Medicina Genere Specifica: un confronto per il futuro – Webinar – Società Scientifica COMLAS (7 maggio 2022)**