 **MEDICINA DI GENERE**

**che cos’è LA MEDICINA DI GENERE**

La Medicina di Genere è lo studio, nelle scienze biomediche, delle differenze legate al genere, non solo da un punto di vista anatomo/fisiologico, ma anche delle differenze biologiche, funzionali, psicologiche, sociali e culturali. Inoltre si occupa delle differenze che i due generi presentano rispetto alla malattia, ovvero un uomo e una donna possono avere la stessa patologia, ma questa si può manifestare con tratti fisiopatologici, clinici, prognostici e terapeutici diversi; così come un farmaco somministrato ad una donna, può dare effetti terapeutici e collaterali diversi rispetto ad un uomo.

Perciò la Medicina di Genere studia e tiene conto delle differenze tra l’uomo e la donna, per trovare i metodi più opportuni, adeguati ed efficaci per poter diagnosticare e curare una malattia.

Questo concetto di diversità fisiologica e patologica tra l’uomo e la donna è in realtà alquanto recente, infatti la maggior parte delle ricerche e sperimentazioni che stanno alla base della medicina sono state condotte sull'uomo (giovane, adulto, maschio, bianco, di 70 kg di peso), traslandone i risultati alla donna.

La Medicina di Genere non è la medicina delle donne! Infatti, per quanto sicuramente le donne siano quelle che più traggono beneficio da essa, essendo da sempre tenute in minore considerazione le loro peculiarità biologico-ormonali e anatomiche, l’obiettivo della Medicina di Genere è offrire ad ogni persona, uomo o donna, la terapia più efficace ed appropriata; sebbene sicuramente sia un approccio che riconosce che le donne risultino ancora spesso svantaggiate rispetto agli uomini nella tutela della loro salute, gender significa genere, maschio e femmina, perciò la Medicina di Genere ha un impatto sulla donna ma anche sull’uomo

Si tratta dunque di capire se dobbiamo curare in modo differente gli uomini e le donne senza attribuire in modo stereotipato certe patologie solo all’uno o all’altro sesso. Infatti se moltissimi sono gli studi condotti sul genere maschile e i risultati traslati al genere femminile, ci sono però alcuni studi su alcune patologie condotti prevalentemente sulle donne. Per esempio è opinione diffusa che l’osteoporosi sia, con rare eccezioni, un problema femminile. In realtà, oltre venti fratture vertebrali su cento e un terzo circa delle fratture al femore riguardano i maschi, con aumento della morbilità e della mortalità esattamente come per le donne. D’altro lato l’infarto, è attribuito principalmente agli uomini mentre ogni anno in Italia si registrano 30mila decessi per infarto tra le donne (a fronte di 11mila morti per tumore al seno). L'infarto è quindi una malattia non solo maschile ma che riguarda entrambi i generi, anche se diverse sono le sue cause e le sue manifestazioni. Se una donna viene colpita da un attacco cardiaco ha meno probabilità, rispetto ad un uomo, che i medici del pronto soccorso lo riconoscano tempestivamente. E’ conoscenza comune che il sintomo dell’infarto sia il dolore al petto, ma nelle donne tale segnale è spesso assente: prevalgono nausea e vomito, dolore al collo o alla schiena, difficoltà a respirare, sudori freddi, vertigini. Perciò le donne rischiano di non ricevere cure, entro i giusti tempi e di essere sottoposte a trattamenti farmacologici meno intensivi rispetto agli uomini.

**SESSO E GENERE**

Per comprendere appieno gli obiettivi e i presupposti della Medicina di Genere, dobbiamo anzitutto specificare i due concetti di sesso e genere. Il sesso è ciò che è dato dalle caratteristiche biologiche (genetiche, anatomiche, endocrine); il genere è un riferimento sociale, di comportamenti, di attività, di attributi che una società considera specifici per gli uomini e per le donne. Essere biologicamente maschi o femmine non significa essere automaticamente considerati uomini o donne.

 Sintetizzando: maschi e femmine si nasce, uomini e donne si diventa.

Mentre il sesso è un carattere connesso alla biologia, il genere appartiene alla categoria simbolica delle rappresentazioni sociali, ovvero le forme di sapere del senso comune con le quali gli appartenenti ad una data cultura si orientano e organizzano i codici della comunicazione sociale e degli scambi interpersonali. Le rappresentazioni sociali sono quindi il risultato di una serie di interazioni rituali localizzate e organizzate, nel tempo e nello spazio che, però, vengono assunte come fossero “dati di fatto”.

Da ciò derivano gli stereotipi, delle semplificazioni della realtà insieme coerenti e rigidi di credenze (spesso negative) che vengono nutrite, in modo socialmente condiviso, nei confronti di un determinato gruppo o categoria sociale.

Mediante la fissità e la ripetitività dei significati che lo stereotipo veicola, vengono assegnate socialmente ai due sessi caratteristiche, attitudini, funzioni sociali diverse (non solo tra loro separate, ma anche gerarchizzate). Sesso e genere non sono due dimensioni contrapposte, ma piuttosto interdipendenti che determinano il comportamento psicologico e culturale dell’individuo anche in base alla sua formazione etnica, educativa, sociale e religiosa; questa relazione varia secondo l’epoca e la cultura, così come i concetti di mascolinità e femminilità, concetti dinamici da storicizzare e contestualizzare. Mentre il sesso è un carattere determinato, il genere, è un carattere appreso e non innato.

Assumere un approccio di genere significa considerare il genere come rappresentazione sociale, che varia negli anni e nei contesti sociali.

La differenziazione dei ruoli e dei comportamenti tra donne e uomini, in ogni cultura e in ogni epoca, danno origine a differenze di genere e da cui possono derivare delle disuguaglianze.

L’approccio di genere deve essere considerato un fattore determinante della salute in quanto anche il modo di affrontare la malattia o la “mancanza di salute” subisce una forte influenza legata al genere.

Intanto occorre considerare che come già abbiamo visto per il genere, esistono rappresentazioni sociali anche riguardanti la salute, la malattia e la cura.

Già nel 430 a.c. circa Ippocrate sosteneva che: «Per un essere umano è naturale star bene, per evitare uno squilibrio fisico o dell’anima, l’uomo deve cercare di conservare l’armonia sia del proprio corpo, sia del proprio modo di vivere».

Al ben-essere si contrappone il disagio, inteso come l’alterazione dell’equilibrio delle dimensioni fisica, sociale, psichica, emotiva, relazionale, e spirituale, interagenti e interdipendenti tra loro. Il disagio non risolto nel tempo può condurre alla malattia.

Nella nostra società coesistono due rappresentazioni della salute a cui aderiscono diversi atteggiamenti delle persone e che procurano risposte diverse riguardanti al senso della prevenzione e alle varie percezioni del rischio.

La salute può essere intesa come presenza di benessere, qualità della vita, equilibrio, empowerment (accezione positiva) e può essere intesa come condizione fisica dell’organismo caratterizzata da assenza di patologie (accezione negativa).

La salute in quanto rappresentazione sociale viene quindi costruita, interpretata e vissuta in modi diversi e secondo differenti prospettive. I termini inglesi attribuiti alla malattia ne chiariscono molto bene le diverse interpretazioni:

 ILLNESS - Fa riferimento all’esperienza personale dei sintomi e della sofferenza “come mi sento io nella malattia”, a come la persona malata, la sua famiglia e la comunità rispondono alla situazione di difficoltà;

DISEASE - E’ il problema visto dalla prospettiva del medico, orientato a identificare la malattia come un’alterazione della struttura biologica, col supporto di appropriate indagini cliniche, e spesso purtroppo poco interessato all’esperienza personale e sociale della malattia.

SICKNESS - E’ la visione sociale della malattia. Permette di allargare la prospettiva di ricerca contestualizzando socialmente la malattia e la cura “Come la società considera la mia malattia ed il mio essere malata/o”.

E l’influenza del genere si manifesta in tutte e tre queste”visioni” della malattia: pensiamo al ruolo che la donna ha come caregiver all’interno della famiglia e quanto una mancanza di salute da parte sua possa portare ad un disequilibrio del menage familiare; ovviamente ciò può provocare ansia e far aumentare il disagio della donna (ILLNESS), ma pensiamo anche al ruolo sociale di “lavoratore” (esterno alla famiglia) attribuito all’uomo nella nostra società che spesso associa la malattia alla non-produttività e quindi all’inutilità (SICKNESS), o pensiamo a quanto poco i medici si interessano delle condizioni sociali, familiari, lavorative della persona malata che invece influiscono moltissimo sulle risorse messe in atto per affrontare una malattia e ritrovare uno stato di salute (DISEASE).

Un approccio di genere significa andare oltre gli stereotipi e prendere in considerazione le differenze biologiche, pensare che uomini e donne non differiscono solo sessualmente, ma anche rispetto a fattori come il peso, la percentuale di grasso corporeo, gli enzimi epatici, gli ormoni sessuali e le variabili determinate dall'ambiente, dalla società, dall'educazione, dalla cultura e dalla psicologia dell'individuo, e come tutto ciò può influire sul modo in cui una patologia si sviluppa, viene diagnosticata, curata e affrontata dal paziente.

È importante che la Medicina di Genere approfondisca oggi i diversi modi in cui uomini e donne affrontano la malattia: perché solo così si sarà in grado di ottimizzare la diagnosi, le terapie e di comprendere quanto il/la paziente aderisca al progetto terapeutico stabilito dal medico, di capire quali sono i comportamenti rischiosi e fattori di rischio che ogni genere assume, il modo di percepire, identificare e descrivere i sintomi di una malattia, la capacità di tenersi in buona salute, la disponibilità/possibilità ad accedere ai servizi sanitari.

Se l'appartenenza al sesso femminile o maschile influenza la salute e la sua percezione, i decisori delle politiche di prevenzione i medici, gli operatori sanitari, i ricercatori, le aziende farmaceutiche, devono considerare queste differenze per realizzare davvero i propri obiettivi di miglioramento del benessere dell'intera popolazione e per garantire equità in sanità.

**COME NASCE** **LA MEDICINA DI GENERE**

La Medicina di Genere prende il suo avvio da un articolo pubblicato sul New England Journal of Medicine, nel 1991 da una donna medico Bernardine Healy, direttrice del NIH, in cui accusava i colleghi di non considerare sufficientemente la patologia cardio-vascolare nella donna limitandosi ad adattare i risultati e le cure dal corpo maschile a quello femminile, mentre occorrevano strategie diagnostiche e terapeutiche differenziate.

La patologia cardio-vascolare nella donna in seguito fu conosciuta come “Yentl Syndrome”, prendendo il nome dalla protagonista del racconto dello scrittore polacco I.B. Singer, una ragazza ebrea costretta a travestirsi da maschio per potere frequentare la scuola e studiare la Torah.

Dall’inizio degli anni novanta ad oggi la medicina non si è però molto evoluta dalla medicina uomo-centrata, con la donna considerata un “piccolo uomo” e da quella “bikini view” intesa come la medicina delle donne nella sua specificità ginecologico-riproduttiva.

Nonostante nel 2000 l’OMS abbia inserito la Medicina di Genere nell'Equity Act, essa ha avuto uno sviluppo moderato ed affermato che il principio di equità implica che la cura sia appropriata al singolo genere, evidenziando una sostanziale misconoscenza e sottovalutazione della diversità femminile; così come l’OMS ha ribadito inoltre che sebbene il consumo dei farmaci sia percentualmente più elevato da parte delle donne rispetto a quello degli uomini, le ricerche farmacologiche vanno a discapito delle donne (rendendole maggiormente esposte a possibili reazioni avverse per l’assunzione di farmaci in commercio).

Come abbiamo visto la Medicina di Genere non è da considerarsi la medicina delle donne, ma sicuramente loro sono quelle che ne traggono maggior vantaggio; infatti è soprattutto la condizione delle donne che ha subito più mutamenti negli ultimi anni vedendole sempre più impegnate sul fronte familiare e lavorativo, con inevitabili ripercussioni sulla salute. Per quanto il tasso di occupazione femminile in Italia resti uno dei più bassi dell'Ue (nel 2015 il tasso di occupazione degli uomini nell'UE-28 era del 75 %, mentre quello delle donne era del 63,5 %) e in Italia il tasso di occupazione femminile sia il 47,3%, (contro il 63,5% della media Ue) oggi le lavoratrici sono 9,4 milioni rispetto a vent'anni fa quando lavoravano 7,6 milioni di donne. Occorre però sottolineare che l’allargamento delle professioni al genere femminile non è stato accompagnato da un adeguamento della distribuzione e organizzazione del lavoro, ancora prevalentemente basato su standard maschili, così che le donne subiscono ancora minori livelli occupazionali, minor accesso e controllo sulle risorse, minor presenza nei luoghi decisionali e, conseguentemente, un maggiore rischio rispetto a disturbi correlati all’ansia e allo stress.

Sebbene il Testo Unico sulla sicurezza sul lavoro D. L. N. 81/2008 espliciti chiaramente che la valutazione dei rischi e le azioni preventive debbano tener in considerazione fattori connessi alle differenze di genere, oltre che all’età, alla provenienza da altri Paesi e alla specifica tipologia contrattuale attraverso cui viene resa la prestazione di lavoro, sino ad oggi le condizioni e le caratteristiche di lavoro, sono state considerate quasi esclusivamente dal punto di vista del lavoratore maschio e per le donne si è attenti solo al periodo della gravidanza e ai rischi per il nascituro.

E soprattutto non viene assolutamente valutato il maggior rischio psico-sociale delle donne dato dal doppio carico di lavoro, in quanto le donne italiane sono le principali referenti e responsabili del lavoro domestico e di cura: secondo Eurostat dedicano alle responsabilità familiari più tempo di tutte le altre donne europee, ben 5 ore e 20 minuti al giorno, ovvero 3 ore e 45 minuti più degli uomini.

E proprio il lavoro svolto in casa è uno dei motivi principali della maggiore incidenza delle malattie muscolo/scheletriche nelle donne, delle dermatiti ed allergie dovute all’uso dei detergenti, nonchè degli infortuni.

Non ultimo il ruolo di caregiver, socialmente attribuito alla donna, che impedisce o riduce la possibilità di svolgere una regolare attività fisica, uno dei cardini della prevenzione dell’obesità, del diabete e delle malattie cardiovascolari.

Altro dato che influisce sulla salute e l’accesso alle cure è la maggiore vulnerabilità in termini economici delle donne derivante da molti fattori fra i quali i maggiori tassi di disoccupazione, l’inattività, le retribuzioni e le pensioni più basse rispetto agli uomini.

Fino ad oggi in Italia le donne hanno una aspettativa di vita di 84 anni contro gli 80 anni degli uomini (anche se il cambiamento di stili di vita degli ultimi anni e delle nuove generazioni stanno riducendo progressivamente questa differenza), le donne si ammalano di più:

L’8,3% delle donne italiane denuncia un cattivo stato di salute contro il 5,3% degli uomini. Il 6% delle donne soffre di disabilità (vista, udito, movimento) contro il 3% degli uomini. Le malattie per le quali le donne presentano una maggiore prevalenza rispetto agli uomini sono: alcune malattie cardiache (+5%), allergie (+8%), diabete (+9%), ipertensione arteriosa (+30%), calcolosi (+31%), artrosi e artrite (+48%), cataratta (+80%), Malattia di Alzheimer (+100%), cefalea ed emicrania (+123%), depressione ed ansietà (+138%), malattie della tiroide (+500%), osteoporosi (+736%).

Le donne consumano più farmaci degli uomini e sono anche più soggette degli uomini a reazioni avverse. (ISTAT, 2008).

**LE PROSPETTIVE**

Oggi sta maturando una nuova sensibilità verso la Medicina di Genere, continuano a pervenire indicazioni da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, e in Italia, oltre alle pressioni da parte dell’Istituto Superiore di Sanità e dell’AIFA, presso la Camera dei Deputati  è stata presentata una proposta di legge su "Disposizioni per favorire l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere”.

La Medicina di Genere è oggi considerata importante nella costruzione di sistemi sanitari innovativi e fondati sull’idea di appropriatezza delle cure. La differenza con la quale i due generi vengono interpretati e trattati nella cura e prevenzione di determinate patologie è uno degli aspetti intorno ai quali si stanno raccogliendo esperienze, buone pratiche e vasta letteratura.

L’approfondimento delle conoscenze della Medicina di Genere sarà sempre più importante nella medicina dei prossimi anni perché si concilia con il principio in base al quale ogni persona è unica,e come tale va trattata e considerata anche quando malato, ed è un necessario passaggio verso una medicina personalizzata che dovrà considerare tutti i fattori di rischio dell’essere umano, l’etnia, lo stile di vita, la storia personale, i profili di rischio e le predisposizioni genetiche.

Promuovere una cultura della medicina di genere, una sensibilizzazione della popolazione è molto importante per la Sanità Pubblica in termini di tutela dei cittadini, ma un intervento terapeutico più mirato al genere è fondamentale anche per la compatibilità economica della spesa sanitaria di un Paese. Facciamo un esempio: Le patologie polmonari e cardiovascolari sono ritenute ancora troppo spesso caratteristiche maschili, il che comporta trascuratezza nella prevenzione e cura del genere femminile con relativo aumento di morbilità e mortalità. In Italia oltre il 35% della spesa farmaceutica è imputabile all’uso inappropriato dei farmaci, temi che sono stati il fondamento della Medicina di Genere.

La Medicina di Genere è una scienza multidisciplinare e gli obiettivi che dovranno essere perseguiti per il futuro sono:

a) assumere la Medicina di Genere come un determinante della salute per giungere a garantire ad ogni individuo, maschio o femmina, l’appropriatezza della cura;

b) predisporre dei programmi di politica sanitaria in termini di genere, nonchè la formazione e l’aggiornamento del personale medico e sanitario;

c ) sostenere azioni di promozione della salute e di prevenzione e screening in un’ottica di genere con interventi di educazione rivolti a tutte le fasce d'età affinché si adotti un sano stile di vita (Alimentazione equilibrata, attività fisica, vita sessuale consapevole, visite mediche e controlli periodici, il contrasto all'abuso di tabacco e alcol)

d) garantire che l’accesso alla cura, la scelta terapeutica e l’impatto farmacologico siano predisposti considerando la rilevanza dei fattori di rischio nei due generi.

**IL PERCORSO STORICO- LEGISLATIVO DELLA MEDICINA DI GENERE**

Il percorso storico- legislativo della Medicina di Genere può essere così riassunto:

1995 (Pechino)   IV Conferenza Mondiale sulle Donne, in cui si parla di Medicina di Genere

1998 L’OMS stila il documento    “Una sfida di genere. Salute, sviluppo e strategie preventive” in cui denuncia gli svantaggi delle donne rispetto agli uomini per quanto riguarda la loro salute.

 2000 L’OMS inserisce la Medicina di Genere nell'Equity Act, ed afferma che il principio di equità implica che la cura sia appropriata al singolo genere. Evidenziando una sostanziale misconoscenza e sottovalutazione della diversità femminile.

2002 (New York, Columbia University)  1° Corso Universitario di Medicina di Genere
“Women study of gender specific medicine”

2004  (Roma)  il Ministero della Salute organizza il primo evento sulla salute delle donne
“La salute della donna: differenze, specificità, e opportunità”

2006  (Berlino)   1° Congresso Internazionale di Medicina di  Gener

2007 L’OMS stabilisce gli obiettivi per promuovere l’equità di genere nel campo della salute:

Promuovere l’integrazione dei concetti di sesso e genere;

Promuovere la ricerca per favorire lo sviluppo di farmaci e di nuovi approcci terapeutici mirati al genere;

Condurre una ricerca etica che eviti l’esclusione delle donne, degli appartenenti ad una minoranza o ad un’altra cultura, ad un’altra razza, dei disabile, senza sostanziali motivazioni;

Arrivare all’equità della cura;

migliorando l’accesso ai servizi per le donne;

offrendo adeguati mezzi di trasporto, servizi per la cura dei bambini e degli anziani,

strutture rispondenti alle specifiche caratteristiche del singolo genere e delle varie fasi della vita.

2008  (Roma)  ISS  elabora il progetto triennale  “Salute della Donna”

2009  (Padova)   1° Congresso Nazionale sulla Medicina di  Genere

2010 La Comunità Europea delibera la “Strategia per la parità tra donne e uomini 2010-2015” in cui si prende atto che le donne e gli uomini sono esposti a malattie e rischi per la salute specifici al genereche devono essere considerati nella ricerca medica e nei servizi sanitari.

2010  (Bruxelles, Parlamento Europeo)  Piano per la prevenzione delle malattie cardiovascolari in Europa (strategie che prevedono l’impatto del genere)

2012 (Roma)  Approvazione della mozione unificata sulla medicina di genere, presentata da tutti i partiti politici, che impegna il governo ad assumere impegni precisi sulla materia

2014 Regione Emilia Romagna Legge  regionale n. 6/2014, volta a promuovere la parità di genere (Salute e benessere femminile Art. 10 Medicina di genere e cura personalizzata 1. La Regione Emilia-Romagna tutela il diritto alla salute come sancito dall’articolo 32 della Costituzione, garantendo parità di trattamento e di accesso alle cure con particolare riguardo alle differenze di genere e relative specificità)

2016 Atto Camera: 3603. Proposta di legge: PAOLA BOLDRINI ed altri: "Disposizioni per favorire l'applicazione e la diffusione della medicina di genere