Perché abbiamo bisogno di una medicina di genere

Dott. ssa ,Daniela Pavan

Elogio della conoscenza

Genere: non è un concetto «biologico»

Il concetto di genere definisce le categorie uomo e donna fondate sia sulle differenze biologiche, di sesso, sia di fattori ambientali, socioculturali ed economici

MEDICINA DI GENERE

APPROCCIO INTERDISCIPLINARE DELLA MEDICINA CHE STUDIA L'INFLUENZA DEL SESSO E DEL GENERE SU FISIOLOGIA, FISIOPATOLOGIA E PATOLOGIA UMANA

NASCE DALL'OSSERVAZIONE CHE MOLTI STUDI HANNO DESCRITTO LE MALATTIE (EPIDEMIOLOGIA,FISIOPATOLOGIA, CLINICA, TERAPIA) CONCENTRANDOSI PREVALENTEMENTE O TALORA ESCLUSIVAMENTE *SU CASISTICHE DI UN SOLO SESSO*

- *CERCA DI CAPIRE L'ORIGINE, DI PREVENIRE, DI DIAGNOSTICARE E CURARE*
- *LE MALATTIE COMUNI AI DUE SESSI CHE INCIDONO E SI MANIFESTANO DIVERSAMENTE TRA UOMINI E DONNE*

medicina genere-specifica

↓

medicina personalizzata

↓

diseguaglianze di salute-equità

ONU 1981

Convenzione per l'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne (CEDAW) firmata da 189 stati. Sollecita gli Stati membri a prendere "appropriate misure per eliminare discriminazioni verso le donne nel campo delle cure sanitarie, assicurando l'accesso ai servizi sanitari, in base all'eguaglianza tra uomini e donne".

UN WOMEN

United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women

Quarta Conferenza ONU sulle Donne (Pechino, 1995)

Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women

Adopted and opened for signature, ratification and accession by General Assembly resolution 34/180 of 18 December 1979

entry into force 3 September 1981, in accordance with article 27(1)

Aggiornamento (Pechino, 1999)

Optional Protocol to the Convention on the Elimination of Discrimination against Women

Adopted by General Assembly resolution A/54/4 on 6 October 1999 and opened for signature on 10 December 1999, Human Rights Day

entry into force 22 December 2000

National Institutes of Health (NIH) USA

1994: rende obbligatorio il punto di vista di genere e richiede che tale parametro sia inserito in ogni progetto di ricerca medica supportato da finanziamenti

NIH Guidelines on the inclusion of women and minorities as subjects in clinical research (1994) 59 Fed. Reg. 14508-14513

2014: la Legge americana “Public Health Service Act” demanda al NIH l'impegno a garantire, nelle sperimentazioni cliniche di farmaci e prodotti medicali, una rappresentanza paritetica delle donne, ancora classificate come “sottogruppo demografico”.

2000: equity ACT

OMS 2002

- Istituisce il Dipartimento per le differenze di genere
- Segnala le differenze di accesso alla conoscenza e alle risorse
- Segnala i cambiamenti di stili di vita nel sesso femminile

OMS 2009

Nel 2009 organizza un Dipartimento per la salute delle donne attento alle differenze di genere e con il Report "Donne e salute" dimostra come "dimenticare" la specificità della donna, porti a conseguenze negative significative.

In anni più recenti l'OMS conferma il "genere" come tema imprescindibile della programmazione 2014-19.

World Health Organization

- 1997: pubblica “Lo stato di salute delle donne europee” che approfondisce il tema degli indicatori di salute specifici per il sesso femminile
- 2000: propone le prime linee guida per l’inserimento del genere nei progetti di ricerca finanziati dall’Unione Europea 2007: fonda l’Istituto europeo della salute delle donne (EIWH)
- 2010: presenta la “Carta delle donne”, documento con il quale rafforza l’impegno a favore della parità fra i due sessi e rivendica il rispetto della dignità e integrità delle donne, in particolare ponendo fine alla violenza di genere, attraverso politiche mirate.
- 2011: fonda l’Istituto Europeo per l’Equità di genere (EIGE). Le due entità contribuiscono ad affermare come il genere sia una fondamentale variabile di salute e malattia.

Riconosce con il lancio del programma “Europa 2020” l’importanza dell’uguaglianza di genere nell’ambito del progresso sociale.

COMUNITA’ EUROPEA

Italia: AIFA

2011: l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) introduce l'equità di genere tra i criteri di valutazione e formalizza il "Gruppo di Lavoro su Farmaci e genere"
2013: sollecita le Aziende farmaceutiche a elaborare dati disaggregati per sesso e disegni di ricerca orientati al genere.

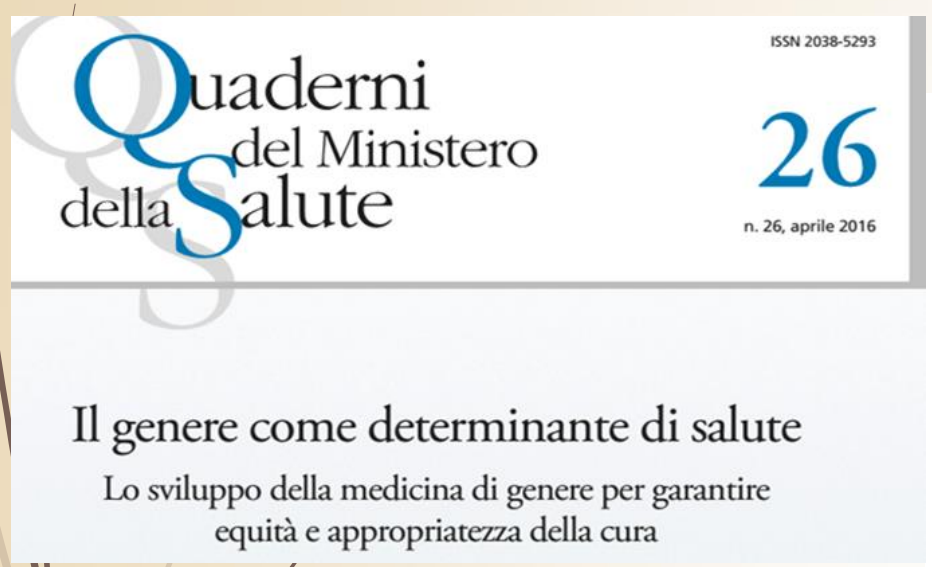
Italia: ISTAT

L'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) applica la cosiddetta sesso-stratificazione al fine di facilitare comparazioni e individuare caratteristiche differenti secondo indicatori specifici di genere

Italia: Sicurezza sul lavoro

Le disposizioni regolatorie in materia di sicurezza sui luoghi di lavoro (D.Lgs 626/94 e D.Lgs 81/08) introducono una concezione improntata in modo sistematico alla valutazione delle "differenze di genere". Il Centro di riferimento per la Medicina di Genere dell'ISS lavora su queste tematiche con il Servizio Prevenzione e Protezione interno e con Enti esterni, anche in collaborazione con l'Istituto Nazionale del Lavoro (INAIL) che dal 2010 ha attivato un progetto specifico.

Legge 3/2018 31 gennaio 2018 : delega al governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie



In particolare l'articolo 3 di questa legge, "Applicazione e la diffusione della medicina di genere nel Servizio Sanitario Nazionale", richiedeva la predisposizione di "un Piano vol alla diffusione della medicina di genere median divulgazione, formazione e indicazione di pratic sanitarie che nella ricerca, nella prevenzion nella diagnosi e nella cura tengano conto de differenze derivanti dal genere, al fine garantire la qualità e l'appropriatezza de prestazioni erogate dal Servizio sanitar nazionale in modo omogeneo sul territor nazionale"
(http://www.salute.gov.it/portale/documentazi ne/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2860).

· il Centro di Riferimento per la Medicina di Genere dell'ISS che ha presentato il lavoro svolto dal tavolo di esperti per la definizione del Piano Attuativo;
· il Centro Studi Nazionale su Salute e Medicina di Genere che insieme al Centro di Riferimento per la Medicina di Genere dell'ISS e il GISeG ha costituito la rete nazionale di Medicina di Genere;
· FNOMCeO (Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri) che ha attivato un gruppo composto da Medici ed Odontoiatri, presieduto dalla Prof.ssa Mazzei, che lavora alla definizione di programmi di formazione (residenziali e FAD) e sollecita tutti gli Ordini dei Medici a produrre corsi ECM e post-laurea;
· numerosi gruppi presenti nelle Società Scientifiche quali FADOI (Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti), AIDM (Associazione Italiana Donne Medico), SIMG (Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie) oltre a rappresentanti delle principali Società Scientifiche Mediche, delle Università e di numerose Regioni.

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.

Art. 3.

Applicazione e diffusione della medicina di genere nel Servizio sanitario nazionale

1. Il Ministro della salute, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e avvalendosi del Centro nazionale di riferimento per la medicina di genere dell'Istituto Superiore di Sanità, entro dodici mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, predispone, con proprio decreto, un piano volto alla diffusione della medicina di genere mediante divulgazione, formazione e indicazione di pratiche sanitarie che nella ricerca, nella prevenzione, nella diagnosi e nella cura tengano conto delle differenze derivanti dal genere, al fine di garantire la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni erogate dal Servizio Sanitario Nazionale in modo omogeneo sul territorio nazionale.

ART. 3.

(Applicazione e diffusione della medicina di genere nel Servizio sanitario nazionale).

Azioni a livello regionale per la diffusione della Medicina di Genere

1. **Identificare un referente regionale**
2. **Istituire un Gruppo tecnico regionale**
3. **Definire indicatori stratificati per genere**
4. **Attivare sul sito regionale un'area dedicata alla Medicina di Genere**
5. **Promuovere la definizione di obiettivi per aziende sanitarie e IRCCS**

Università e Ricerca

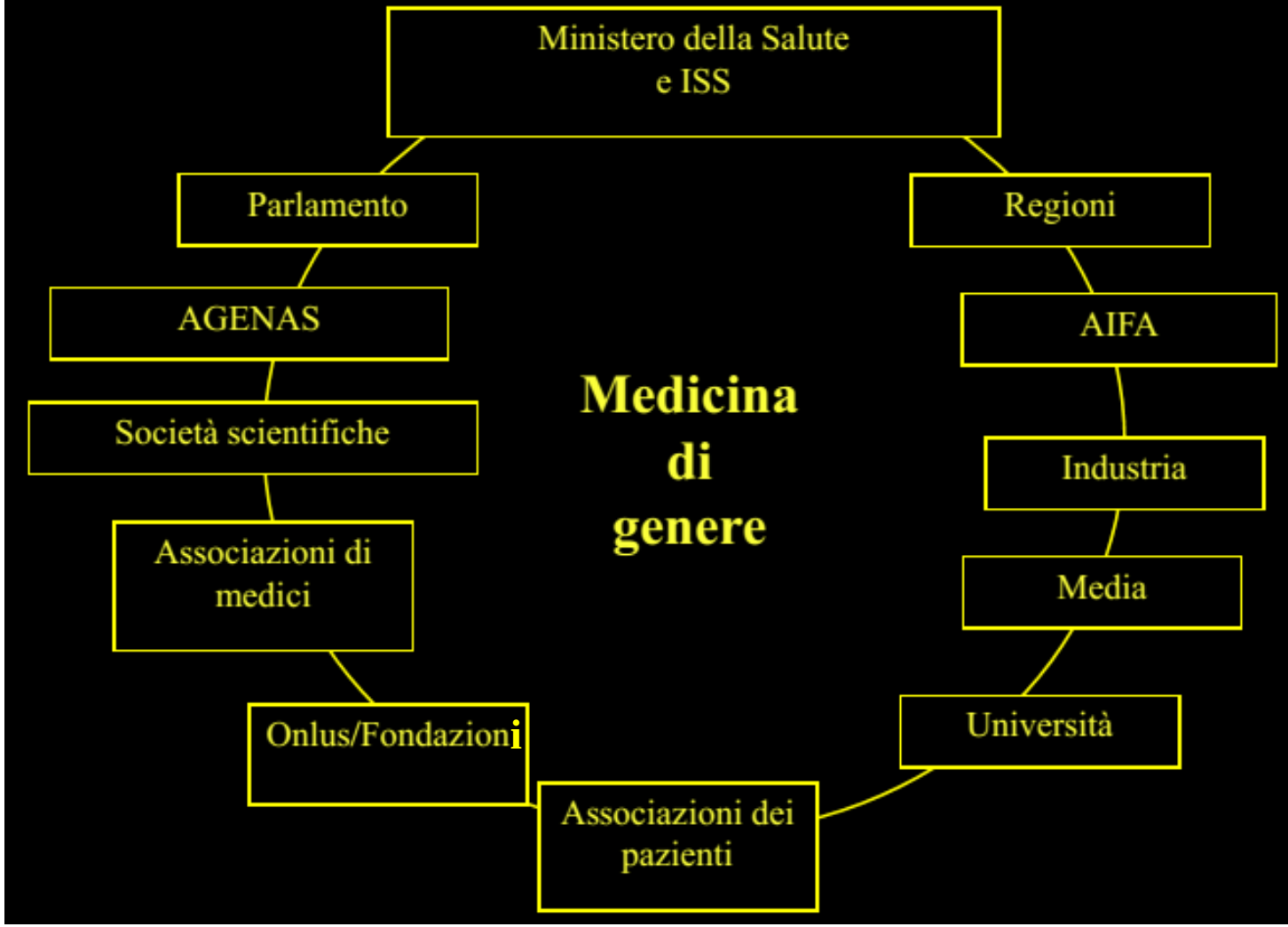
Luglio 2015: La legge n.107 (Comma 16) introduce l'educazione sulla parità tra i sessi, la prevenzione della violenza di genere e di tutte le discriminazioni, nelle scuole di ogni ordine e grado. Viene istituita la Cattedra di Medicina di Genere dell'Università di Padova (2013-14), vengono avviati Corsi nelle Università di Siena (2014-15) e Ferrara (2015-16). Segue il piano Formazione e Istruzione collegato al Decreto attuativo.

2010: l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) pubblica un numero speciale della rivista Monitor su medicina e farmaci genere orientati

2011: l'ISS attiva, all'interno del Dipartimento del Farmaco, il Reparto "Malattie degenerative, Invecchiamento e Medicina di Genere"

2015: viene inserita nel Regolamento dell'ISS la costituzione del "Centro di riferimento per la Medicina di Genere", istituito ufficialmente nel 2017

Chi sono gli attori che possono maggiormente favorire lo sviluppo della Medicina di Genere in Italia?



?

Informazione

Fare rete

I principi applicativi

Prospettiva di genere:
Esistono importanti differenze tra uomini e donne in termini di ruoli rivestiti e di situazioni sperimentate nel corso dell'età avanzata.
Le **donne** sono potenzialmente più soggette a vivere da sole e a ritrovarsi in condizioni di povertà in età avanzata, e trascorrono in media una parte maggiore della propria esistenza con una limitazione funzionale di qualche tipo.
Al contempo, esse costituiscono la grande maggioranza dei prestatori di cure, sia formali che informali, e sono nettamente sovra-rappresentate in quanto beneficiarie di cure, anche tenuto conto della loro età media più elevata.
Questi e altri aspetti invitano **all'adozione di una prospettiva di genere** nelle politiche per l'invecchiamento sano in tutte le aree strategiche e gli interventi prioritari.

Strategia e piano d'azione per l'invecchiamento sano in Europa, 2012- 2020

I principi applicativi

- Approcci partecipativi;
- *Empowerment* a livello individuale e di comunità;
- Enfasi sull'equità con particolare riguardo ai gruppi di anziani vulnerabili o svantaggiati;
- La necessità di un'azione intersettoriale;
- Sostenibilità e rapporto costo-beneficio;
- Prospettiva di genere.

Strategia e piano d'azione per l'invecchiamento sano in Europa, 2012- 2020

malattie respiratoire

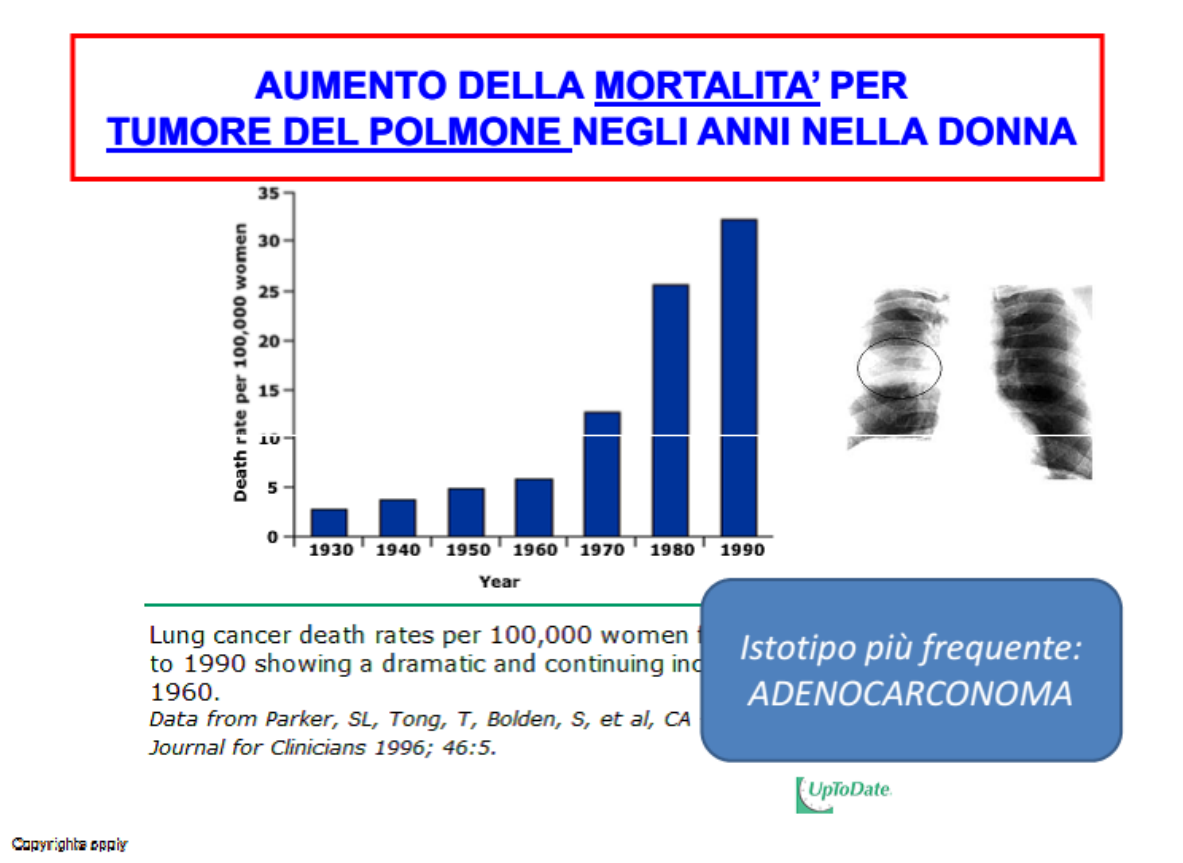
sviluppo prenatale → infanzia → vita adulta

D:
Tendono ad usare sigarette con contenuto di nicotina più basso
Inalano meno profondamente
Probabilità più bassa di smettere di fumare
Vanno incontro a maggior stress per astinenza da nicotina

Danni maggiori causati dal fumo (< enzimi scavenger p.s. glutatione s transferasi)

Neoplasia polmonare

Dal 2015 in Europa la mortalità del cancro al polmone supera la mortalità del cancro alla mammella



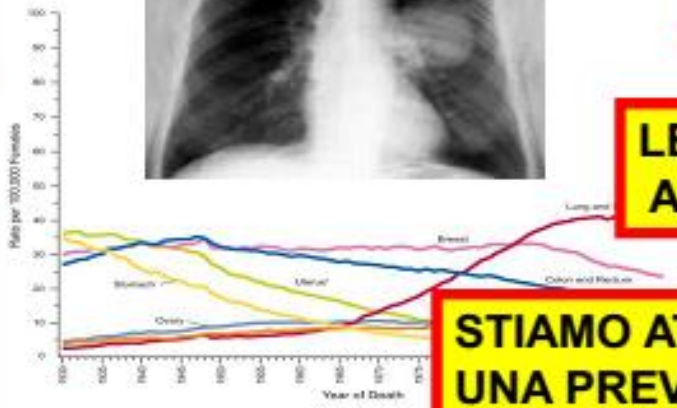
Nel cancro del polmone nella DONNA

Differente metabolismo dei carcinogeni del tabacco

Minore capacità di riparare il DNA

Fumo di sigaretta più nocivo

A LIVELLO CLINICO CI SONO INDICAZIONI/ ATTENZIONI DIVERSE?



LE STIAMO INSEGNANDO AI NOSTRI STUDENTI?

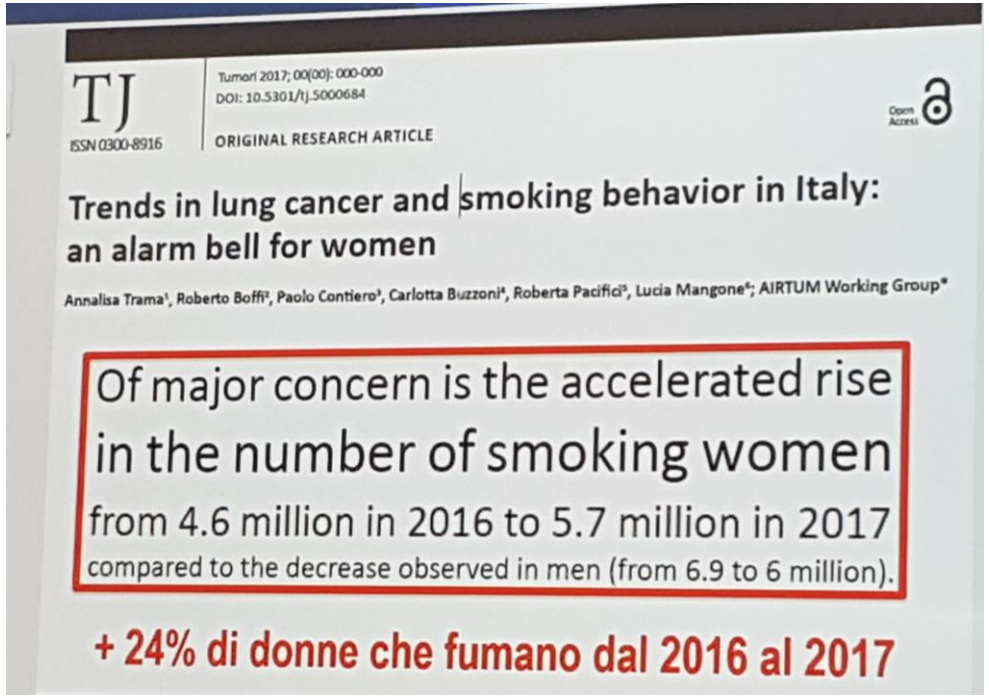
Ruolo degli estrogeni e dei recettori per gli estrogeni

STIAMO ATTUANDO UNA PREVENZIONE ADEGUATA?

Possibile associazione con l'HPV (papilloma virus)?

Aumentata risposta ai k-ras

Maggiore risposta al cisplatino e migliore prognosi



TJ
ISSN 0300-8916
Tumori 2017; 00(00): 000-000
DOI: 10.5301/tj.5000684
ORIGINAL RESEARCH ARTICLE
Open Access

Trends in lung cancer and smoking behavior in Italy: an alarm bell for women

Annalisa Trama[1], Roberto Boffi[2], Paolo Contiero[3], Carlotta Buzzoni[4], Roberta Pacifici[5], Lucia Mangone[6]; AIRTUM Working Group*

Of major concern is the accelerated rise in the number of smoking women from 4.6 million in 2016 to 5.7 million in 2017 compared to the decrease observed in men (from 6.9 to 6 million).

+ 24% di donne che fumano dal 2016 al 2017

Scompenso Cardiaco e Devices impiantabili

Implantable Cardioverter-Defibrillators and Cardiac Resynchronization Therapy in Women

Heart Failure Clin 15 (2019) 109–125

Table 1
Summary of primary prevention implantable cardioverter-defibrillator trials

Study (Year)	Patients Enrolled = n (%)	Inclusion Criteria	Treatment Arms	Outcomes
MADIT-I (1996)	Men: 184 (92%) Women: 16 (8%)	Post–acute MI, NSVT, LVEF ≤35%, NYHA classes I–III	ICD vs conventional therapy	• 54% ↓ in risk of death in ICD group
MUSTT (1999)	Men: 1265 (84%) Women: 233 (16%)	LVEF ≤40% and CAD, NYHA I–III, NSVT, or SVT induced in EPS	OMT ± ICD vs no EP- guided therapy	• 28% ↓ rate of SCA/SCD • 21% ↓ in overall mortality at 5 y (*P* = .06) in EP-guided therapy and ICD vs no EP-guided therapy
MADIT-II (2002)	Men: 1047 (85%) Women: 192 (16%)	LVEF ≤30%, >l mo post-MI	ICD vs conventional therapy	• 12% ↓ in overall death at 1 y, 28% at 2 y, and 28% at 3 y (*P* = .007) • Overall 31% ↓ risk reduction of death in ICD group
DEFINITE (2004)	Men: 326 (71%) Women: 132 (29%)	NICM, LVEF ≤35%, NSVT or >10 PVC on 24-h Holter, symptomatic HF	NICM standard medical therapy ± ICD	• ICD ↓ risk of arrhythmic death (HR 0.20; *P* = .006) • Reduction in risk of death from any cause (HR 0.65; *P* = .08)
SCD-HeFT (2005)	Men: 1941 (77%) Women: 588 (23%)	NYHA classes II–III, LVEF ≤35%	ICD vs amiodarone vs placebo	• 23% ↓ risk of death with ICD and ARR in mortality of 7.2% vs placebo

Table 2
Summary of secondary prevention implantable cardioverter-defibrillator trials

Study (Year)	Patients Enrolled = n (%)	Inclusion Criteria	Treatment Arms	Outcomes
AVID (1999)	Men: 813 (80%) Women: 203 (20%)	Resuscitation from VF, VT with syncope, sustained VT with LVEF ≤40% and hemodynamic compromise, excluded if within 72 h of MI, cardiac surgery, or electrolyte imbalance	ICD vs amiodarone or sotalol	• ↓ death rates of 39%, 27% and 31% at 1 y, 2 y, and 3 y, respectively in ICD group vs medication ther-apy alone (*P*<.02)
CASH (2000)	Men: 230 (80%) Women: 58 (20%)	Resuscitated arrest from VT/VF, excluded if within 72 h of MI, cardiac surgery or electrolyte imbalance	ICD vs amiodarone or metoprolol	• 23% ↓ all-cause mortality in ICD vs medical treatment with amiodarone or metoprolol (*P* = .081)
CIDS (2000)	Men: 560 (85%) Women: 99 (15%)	Documented VF, out of hospital arrest requiring defibrillation, sustained VT causing syncope, VT >150 BPM with presyncope, LVEF ≤35%, syncope with induced monomorphic VT	ICD vs amiodarone	• 20% RRR in all-cause mortality in ICD group (*P* = .081) • 33% ↓ in arrhythmic mortal-ity in group with ICD compared with amiodarone (*P* = .005)

ICDs:

-Numerosi trials clinici randomizzati hanno dimostrato l'efficacia degli ICDs nella prevenzione primaria e secondaria delle morti cardiache improvvise

-La popolazione femminile rappresenta tuttavia solo una percentuale minore nei soggetti arruolati in questi trials

- Le donne sono maggiormente soggette complicanze precoci e tardive conseguanti all'impianto di ICD

L'utilizzo dell'ICD per la prevenzione delle aritmie fatali è attualmente inferiore nelle donne rispetto agli uomini

Scompenso Cardiaco e Devices impiantabili

Implantable Cardioverter-Defibrillators and Cardiac Resynchronization Therapy in Women

Heart Failure Clin 15 (2019) 109–125

Table 4
Summary of cardiac resynchronization therapy trials

Study (Year)	Patients Enrolled = n (%)	Inclusion Criteria	Treatment Arms	Outcomes
MIRACLE-ICD (2003)	Men: 283 (77%) Women: 86 (23%)	NYHA II, LVEF ≤35%, QRS ≥130 ms	CRT-D vs ICD only	• CRT-ICD improved quality of life (P = .02), increased peak oxygen consumption (P = .04), increased treadmill exercise duration (P<.001) and improved functional class (P = .007)
COMPANION (2004)	Men: 1025 (67%) Women: 495 (33%)	NYHA III–IV, LVEF ≤35%, QRS >120 ms	OMT vs OMT + CRT-P vs OMT + CRT-D	• CRT-P and CRT-D ↓ risk of death or hospitalization for HF by 34% and 40% compared with medical therapy alone (P<.002, P<.001) • Death from any cause ↓ 24% in CRT-P (P = .059) and by 36% in CRT-D (P = .003) compared with medical therapy alone • NYHA class, 6-min distance walk test and quality of life improved in both CRT groups vs medical therapy alone (0 < 0.001)
CARE-HF (2005)	Men: 597 (73%) Women: 495 (27%)	NYHA III–IV, LVEF ≤35%, QRS >120 ms	OMT vs OMT + CRT	• Death/unplanned hospitalization for CV event ↓ 16% (P<.001) • 10% ↓ death from any cause in CRT group (P<.01) • 15% ↓ in hospitalizations for worsening HF, increased LVEF, and improved quality of life in CRT group (P<.01)
MADIT-CRT (2009)	Men: 1367 (75%) Women: 453 (25%)	NYHA I–II, LVEF ≤30%, QRS ≥130 ms	CRT-D vs ICD alone	• 41% ↓ in risk of HF events (HR 0.59, 95% CI 0.47–0.74, P<.001) in CRT group
RAFT (2010)	Men: 1490 (83%) Women: 308 (17%)	NYHA II–III, LVEF ≤30%, QRS ≥120 ms	CRT vs ICD alone	• 25% RRR in death from any cause (HR 0.75; 95% CI, 0.62–0.91; P = .003) • 24% RRR in death from CV cause (HR 0.76; 95% CI, 0.6–0.96; P = .02) • 32% RRR in hospitalization for HF (HR 0.68; 95% CI, 0.56–0.83; P<.001)

CRTs

-Anche nei trials clinici che valutano l'efficacia dei CRTs la popolazione femminile è sottorappresentata

- I trials clinici hanno dimostrato una **inferiore mortalità per tutte le cause, un minor tasso di ospedalizzazione e un maggiore tasso di rimodellamento inverso** nelle donne rispetto agli uomini che ricevono CRTs

- le attuali Linee Guida, tuttavia non contemplano indicazioni correlate al genere per l'impianto di CRTs.

Complessità/diversità:

-biologica: invecchiamento, aspetti infiammatori
-comorbilità
-Aspetti sociali/barriere
-Dipendenza

-Polifarmacoterapia

-Standardizzazione/personalizzazione

-Mancanza di dati solidi

Diversità 1)

- Fattori fisici (struttura, superficie corporea, dimensione degli organi, massa grassa, ecc)
- Aspetti ormonali
- Fattori genetici
- Aspetti metabolici
- Aspetti psico-sociali e culturali

Diversità 2)

Variazioni circadiane

Variazioni cicliche

età fertile

gravidanza

menopausa

Figura 1 Effetti del ritmo circadiano del ciclo mestruale.

Da: Modena MG et al : peculiarità di gestione della terapia cardiologica della donna in Cardiologia 2010 p 406

Diversità 3): profilo di rischio

- **Esistono diversità genere-specifiche nei fattori di rischio**

Nella donna:

fattori di rischio genere specifici

Diversità 4) terapia

Perché le donne sono sottotrattate?

Motivazioni "tradizionali":

- le donne sono più vecchie
- Maggiore prevalenza dei fattori di rischio
- Minore capacità funzionale
- comorbidità

Bairey Merz. J Am Coll Cardiol 2006; 47 (suppl A): 21A-29A
Show LJ . J Am Coll Cardiol 2006; 47 (suppl A) : 4A-20A

- **Carenza di dati sulla donna**
- **Aspettativa di vita nelle donne è maggiore**
- **Rapporto costo/beneficio atti medici nelle donne è inferiore**
- **Dispersione di risorse nell'adattamento di evidenze relative alla popolazione maschile alle donne**
- **Risultati inferiori**

MA IL "MODELLO E' MASCHILE!!!!!!

Terapia?

Somministrazioni di dosi fisse, non adattate per peso

- concentrazione plasmatica

- maggiori effetti collaterali

MA IL “MODELLO E’ MASCHILE!!!!!!

- **Profilo di rischio**
- **Tempi di presentazione**
- **Espressione clinica della malattia**
- **Risposta alla terapia**

SONO DIVERSI NELLE DONNE RISPETTO AI MASCHI

Diversità 5) consapevolezza

Lori Mosca. Tracking women' s awareness of heart disease; an American Heart Association National Study Circulation 2004; 109:573-79

Valutazione del trend relativo alla consapevolezza dei fattori di rischio per cardiopatia ischemica vs 2000 e 1997
Survey telefonico
Campione di **1024 donne**.

Consapevolezza dei fattori di rischio

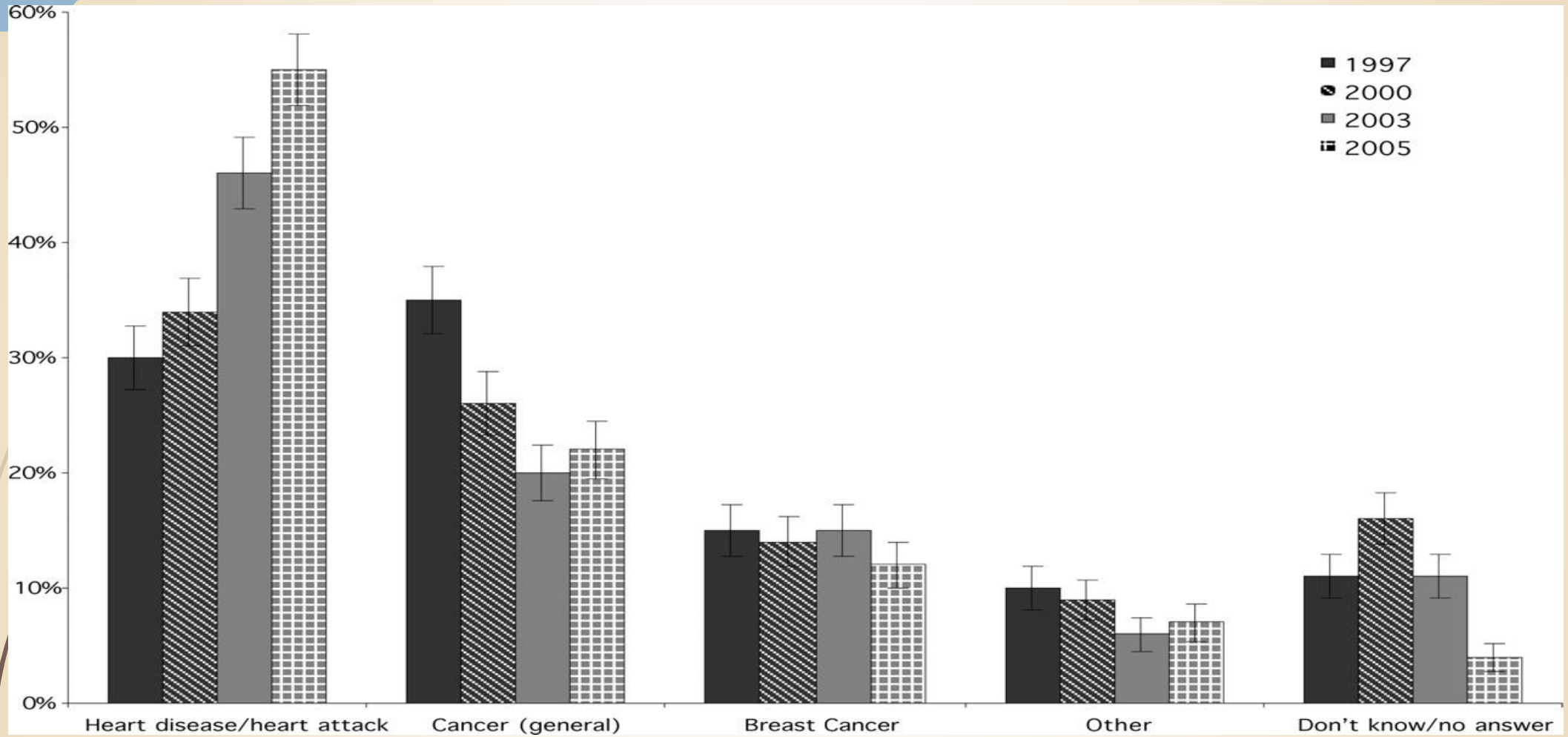
Lori Mosca. National study of woman awareness, prevention action and barriers to cardiovascular health. Circulation 2006; 113: 525.

Campione di **1008 donne**.

Questionario su:

- storia di CAD/fattori di rischio,
- conoscenza dell'importanza della CAD sulla mortalità nella donna
- conoscenza della propria situazione e dei propri fattori di rischio,
- azioni eventualmente intraprese per modificare il rischio,
- ostacoli alla "salute".

Trends in perceived leading cause of death among women



Mosca, L. et al. Circulation 2006;113:525-534

Circulation

Copyright ©2006 American Heart Association

American Heart Association

Learn and Live

Consapevolezza dei fattori di rischio

L. Mosca. National study of woman awareness, prevention action and barriers to cardiovascular health. Circulation 2006; 113: 525.

La consapevolezza è correlata a:

- Livello di scolarità
- Razza
- Inversamente correlata all'età

Consapevolezza dei fattori di rischio

L. Mosca. National study of woman awareness, prevention action and barriers to cardiovascular health. Circulation 2006; 113: 525.

-Consapevolezza del peso della CAD su mortalità femminile RADDOPPIATA rispetto al 1997: **55% vs 30%**

- persiste **importante disparità razziale** (62% delle donne bianche vs 38% delle afroamericane e 34% delle ispaniche)

-La consapevolezza si traduce in un **maggiore impegno** per controllare i fattori di rischio.

- la consapevolezza si traduce inoltre nell'**estendere la prevenzione** anche agli altri membri della famiglia ⇒

⇒ donna "heart-keeper" della famiglia

Consapevolezza dei fattori di rischio

ASPETTI MOTIVAZIONALI:

- migliorare la salute 95%
- sentirsi meglio 92%
- vivere più a lungo 90%
- evitare di prendere farmaci 69%
- farlo per la propria famiglia 67%

(distribuiti in modo diverso in rapporto ad età e razza)

il 56% delle donne risponde che la salute di un altro è più importante della propria !!

Consapevolezza dei fattori di rischio

L. Mosca. National study of woman awareness, prevention action and barriers to cardiovascular health. Circulation 2006; 113: 525.

Ostacoli:

- Mass media
- Credenze religiose
- Fattori economici

Barriere alla prevenzione

- responsabilità familiari/caregiving 51%
- confusione nei media 42%

concordanza nell'affermazione che vi sono difficoltà "ambientali"

FATTORI DI RISCHIO

Possibilità di modificare i fattori di rischio dipende da:

- Fattori culturali, economici, sociali
- Scolarità
- Influenze religiose
- Possibilità di esercitare un controllo sulla propria vita
- Condizioni finanziarie
- autonomia

The Role of Social Support in Health Status and Depressive Symptoms After Acute Myocardial Infarction

Evidence for a Stronger Relationship Among Women

Erica C. Leifheit-Limson, MPhil; Kimberly J. Reid, MS; Stanislav V. Kasl, PhD; Haiqun Lin, MD, PhD; Philip G. Jones, MS; Donna M. Buchanan, PhD; Susmita Parashar, MD; Pamela N. Peterson, MD, MSPH; John A. Spertus, MD, MPH; Judith H. Lichtman, PhD, MPH

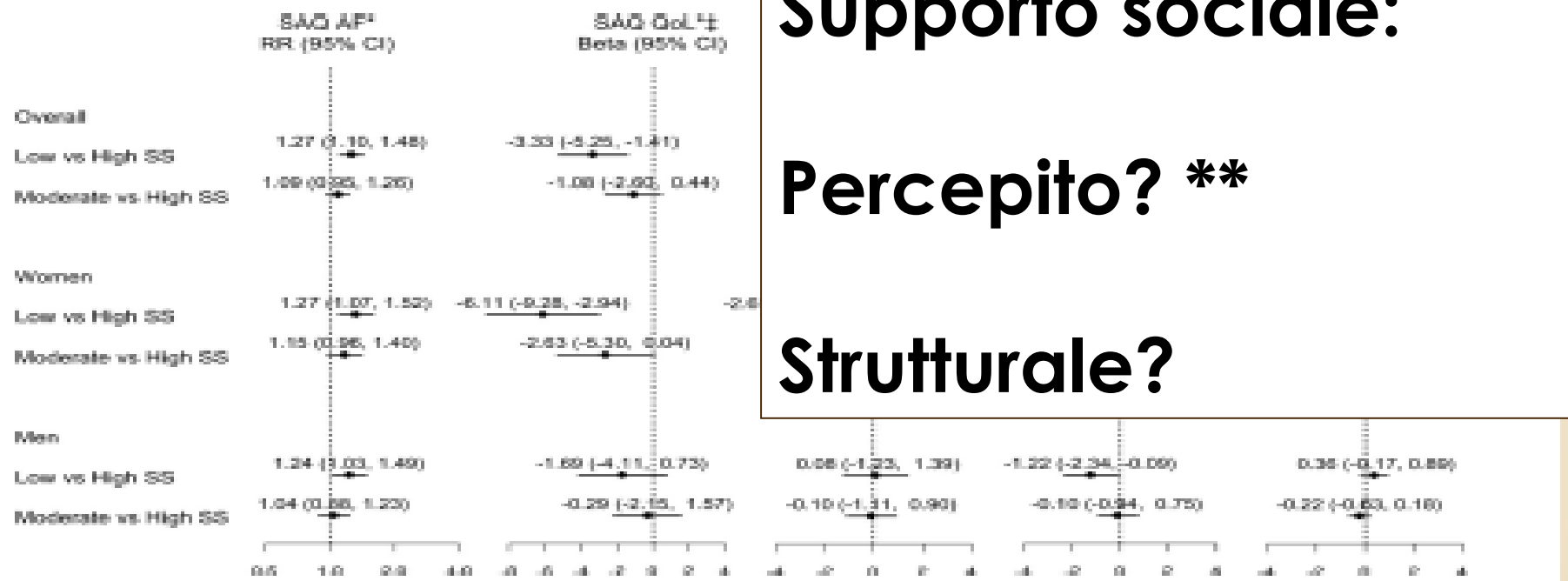


Figure. Risk-adjusted models of SS and outcomes. *Accounts for site and repeated outcome measures over time. Risk-adjusted for baseline health status, baseline depressive symptoms, age, sex, race, marital status, education, primary insurance, smoking status, prior coronary artery disease, hypertension, hypercholesterolemia, prior stroke/transient ischemic attack, congestive heart failure, chronic renal failure, chronic lung disease, left ventricular systolic dysfunction, final myocardial infarction diagnosis, coronary angiography during index hospitalization, and number of quality of care indicators eligible for during index hospitalization and percent of those received. †Adjusted for all of the above, except baseline health status. ‡P<0.02 for SS-by-sex interaction.

Supporto sociale:

Percepito? **

Strutturale?

Conclusions—Lower SS is associated with worse health status and more depressive symptoms over the first year of acute myocardial infarction recovery, particularly for women. (*Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2010;3:143-150.)

Genere

French. Chest 2006.

Popolazione con tosse cronica: valutazione della qualità di vita mediante questionario.

♥Donne > uomini.
♥ nelle donne qualità di vita percepita nettamente inferiore rispetto ai maschi.
♥ nelle donne maggiore accesso alle cure per la tosse rispetto ai maschi.

FATTORI "BIOLOGICI" (soglia più bassa)
FATTORI PSICOLOGICI (interpretazione del sintomo)

Descrizione dei sintomi

Ekman I. Eur J Cardiovasc nurs 2005.

Ruolo del sesso nel descrivere la dispnea.

158 pz questionario con 11 descrizioni di dispnea

-Nei maschi maggiore uniformità nella descrizione

-Maggiore correlazione con la situazione clinica

O'Keefe Can Cardiovasc Nurs 2008:18(3)18-25

Revisione della letteratura

Interpretazione del sintomo "dolore toracico" in soggetti con CAD:

Nelle donne:
- Sintomi più sfumati (fatica, malessere,)
- spesso multipli

- correlazione con
  razza
  livello culturale?

Concetto di qualità della vita:
Diverso rispetto al maschio!!!

Philpott Social Science and Medicine 52(2001) 1565-75

Aspetti soggettivi e psicologici

Linguaggio ed espressione.

Descrizione scritta dei sintomi in 200 pz (96 donne) con angina stabile sottoposta ad angiografia nell' ambito dello studio ACRE.

Differenze di linguaggio usato per descrivere i sintomi:

- Donne maggior descrizione emotiva: "storia"
- Maschi: maggior fattuale
- Donne minore consapevolezza (pensano che CAD > nei maschi)
- Maggior copatologie
- Attribuiscono ad "altro" i sintomi

Atteggiamento del medico

- Le donne sono percepite come categoria a rischio minore
- Ritardo nella diagnosi (sintomi atipici, minore accesso al medico da parte delle donne)
- Minor utilizzo di risorse

Nel follow-up: - Maggiore ospedalizzazione
- Maggiore disabilità

Merz CN Ciculation 2004 109-008-7 Wise
American heart association heart disease and stroke statistics
Nabel Circulation 2004 109:e50-52 Wise
Vaccarino V N Engl J Med 199; 341: 217-25

Philpott Social Science and Medicine 52(2001) 1565-75

Aspetti soggettivi e psicologici

Altri fattori:

- Attenzione al linguaggio non verbale
- Atteggiamento del medico
- Genere del medico

Le donne richiedono maggiori informazioni.

Il colloquio con il medico dura di più.

- Consapevolezza dei fattori di rischio
- Percezione tardiva; minore propensione ad attribuire al cuore l'etiologia dei sintomi
- Differenze razziali
- Differenze geografiche e sociali (ex. mondo rurale)
- Reddito, autonomia
- Diversità nella percezione e descrizione dei sintomi: differenza nel linguaggio
- Ruolo dell'educazione
- Importanza della "connessione" (sociale, familiare, personale ecc)

Interpretazione ed attenzione al sintomo:

migliora con interventi educazionali

consapevolezza

Tutto negativo?

Perry CK Patient Educ Couns 2005

Gruppi di donne, dissimili per razza, età, livello economico.

Unico fattore in comune: aver avuto un problema cardiaco.

Sviluppo di connessioni, scambio di esperienze, feed-back reciproco sulle esperienze, etc.:

⇒**La donna impara attraverso la "connessione"**

La “dimensione” della donna è il racconto

- ***La diversità,oltre che conseguente ad aspetti biologici, è una***

DIVERSITA’ CHE RISIEDE NEL LINGUAGGIO

La medicina di genere non è la medicina delle donne

Le differenze sesso e genere specifiche sono state sinora rilevate soprattutto da studi epidemiologici

Necessario comprendere i meccanismi responsabili di tale differenze

Migliorare i percorsi di diagnosi e cura

↓

Medicina personalizzata