

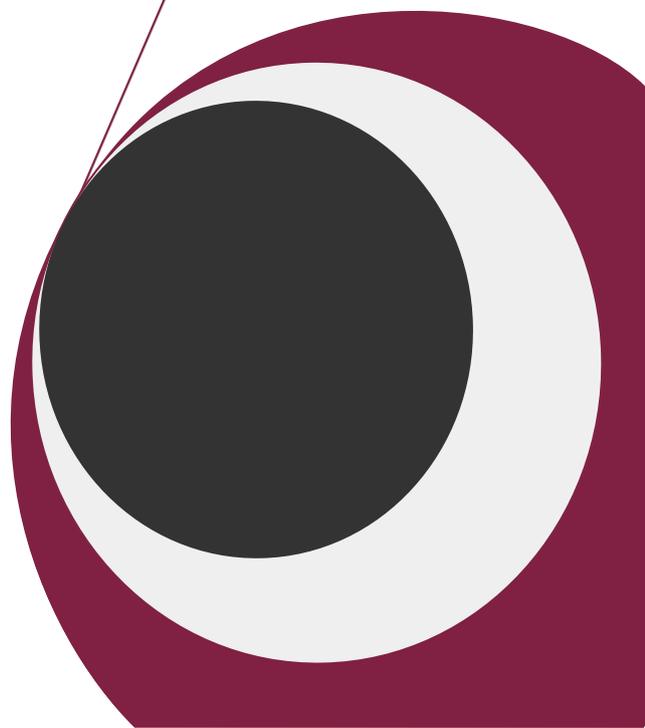
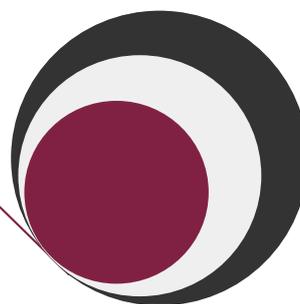


PEGASO

Università Telematica

**“PAZIENTI VERSUS MEDICI. FARE IL
MEDICO AI TEMPI DELLA
AUTODETERMINAZIONE DEI CITTADINI.
DIVULGAZIONE SCIENTIFICA O
COMUNICAZIONE DELLA SCIENZA.
ASPETTI SOCIALI DELLA MEDICINA DI
GENERE”**

PROF.SSA MARINA MENGARELLI



Indice

1	LA PROFESSIONE MEDICA E L'AUTODETERMINAZIONE DEI CITTADINI: ASPETTI SOCIOLGICI	3
1.1.	LA MEDICINA CONTEMPORANEA	3
1.2.	LA RETE	6
1.3.	NUOVI MEDICI PER NUOVI CITTADINI MALATI	9
2	MEDICINA E RUOLO DEL GENERE	12
2.1.	INTRODUZIONE	12
2.2.	LA VARIABILE GENERE	15
2.3.	LA MEDICINA DI PRECISIONE	17



Attenzione! Questo materiale didattico è per uso personale dello studente ed è coperto da copyright. Ne è severamente vietata la riproduzione o il riutilizzo anche parziale, ai sensi e per gli effetti della legge sul diritto d'autore (L. 22.04.1941/n. 633)

1 La professione medica e l'autodeterminazione dei cittadini: aspetti sociologici

1.1. **La medicina contemporanea**

Chiunque intraprenda oggi la professione medica, all'uscita di un percorso formativo impegnativo, faticoso e lungo, dovrebbe essere preparato ad affrontare non solo la malattia ma anche la persona malata, che ormai non è più un paziente, nemmeno sul piano delle definizioni.

Puo' sembrare una affermazione ovvia e persino banale ma evidentemente non è così, come dimostrano i numeri che sul piano legale definiscono lo stato del rapporto tra curanti e curati. Il contenzioso tra queste due parti è diventato così significativo da spingere le Aziende Sanitarie a dotarsi di unità dedicate all'analisi e alla gestione del rischio, sganciandosi dalle compagnie assicurative e sono allo studio da tempo ipotesi di separazione giuridica di questo settore e di ridefinizione del concetto di colpa medica.

Per andare alla ricerca delle ragioni che sono alla radice di questi comportamenti bisogna ragionare su alcuni importanti cambiamenti sociali e culturali due vere e proprie rivoluzioni; d'altra parte è molto spesso così che procede la conoscenza, per salti e discontinuità.

La prima rivoluzione riguarda il sapere medico. La conoscenza medica è ovviamente un dato storico, ovvero è soggetta alle modificazioni che nell'arco della storia umana si sono succedute.

Sono cambiate le conoscenze, quindi gli strumenti, la diagnosi, le tecniche, le terapie e questo

Attenzione! Questo materiale didattico è per uso personale dello studente ed è coperto da copyright. Ne è severamente vietata la riproduzione o il riutilizzo anche parziale, ai sensi e per gli effetti della legge sul diritto d'autore (L. 22.04.1941/n. 633)

processo è sempre in movimento. Nella seconda metà dello scorso secolo la linea di tendenza, già presente nel passato, alla specializzazione delle conoscenze ha subito una accelerazione straordinaria grazie all'informatica.

Il mix tra medicina e informatica ha velocizzato in modo straordinario i processi conoscitivi e ha ulteriormente rafforzato il meccanismo di parcellizzazione del sapere medico.

Dal punto di vista del malato questi cambiamenti producono conseguenze contraddittorie. Se è evidente che una medicina trionfante, che aumenta vertiginosamente le sue capacità, migliora le sue procedure, implementa i suoi protocolli di cura è una ottima notizia, è altrettanto vero ed inevitabile che la professione medica ne esca ulteriormente modificata.

Il malato deve ormai confrontarsi non con un unico professionista ma con una serie di specialisti e di iper specialisti, circostanza che sul piano relazionale e psicologico non gli semplifica la vita.

In aggiunta a questa difficoltà, nei paesi che ancora si possono permettere dei Sistemi Sanitari Nazionali, i grandi sistemi delle cure ovvero le Aziende Sanitarie, devono affrontare complessità organizzative e gestionali in condizioni di ristrettezze economiche, ovvero in una condizione che tende, quasi fisiologicamente, a sottovalutare alcune criticità che riguardano la relazione di cura. Questa relazione è invece e andrebbe ricordato, è una delle più importanti relazioni sociali, sia sul piano del numero di cittadini coinvolti che sul piano della rilevanza del suo contenuto, la salute, tra quelle presenti nelle nostre attuali società. Se si applicano criteri aziendalistici alle relazioni di cura viene considerato ovvio che si tenda a concentrare le proprie forze in ambiti che vengono considerati direttamente produttivi.

Attenzione! Questo materiale didattico è per uso personale dello studente ed è coperto da copyright. Ne è severamente vietata la riproduzione o il riutilizzo anche parziale, ai sensi e per gli effetti della legge sul diritto d'autore (L. 22.04.1941/n. 633)

Le difficoltà tra curanti e curati sono diventate importanti per le Aziende Sanitarie, quando si sono tradotte apertamente o in ostacoli alla realizzazione degli obiettivi aziendali o in un aggravio di costi. Il fatto che possano essere considerate come indicatori di una crisi importante di fiducia non è sembrato sufficientemente rilevante.

Sottovalutare l'impatto della perdita della fiducia nella relazione sanitaria è, invece, un errore significativo, non solo sul piano sociologico, culturale, ma lo è anche sotto il profilo strettamente aziendalistico. La fiducia scorre, è una sorta di componente oleosa, se manca le ruote relazionali non girano più nel modo scorrevole in cui dovrebbero farlo. Se viene a mancare tutto scorre in modo più lento, ogni decisione ogni scelta può essere rimessa in discussione, significa sostanzialmente che il malato si riprende quella parte di fiducia preventiva, che aveva consentito l'affidarsi al medico e rimette tutto in discussione dal principio. Una circostanza che complica notevolmente le decisioni, rallenta ogni percorso, rende tutto molto più faticoso e impegnativo per entrambe le parti.

Se questo è particolarmente vero all'interno dei grandi sistemi di gestione della salute, non è meno vero nella relazione tra il singolo professionista e il malato. Viviamo tutti nello stesso mondo, quello che c'è fuori di noi ci contagia. Fuori c'è un mondo complicato, disordinato, non equo, saperlo ci rende particolarmente sensibili alla ingiustizia anche solo presunta, la fiducia preventiva si trasforma nel suo rovescio, nella diffidenza preventiva e tutto va ricostruito, da un punto di partenza più complicato.

Attenzione! Questo materiale didattico è per uso personale dello studente ed è coperto da copyright. Ne è severamente vietata la riproduzione o il riutilizzo anche parziale, ai sensi e per gli effetti della legge sul diritto d'autore (L. 22.04.1941/n. 633)

Nella relazione di cura si concentrano così istanze rivendicatorie di ogni tipo, più o meno consapevoli, è uno spazio di azione di cui ci si vuole riappropriare, una componente essenziale della nostra qualità di persone e di cittadini.

Se in tutte le altre relazioni sociali importanti della nostra vita la nostra possibilità di intervento è sempre più scarsa, ci sembra che invece qui ci sia uno spazio visibile e possibile per riaffermare la nostra volontà, la nostra identità individuale e sociale.

Quando si esce dalle scuole di Medicina si vorrebbe finalmente partire alla conquista del mondo, di quel pezzo di mondo così faticosamente conquistato, ma il tipo di mondo in cui ci troviamo a vivere ci obbliga ad essere del tutto consapevoli che si tratta di un ambiente già abitato, non di una prateria sconfinata da colonizzare con la forza e l'impeto del sapere medico, della tecnica, delle tecnologie.

Si può provare a farlo ancora così, con i vecchi metodi della medicina paternalista del passato, qualcuno ancora lo fa, ma diventa sempre più faticoso e costoso. Quando un comportamento diventa troppo costoso bisogna dotarsi della lucidità necessaria per correggerlo o abbandonarlo.

1.2. La rete

La seconda rivoluzione culturale è quella a carico della informazione, coinvolge la conoscenza e la comprensione, ci riguarda tutti, come cittadini.

La fine dello scorso secolo verrà ricordata anche per questo, perché è nata la Rete, un nuovo principio ordinatore del mondo. Niente è davvero più come prima, non solo perché sono molto cambiati una serie di comportamenti quotidiani, ma anche perché c'è stata una significativa

Attenzione! Questo materiale didattico è per uso personale dello studente ed è coperto da copyright. Ne è severamente vietata la riproduzione o il riutilizzo anche parziale, ai sensi e per gli effetti della legge sul diritto d'autore (L. 22.04.1941/n. 633)

riorganizzazione delle fonti di conoscenza. Ciascuno ormai può andare da solo a rifornirsi al Supermercato dell'informazione, in rete, tagliando fuori tutte le cinghie di trasmissione, i diffusori, i comunicatori. Al di là delle obiezioni che cominciano ad esserci sulla vera o presunta democrazia della rete, sul rapporto controverso con la verità o la veridicità, resta il fatto che abbiamo guadagnato una anarchia delle fonti di informazione dalla quale sarà difficile tornare indietro.

Che rapporto c'è, allora, tra la rete e la relazione di cura, visto che ognuno può andare da solo a scegliere tutti i contenuti comunicativi che gli interessano senza che sia necessario alcun tipo di mediazione culturale? Perché non è necessario conoscere il linguaggio scientifico o il significato delle parole che vengono usate, siamo in condizioni di avere accesso alla letteratura scientifica più o meno esattamente come chi ci cura, o almeno crediamo sia proprio così.

E' evidente che un rapporto ci sia e si collega alle trasformazioni del ruolo del medico dovute all'espandersi della autonomia del malato, allo sviluppo della autodeterminazione delle persone come elemento portante della cittadinanza.

Che il ruolo del medico sia profondamente mutato appare ormai chiaramente come un dato di fatto, la circostanza che sia apparentemente possibile bypassarlo appare a molti un modo per trovare un nuovo punto di equilibrio, più democratico, tra chi sa e chi non sa.

Cosa implica però di rilevante per il nostro discorso, il fatto di avere eliminato le mediazioni conoscitive ? Implica o almeno dovrebbe farlo che la funzione di mediazione che in tempi passati la teoria delle comunicazioni di massa riconosceva ai diffusori delle informazioni, sia comunque analizzata e sottoposta ad una elaborazione critica per valutare se dalla eliminazione della

Attenzione! Questo materiale didattico è per uso personale dello studente ed è coperto da copyright. Ne è severamente vietata la riproduzione o il riutilizzo anche parziale, ai sensi e per gli effetti della legge sul diritto d'autore (L. 22.04.1941/n. 633)

mediazione derivano difficoltà di qualche genere per i destinatari delle informazioni. Per dirla in altri termini l'anarchia delle fonti di comunicazione è davvero a costo zero per l'autodeterminazione dei cittadini? Anzi non dovrebbe essere un valore aggiunto?

Intanto non è certamente a costo zero per la situazione complicata delle relazioni di cura. E' del tutto evidente che oggi ciascuno prima di andare a parlare con un professionista si doti di tutte le informazioni possibili e disponibili, sia sulla patologia di cui soffre, che sul medico e sulle sue competenze.

E' ormai una sorta di passaggio obbligato, naturale, indispensabile, una nuova dimensione della fisiologia di una relazione importante come quella di cura. Il primo passo è in rete, poi arriva tutto il resto; il professionista deve ormai dare per scontato e del tutto normale che sia così. E' chiaro che questa circostanza aggiunge complessità, apparentemente rende il rapporto più complicato, certamente più faticoso per il medico, si viene esaminati ancora prima di dire una sola parola. Anamnesi, diagnosi, terapia sono ancora molto lontane e si è già messi alla prova. Una evoluzione del rapporto che non è facile da gestire e a molti professionisti può non piacere affatto.

Un aspetto del tutto in ombra resta quello della difficoltà di districarsi nella rete e del senso e del valore del riuscire a farlo, ai fini della concreta realizzazione della autodeterminazione per i cittadini, obiettivo in vista del quale la qualità della relazione di cura che riusciamo a stabilire potrebbe essere decisiva.

In realtà dovrebbe ormai emergere in modo evidente che la scomparsa delle mediazioni linguistiche e culturali se è certamente un fattore positivo per lo sviluppo della capacità dei cittadini di

Attenzione! Questo materiale didattico è per uso personale dello studente ed è coperto da copyright. Ne è severamente vietata la riproduzione o il riutilizzo anche parziale, ai sensi e per gli effetti della legge sul diritto d'autore (L. 22.04.1941/n. 633)

autodeterminarsi - fatto ormai ineliminabile dal contesto - lascia aperte una serie di questioni che sono sotto gli occhi di tutti.

Queste questioni si traducono, per limitare l'analisi al contesto medico e sanitario, in possibili conflitti, in comportamenti irrazionali, come il rifiuto delle politiche vaccinali, o nell'adozione di scelte terapeutiche sprovviste di validazione scientifica adeguata.

Il tutto si trasforma direttamente sia in costi per il sistema sanitario che in difficoltà ulteriori nella relazione di ogni singolo malato con ogni singolo professionista.

1.3. Nuovi medici per nuovi cittadini malati

Cosa è possibile fare in una situazione di questo genere?

I livelli ai quali intervenire sono diversi, esiste un livello macro, di sistema, ovvero istituzionale, del sistema organizzativo e gestionale, sia politico che sanitario, e un livello micro che chiama in causa direttamente i professionisti della medicina.

Al livello macro le istituzioni dovrebbero essere in grado di leggere con una certa velocità i possibili cambiamenti nei comportamenti dei cittadini e comprenderne in anticipo i probabili sviluppi negativi. Casi come Di Bella, Stamina, la sperimentazione su animali da laboratorio, le vaccinazioni, sono esempi di settori nei quali non accorgersi in anticipo dei problemi può diventare davvero molto costoso per il sistema.

Quello che sembra mancare nel nostro paese è l'analisi della importanza sociale della funzione di mediazione linguistica e culturale che abbiamo per lungo tempo chiamato divulgazione scientifica.

Attenzione! Questo materiale didattico è per uso personale dello studente ed è coperto da copyright. Ne è severamente vietata la riproduzione o il riutilizzo anche parziale, ai sensi e per gli effetti della legge sul diritto d'autore (L. 22.04.1941/n. 633)

Anche se siamo in presenza di un contesto profondamente modificato dalla scienza e dalla rete, resta aperta la questione del valore, sia in senso sociale che in senso individuale, del sapere non solo conoscere le cose per noi importanti, ma soprattutto comprenderne le complessità e le ramificazioni nascoste, le possibili implicazioni, le ricadute sulle nostre vite. Il valore di una conoscenza profonda, qualitativa, delle cose per noi importanti.

L'unica cosa che davvero come cittadini ci interessa non è una astratta e teorica conoscenza, ma la capacità e la possibilità di trasformare questa conoscenza in qualcosa di pratico e concreto nella nostra vita. Solo facendo questo ulteriore passo avremo accesso compiutamente alla nostra autodeterminazione, alla nostra cittadinanza, ridisegnata e ampliata dalle nuove conoscenze e possibilità terapeutiche, si chiama non a caso cittadinanza scientifica.

La conoscenza di superficie, poco più di una spolverata, molto spesso raggiunta attraverso una informazione altrettanto superficiale, costruita attraverso meccanismi che fanno leva su tecniche quali il sensazionalismo, molto diffuso e utilizzato in modo ubiquitario nelle sedi non specialistiche, sia nella carta stampata che in rete, non ci serve a molto. Anzi fa anche dei danni.

Se, quindi, conoscere e comprendere sono le chiavi di accesso ai nostri diritti di cittadini chi deve farsene carico?

Ovviamente le istituzioni, le quali dovrebbero comprendere quale sia il valore sociale di una attività di informazione sufficientemente profonda, per quel che loro compete, il che significa, per esempio, mettere in campo campagne stampa adeguate a difesa delle posizioni scientifiche adeguatamente validate. Questo vale sia per le istituzioni amministrative e politiche che per le associazioni di

Attenzione! Questo materiale didattico è per uso personale dello studente ed è coperto da copyright. Ne è severamente vietata la riproduzione o il riutilizzo anche parziale, ai sensi e per gli effetti della legge sul diritto d'autore (L. 22.04.1941/n. 633)

categoria, delle professioni mediche, per le Società scientifiche, anche loro direttamente parte in causa.

Ma non possono certamente chiamarsi fuori anche i professionisti e questo implica che la formazione alle professioni mediche e sanitarie debba essere adeguata a questa nuova situazione.

In sostanza se con la messa in campo della Rete e con la conseguente anarchia delle fonti di informazione il sistema è stato destrutturato, occorre nuovamente trovare una strada, necessariamente diversa da quella del passato per permettere al sistema di funzionare al meglio delle sue possibilità. Se la rete ha reso obsoleta la funzione classica della divulgazione scientifica, vecchio stile, quella svolta dai mediatori professionali, operatori della comunicazione prevalentemente, oggi il tema che abbiamo tutti di fronte è diventato quello della comunicazione della scienza.

Se le cose stanno così, è evidente che anche i professionisti della salute sono direttamente chiamati in causa, perché la loro responsabilità professionale non può più limitarsi a distribuire conoscenza di tipo superficiale ma deve contenere anche il livello qualitativo. La comunicazione come è ben noto non è una azione ma un processo, si svolge tra diversi soggetti, implica, se vuole essere davvero efficace, che il flusso passi da un soggetto ad un altro, che sia in grado di riceverlo e ritrasmetterlo.

Le responsabilità di chi produce conoscenza scientifica devono necessariamente estendersi anche a questo livello e questo è vero sia perché oggi in contesti così diversi, non c'è realmente alternativa, ma anche per fini di semplice autoconservazione professionale.

Attenzione! Questo materiale didattico è per uso personale dello studente ed è coperto da copyright. Ne è severamente vietata la riproduzione o il riutilizzo anche parziale, ai sensi e per gli effetti della legge sul diritto d'autore (L. 22.04.1941/n. 633)

2 Medicina e ruolo del genere

2.1. Introduzione

I concetti di salute e di malattia sono contingenti, nel senso che sono un dato storico, sono soggetti a modificazioni collegate con il contesto storico sociale e culturale nel quale vengono declinati e, ovviamente, nel corso nella storia umana sono profondamente cambiati. L'idea alla quale ci riferiamo oggi, quando pensiamo a cosa significhi davvero essere in salute, stare bene, è molto diversa da quella del passato. La tradizionale definizione che interpretava la salute come semplice assenza di malattia, non è più sostenibile. Il suo minimalismo non ci rappresenta più, si tratta di una definizione troppo semplicistica e del tutto lontana dal genere di mondo nel quale oggi viviamo, un mondo nel quale il cittadino e la sua autodeterminazione sono una presenza fondamentale ed attiva. La nascita della concezione moderna viene fatta risalire alla definizione di salute dell'OMS, nel 1948, in quella sede per la prima volta si comincia a parlare di salute come benessere, una idea del tutto nuova, articolata in un doppio livello, quello psichico e quello fisico. Una visione che introduce persino una prospettiva della salute non statica ma dinamica, attraverso l'uso del concetto di equilibrio tra componenti che interagiscono. Questa definizione, molto innovativa all'epoca, sancisce che le due componenti fondamentali della salute, quella fisica e biologica e quella psichica e psicologica, debbano essere entrambe prese in considerazione quando si parla di salute e di malattia e che tra le due componenti non solo ci debbano essere relazioni ma che queste relazioni debbano essere anche in condizioni di equilibrio.

Attenzione! Questo materiale didattico è per uso personale dello studente ed è coperto da copyright. Ne è severamente vietata la riproduzione o il riutilizzo anche parziale, ai sensi e per gli effetti della legge sul diritto d'autore (L. 22.04.1941/n. 633)

Per quanto questa definizione sia stata criticata e tacciata di una certa propensione alla utopia - in effetti allude a un mondo realisticamente difficile da raggiungere - e per quanto siano stati proposti e adottati numerosi successivi cambiamenti, resta la pietra miliare di un'epoca e di una cultura nuove.

E' attraverso questa porta che il soggetto è entrato in modo definitivo e incontrovertibile nell'idea che abbiamo in mente e alla quale ci dobbiamo tutti riferire quando ci occupiamo di salute e di malattia.

Le successive articolazioni di questi due poli del sistema salute/malattia, ovvero quello biologico e quello psicologico, sono state numerose e ancora oggi continuano ad essere proposte sia per l'analisi teorica che per la presa in carico operativa da parte delle istituzioni sanitarie.

Stili di vita, genere, ambiente, condizioni socio economiche, sono tutti elementi che esercitano sulla salute dell'individuo un'impatto significativo. Si tratta di fattori che oltre ad essere importanti determinanti della salute, esercitano una diretta influenza sui percorsi diagnostici e influenzano, alla fine, i risultati delle terapie. Sono un problema per la gestione e per l'amministrazione della salute pubblica e privata.

Lo stress, la qualità della vita nell'infanzia, l'alimentazione, l'attività sportiva, le condizioni del lavoro, la povertà, l'esclusione sociale, il sostegno sociale, la presenza di relazioni sociali significative, l'integrazione sociale, l'emarginazione, le condizioni ambientali, le dipendenze, la presenza di servizi sanitari, la prevenzione, sembrano essere responsabili, nel complesso, del 70 % dei rischi che incidono sulla longevità. Al dato genetico sarebbe imputabile solo il restante 30%.

Attenzione! Questo materiale didattico è per uso personale dello studente ed è coperto da copyright. Ne è severamente vietata la riproduzione o il riutilizzo anche parziale, ai sensi e per gli effetti della legge sul diritto d'autore (L. 22.04.1941/n. 633)

I determinanti sociali della salute si sono quindi spostati di tavolo e da quello dei ricercatori nel campo delle scienze sociali sono finiti direttamente in quello degli amministratori delle organizzazioni sanitarie e di conseguenza, alla fine, in quello degli operatori.

Per cercare di essere quanto più possibili aderenti ad un mondo complicato, in cui occuparsi di salute è diventato non solo estremamente costoso ma anche decisamente complesso, il sapere medico, il sistema delle cure, sono andati alla ricerca di continui perfezionamenti, di aggiustamenti di tiro. Dalla medicina osservazionale, basata sulla esperienza clinica del singolo medico, si è passati prima alla medicina evidence based, fondata su statistica ed epidemiologia, poi alla medicina su misura, personalizzata, alla medicina di precisione, alla ricerca della formula giusta per ottimizzare risorse scarse in presenza di complessità di obiettivi. L'idea vincente oggi, sembra concentrarsi sulla messa in campo di attività di prevenzione più stringenti e mirate su fasce di soggetti specifici e meglio individuati, su modelli diagnostici sempre più efficienti e su terapie più efficaci perché più personalizzate, adattate a misura sui singoli soggetti, considerati nella loro complessità, fatta di genetica e di variabili ambientali psicologiche e sociali, oltre che ovviamente sulla riduzione degli sprechi e delle inefficienze.

In un quadro di questo genere, orientato dalla medicina evidence based, che aspira alla medicina personalizzata e di precisione, nella ricerca di tutte le strade per aderire sempre meglio al proprio contesto ambientale, sociale e culturale, la variabile costituita dalla appartenenza di genere comincia ad essere conosciuta e valorizzata per l'apporto conoscitivo ulteriore che è in grado di assicurare,

Attenzione! Questo materiale didattico è per uso personale dello studente ed è coperto da copyright. Ne è severamente vietata la riproduzione o il riutilizzo anche parziale, ai sensi e per gli effetti della legge sul diritto d'autore (L. 22.04.1941/n. 633)

nella ricerca sempre in progress della equità e della appropriatezza, nella prevenzione, nella diagnosi, nella cura.

2.2. La variabile genere

Si comincia a parlare di medicina di genere e di salute di genere alla fine degli anni 80 negli Stati Uniti. Si tratta di una branca delle scienze biomediche che si occupa di riconoscere e analizzare le differenze di genere da molti punti di vista; dal punto di vista anatomico e fisiologico, dal punto di vista biologico, funzionale, psicologico, sociale e culturale e dal punto di vista delle risposte farmacologiche. L'idea di partenza è che per mettere in atto una medicina migliore, intesa nel senso della appropriatezza delle prestazioni, della efficienza dei protocolli diagnostici e della efficacia delle terapie, non si possa prescindere dal considerare e analizzare tutte le componenti della salute, inclusi i suoi determinanti sociali. L'analisi più ravvicinata consente di prendere meglio la mira e così utilizzare l'approccio di genere per parlare di salute diventa un passaggio teorico e pratico importante per superare i limiti di una visione neutra del malato. Al centro dei percorsi sanitari ci deve essere il malato con le sue differenze, non tenerne conto rappresenta sempre più chiaramente un errore.

La medicina di genere parte, in sostanza, da un assunto, le differenze sono una chiave in più per la conoscenza del malato e le ricerche dimostrano che si tratta di una chiave essenziale, per poter indirizzare le cure nel modo migliore e più appropriato.

Attenzione! Questo materiale didattico è per uso personale dello studente ed è coperto da copyright. Ne è severamente vietata la riproduzione o il riutilizzo anche parziale, ai sensi e per gli effetti della legge sul diritto d'autore (L. 22.04.1941/n. 633)

L'appartenza di genere non è sinonimo della appartenenza di sesso ma significa altro, coinvolge la costruzione sociale dei ruoli, delle funzioni, dei compiti e delle aspettative collegate con l'appartenere ad un sesso o ad un altro.

La ricerca in questo campo si focalizza sullo studio dell'impatto di genere e di tutte le variabili che lo caratterizzano, biologiche, ambientali, culturali e socio economiche, sulla fisiologia, sulla fisiopatologia e sulle caratteristiche cliniche delle malattie. Il campo sul quale maggiormente si concentrano le ricerche è quello della sperimentazione farmacologica e della ricerca scientifica.

La medicina di genere ha, quindi, l'obiettivo di comprendere i meccanismi attraverso i quali le differenze legate al genere agiscono sullo stato di salute e sull'insorgenza e il decorso di molte malattie, sugli esiti delle terapie. Le donne e gli uomini, pur essendo soggetti alle medesime patologie, presentano sintomi, andamenti di malattie e risposte ai trattamenti molto diversi tra loro.

Questa nuova dimensione della medicina è apparsa importante in tutte le aree mediche e non è solo medicina delle donne. Un adulto non è equivalente a un bambino, un anziano a un giovane, una donna a un uomo, la personalizzazione delle terapie deve tenerne conto a cominciare dalla sperimentazione sui farmaci.

La medicina contemporanea, in sostanza, non può permettersi di curare più allo stesso modo donne e uomini, con farmaci testati su uomini, è sempre più evidente, le ricerche cominciano a confermarlo, che tra donne e uomini di fronte alle malattie ci sono forti differenze. Attraverso la medicina di genere si comprende come le differenze tra donne e uomini influiscono sulla cura, si fa un passo ulteriore verso equità e appropriatezza e visto che il genere va parte della identità della

Attenzione! Questo materiale didattico è per uso personale dello studente ed è coperto da copyright. Ne è severamente vietata la riproduzione o il riutilizzo anche parziale, ai sensi e per gli effetti della legge sul diritto d'autore (L. 22.04.1941/n. 633)

persona, ci si avvicina così maggiormente alla medicina concreta, alla singola vita, obiettivo di quella medicina del malato e non della malattia alla quale aspiriamo e che i malati chiedono. Una visione della cura che è l'orizzonte del mondo in cui viviamo, per la quale, quindi, ogni strumento che permette approfondimenti conoscitivi deve essere accolta come una risorsa aggiuntiva e non deve essere sprecata.

In sintesi se donne e uomini non possono essere curati allo stesso modo, perché le differenze tra i loro organismi sono numerose e significative, significa che la malattia deve essere studiata in relazione al genere della persona coinvolta e che la cura di conseguenza dovrà essere gestita in modo differente.

2.3. La medicina di precisione

Non è da molto tempo che la letteratura medica internazionale si occupa del tema della medicina di genere, ma l'argomento è in crescita. La OMS ritiene che i fattori di rischio nell'ambito della salute siano inevitabilmente diversi e che ciò dipenda soprattutto dalla diversità dei ruoli in campo sociale. Per questa ragione ha promosso il "Gender and Health Program" con lo scopo di identificare le disuguaglianze e di elaborare risposte attive utili per promuovere l'equità sanitaria nell'ambito delle politiche, dell'organizzazione dei servizi e nell'accesso alle cure. Nel 2000 ha inserito l'approccio di genere per la salute nel suo "Equity Act" e più recentemente in "Gender, Equity and Human Rights roadmap".

Attenzione! Questo materiale didattico è per uso personale dello studente ed è coperto da copyright. Ne è severamente vietata la riproduzione o il riutilizzo anche parziale, ai sensi e per gli effetti della legge sul diritto d'autore (L. 22.04.1941/n. 633)

Il Comité Directeur pour l'égalité de genre del Consiglio d'Europa, nel 1998 ha approvato il rapporto "Gender Mainstreaming: Conceptual Framework Methodology and Presentation of Good Practice", un documento che intendeva offrirsi come base concettuale per l'azione futura raccomandata agli Stati facenti parte del Consiglio d'Europa e che sottolineava la necessità di tenere in considerazione la differenza sessuale nel contesto dei diversi ruoli sociali. Cominciano ad essere diffuse Riviste Scientifiche di Gender Medicine, che pubblicano ricerche che mettono in evidenza le differenze nella fisiologia, nella fisiopatologia o nella risposta ai farmaci, come The Italian Journal of Gender –Specific Medicine e sono stati istituiti centri di ricerca come il Centro Studi Nazionale su Salute e Medicina di Genere, attivo a Padova fin dal 2009. Anche i congressi sono in aumento. In Italia nel 2005 il Ministero della salute ha istituito un tavolo di lavoro su "Salute delle donne e farmaci per le donne" Nel 2007 è stata istituito un gruppo di lavoro "approccio di genere alla salute" presso il ministero della salute. Nel 2008 il Comitato Nazionale per la Bioetica, Cnb, ha trattato il tema in un documento specifico "La sperimentazione farmacologica sulle donne." Ancora nel 2008 l'Aifa ha introdotto il tema dell'equità tra uomo e donna tra i criteri utilizzati dalla Commissione di valutazione degli accordi di programma per l'assegnazione di finanziamenti alle industrie che investono in Italia, nell'ambito della ricerca farmacologica. Infine il Ministero della salute sta continuando ad occuparsene, come risulta dal suo portale e dai Quaderni Ministeriali della Salute, anche nel 2016.

Quindi con la consueta lentezza e molti distinguo sta crescendo la consapevolezza che i dati, stratificati tenendo conto del genere di appartenenza, possano dare le migliori indicazioni sulla

Attenzione! Questo materiale didattico è per uso personale dello studente ed è coperto da copyright. Ne è severamente vietata la riproduzione o il riutilizzo anche parziale, ai sensi e per gli effetti della legge sul diritto d'autore (L. 22.04.1941/n. 633)

terapia più opportuna e al contempo fornire informazioni utili per migliorare le conoscenze scientifiche relative alle malattie che colpiscono sia le donne che gli uomini. Una corretta partecipazione delle donne alle sperimentazioni cliniche consentirebbe di capire se la scelta delle cure debba tener conto delle differenze sessuali e in che misura.

Nell'ambito delle diverse patologie le differenze di genere emerse sinora sono numerose ma la sensazione è che siano misconosciute e prevalentemente sottovalutate. La letteratura continua a crescere ma non è chiaro in quanti la leggano.

Leggere su *Maturitas*, rivista che si occupa di menopausa, che una storia di preeclampsia raddoppia il rischio statistico di coronaropatia e di infarto, senza che si abbia” la più pallida idea in merito al contributo potenziale di altri fattori specifici per il genere femminile che possa ulteriormente aumentare questo rischio”, segnala come minimo che il tema non è stato esplorato a sufficienza, cosa che evidentemente dovrebbe essere fatta.

Come, ad esempio sul tema della maggiore longevità femminile che sembra un dato positivo ma mancano approfondimenti sulla qualità che si accompagna a questa maggiore attesa di vita. O come sul tema delle malattie cardiovascolari, probabilmente in ragione delle modifiche degli stili di vita appare che la mortalità da infarto è decisamente maggiore nelle donne e il fatto che la sintomatologia che si accompagna ad un infarto sia diversa nelle donne, rispetto a quella che si riscontra negli uomini, potrebbe far pensare ad una sottovalutazione, un ricovero tardivo con le conseguenze del caso.

Attenzione! Questo materiale didattico è per uso personale dello studente ed è coperto da copyright. Ne è severamente vietata la riproduzione o il riutilizzo anche parziale, ai sensi e per gli effetti della legge sul diritto d'autore (L. 22.04.1941/n. 633)

Notevoli differenze si registrano anche rispetto alle prognosi nel diabete e nella sindrome metabolica.

Quanto ai dati su ipercolesterolemie e arteriosclerosi va ricordato il ruolo degli ormoni nella vita fertile della donna.

Casi simili possono essere trovati nel rischio di insorgenza di asma, nel Parkinson, nelle malattie dell' apparato digerente, del fegato, in neuropsichiatria e nella reazione al dolore

Quanto a stili di vita e dipendenze il caso del fumo mostra, anche in questo caso, una modifica dei comportamenti delle donne, che si allineano a quelli maschili e sembra che ci sia una sottovalutazione dei sintomi, che porta le donne a ritardi nella tempestività della diagnosi, un dato difficile da capire.

In sostanza differenze di genere esistono ma al momento non si traducono in un diverso approccio terapeutico per i malati dei due sessi.

Ma è dagli studi dei farmacologi che stanno arrivando le più recenti informazioni sulle differenze di genere in campo terapeutico, che potrebbero indirizzare gli sperimentatori verso differenti criteri di selezione e di analisi nel settore della sperimentazione sull'uomo.

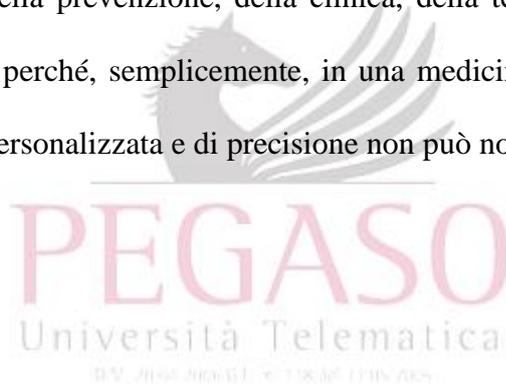
In sostanza, come rilevava il Cnb alla fine del suo documento, la questione in fondo è semplice “la donna non può essere assimilata all'uomo, come una mera variabile, ma ha una specificità che la sperimentazione è chiamata a tenere in considerazione per promuovere una medicina che riconosca adeguatamente le pari opportunità uomo/donna... il Cnb propone di sensibilizzare le autorità sanitarie e le aziende farmaceutiche a sostenere la sperimentazione distinta per sesso, incentivando

Attenzione! Questo materiale didattico è per uso personale dello studente ed è coperto da copyright. Ne è severamente vietata la riproduzione o il riutilizzo anche parziale, ai sensi e per gli effetti della legge sul diritto d'autore (L. 22.04.1941/n. 633)

progetti di ricerca sull'argomento; promuovere la partecipazione ai trials clinici delle donne; garantire una maggiore presenza delle donne come sperimentatori e come componenti dei Comitati Etici; sollecitare una formazione sanitaria attenta alla dimensione femminile nell'ambito della sperimentazione farmacologica, oltre che della ricerca e della cura; incrementare una cooperazione internazionale, oltre che nazionale e locale, con attenzione alla condizione femminile nell'ambito della sperimentazione clinica.”

La formazione e l'aggiornamento dei professionisti in questo campo, avrebbero già dovuto diventare obbligatorie, nelle scuole di Medicina e nelle Specializzazioni; al momento, per quanto a mia conoscenza, sull'argomento sono state depositate tre proposte di legge.

In sintesi, la medicina di genere non è una ulteriore specialità, ma una dimensione innovativa ed essenziale del sapere medico, della prevenzione, della clinica, della terapia, attività che devono essere tutte collegate al genere, perché, semplicemente, in una medicina che aspiri ad essere non solo evidence based, ma anche personalizzata e di precisione non può non essere così.



Attenzione! Questo materiale didattico è per uso personale dello studente ed è coperto da copyright. Ne è severamente vietata la riproduzione o il riutilizzo anche parziale, ai sensi e per gli effetti della legge sul diritto d'autore (L. 22.04.1941/n. 633)