

8 marzo 2022 Polo del '900: Salute è Autodeterminazione

Diritti sessuali e riproduttivi delle donne a Torino

"Donne e diritto alla salute: la medicina genere-orientata"

Intervento Gabriella Tanturri

Quando parlo in altri contesti di medicina genere orientata, gli equivoci sono frequenti: c'è chi la interpreta come la medicina dedicata alle malattie e alle specifiche dell'apparato sessuale e riproduttivo femminile, chi ritiene sia la medicina dei transgender, che segue le trasformazioni fisiche e psicologiche da un sesso all'altro.

No, la medicina genere orientata studia le differenze tra maschi e femmine in tutti gli organi e in tutte le malattie: cuore e circolazione, come infarto e ictus, polmoni, cervello, cute...E come le cause della medesima malattia, i sintomi, le risposte alle cure, la prognosi possano essere diversi in maschi e femmine. E' la medicina dell'appropriatezza, per garantire a donne e uomini le cure migliori tenendo conto delle differenze biologiche, socio-economiche e culturali. E, se è vero che nella maggior parte delle malattie l'organismo femminile è stato poco considerato, vi sono patologie in cui sono gli uomini ad essere penalizzati ed in modo importante, come l'osteoporosi o la depressione.

Si parla di differenze di genere e non di sesso: il genere ha effetti sui comportamenti di salute, sull'accesso alle cure e sulle risposte del Sistema Sanitario. Maschi e femmine non hanno, nella società, ruoli uguali. Sulla donna, molto più che sull'uomo, cade la responsabilità di cura di figli o parenti anziani, questa asimmetria è così pronunciata da costituire la Missione 6 del PNRR. Inoltre il progresso verso la parità rallenta, ci sono segnali di arretramento. Il report 2020 "Affrontare le norme sociali un punto di svolta per le disuguaglianze di genere" realizzato dal Programma per lo sviluppo dell'Onu (Undp) che ha riguardato i 75 Paesi che accolgono l'80 per cento della popolazione globale lo conferma.

E' fondamentale disporre di una informazione corretta basata su raccolte dati e analisi inclusive delle differenze tra i generi: questo avviene tuttora in una percentuale troppo bassa di casi. Un solo esempio: su 45 studi randomizzati controllati COVID-19 i cui risultati sono stati pubblicati entro dicembre 2020, solo otto, meno del 18%, hanno riportato l'impatto del sesso o del genere. E questo in una emergenza sanitaria mondiale con grandissime differenze d'impatto sociale, più negative per le donne, e sanitario, negative per entrambi ma di più per i maschi.

I pregiudizi e stereotipi di genere non smettono di condizionare l'accesso alle cure e la loro qualità. Ho scelto come esempio di come il diritto alla salute possa essere asimmetrico, tra maschi e femmine, le malattie cardiovascolari.

Le malattie cardiovascolari rappresentano fino al 2019 la principale causa di morte nel nostro Paese. Nei maschi tumori e malattie cardio-circolatorie causano approssimativamente lo stesso numero di decessi (34%) mentre nel sesso femminile il peso delle malattie cardio-circolatorie è più rilevante rispetto ai tumori (40% vs 25%). In particolare, secondo i dati Istat, la cardiopatia ischemica (in primis l'infarto) è responsabile del 10,4% di tutte le morti.

Le malattie cardiovascolari si presentano nelle donne con un ritardo di circa 7 anni rispetto agli uomini. Fino alla menopausa le donne godono della protezione ormonale fornita dagli estrogeni; poi però sono colpite più degli uomini da eventi cardiovascolari. Eppure ancora oggi è opinione diffusa che le malattie cardiovascolari riguardino soprattutto gli uomini e la grande maggioranza delle donne ha una bassa percezione di quanto siano pericolose, e altrettanto bassa ce l'hanno i medici. Una indagine che mediche e psicologhe sociali (AIDM, SIMG e Dipartimento di Psicologia dell'Università) sul 25% dei medici di famiglia torinesi nel 2017 (fondamentale nella medicina di genere la sinergia tra competenze scientifiche diverse), ha evidenziato come la maggioranza di essi ritenesse il cancro della mammella la prima causa di morte nelle donne. Eppure i dati ISTAT dicono che il 9,6% delle donne è morta per infarto nel 2017, il 3% per tumore alla mammella, certo il tumore più frequente nelle donne ma grazie alle campagne di prevenzione anche guaribile in alta percentuale (87% di sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi). I medici inoltre non ritenevano ci fossero differenze tra i sintomi dell'infarto maschile e femminile.

In generale, e questa osservazione conferma gli stereotipi di genere, i problemi sanitari delle donne sono riferiti spesso al contesto sociale o alla condizione psicologica, i problemi sanitari dei pazienti maschi sono "letti" più facilmente, e investigati, come malattie dell'organismo.

Le differenze tra maschi e femmine nella cardiopatia ischemica ci sono e sono numerose.

Le cause: vi sono cause comuni a entrambi i generi, come ipertensione, iperlipidemia, fumo, diabete... Ma ci sono cause che interessano le donne e non gli uomini. In Toscana la gravidanza è stata definita "la finestra sulla salute futura della donna": la preeclampsia (gestosi) raddoppia il rischio di malattia cardiovascolare e tromboembolismo venoso, e quadruplica il rischio di insorgenza di ipertensione arteriosa nei 10 anni successivi alla gravidanza. Il diabete gestazionale aumenta il rischio di sviluppare DM tipo 2 a distanza di anni e aumenta in modo indipendente il rischio di malattie cardiovascolari. Altri fattori di rischio che agiscono prevalentemente sulle donne: le malattie autoimmuni provocano uno stato di infiammazione cronica e non è raro che siano associate a complicanze cardiovascolari con alta prevalenza di eventi coronarici (soprattutto età giovanile). Le terapie antitumorali per tumore della mammella: le conseguenze cardiache della radioterapia, danni alle coronarie, al pericardio e alle valvole (fibrosi post attinica), possono comparire tardivamente. Una miocardiopatia da radiazioni è più frequente in pazienti trattate con chemioterapici potenzialmente cardiotossici, come le antracicline. Mentre i danni da chemio e radioterapia sono conosciuti e in genere considerati nei follow up, le complicazioni cardiache post gravidanza insorgono ad anni di distanza e la causa spesso sfugge alla memoria e sfugge all'anamnesi. Non viene chiesto quasi mai alle donne che lamentano sintomi così detti "atipici" se avevano avuto complicanze in gravidanza. Gli esiti di questa non considerazione del ruolo della specifica femminile "gravidanza" nella genesi di una patologia cardiaca possono essere tanto più gravi quanto più precocemente si manifesta la patologia.

I sintomi: sono diverse le caratteristiche del dolore, quando c'è, ma a volte nella donna c'è solo profonda stanchezza, male allo stomaco, nausea,

Le manifestazioni cliniche: nella donna la classica ostruzione coronarica può mancare, sostituita da uno stato diffuso di sofferenza coronarica...

Queste possibili differenze, quando non conosciute, portano a *interventi medici e output* meno favorevoli: maggior ritardo nella diagnosi, di conseguenza nelle cure. Le angioplastiche tempestive possono fare la differenza non solo tra la vita e la morte ma anche nella qualità della vita residua. Spesso la diagnosi d'infarto negli uomini è sospettata in base ai sintomi e questo permette di attivare tempestivamente i presidi terapeutici idonei.

Tutti gli organi e apparati presentano differenze nei due sessi, per non parlare del metabolismo dei farmaci, profondamente diverso in maschi e femmine anche se gli studi sono fatti soprattutto su maschi.

La Medicina di genere nasce solo nel 1991, ma tuttora l'impostazione androcentrica della medicina occidentale "informa" testi e percorsi di studio degli studenti in medicina e scienze cliniche.

Con questi presupposti non ci possiamo stupire se le malattie e l'azione dei farmaci vengono studiati sul genere maschile, e le caratteristiche femminili sono poco considerate. Manca, da parte della medicina e dei testi su cui studiamo, conoscenza, riconoscimento e rispetto delle peculiarità femminili.

Queste impostazioni possono essere modificate?

La risposta è positiva. Si può cominciare da subito, con semplici e poco onerosi provvedimenti concreti.

Ma, per mancanza di tempo, questo sarà oggetto di successivi approfondimenti. Grazie a tutte e tutti, in particolare all'Assessore Rosatelli e allo staff delle organizzatrici.

Gabriella Tanturri

Associazione Italiana Donne Medico Torino Metropolitana

Master II livello in Salute e Medicina di Genere – UNIFI

Specialista Otorinolaringoiatria, Medicina del Lavoro, Oncologia Medica