

La mozione unitaria sulla “medicina di genere”, approvata dalla Camera il 27 marzo 2012

La Camera,
premessi che:

nel nostro Paese le donne vivono più a lungo degli uomini (nel 2006 la loro speranza di vita alla nascita era di 84 anni, contro i 78,3 anni degli uomini), ma spesso vivono peggio; si recano dal medico molto più degli uomini (il 58 per cento delle visite ambulatoriali è per una donna) e lo fanno, nella maggior parte dei casi, per affrontare patologie non tipicamente femminili;

secondo i dati del Ministero della salute, il 6 per cento delle donne soffre di disabilità (vista, udito, movimento) contro il 3 per cento degli uomini; il 9 per cento soffre di osteoporosi contro l'1 per cento degli uomini; il 7,4 per cento di depressione contro il 3 per cento degli uomini. Ci sono poi malattie autoimmuni che colpiscono prevalentemente il sesso femminile, come, ad esempio, l'artrite reumatoide e questo dimostra che ci sono differenze tra il sistema immunitario maschile e quello femminile. Le malattie per le quali le donne presentano una maggiore prevalenza rispetto agli uomini sono: osteoporosi (+ 736 per cento), malattie tiroidee (+ 500 per cento), depressione e ansietà (+ 138 per cento), cefalea ed emicrania (+ 123 per cento), Alzheimer (+ 100 per cento), cataratta (+ 80 per cento), artrosi e artrite (+ 49 per cento), calcolosi (+ 31 per cento), l'ipertensione arteriosa (+ 30 per cento), il diabete (+ 9 per cento), le allergie (+ 8 per cento) e alcune malattie cardiache (+ 5 per cento);

secondo l'ultima indagine Istat su «Condizione di salute e ricorso a servizi sanitari», un'indagine che viene svolta con cadenza quinquennale, le donne di età media hanno, rispetto agli uomini, una percezione negativa del proprio stato di salute. In effetti, esse sono affette con maggiore frequenza degli uomini da quasi tutte le patologie croniche e, in particolare modo, come si è visto, da patologie osteo-articolari, malattie neurodegenerative, diabete, disturbi della funzione tiroidea, ipertensione arteriosa, vene varicose, osteoporosi e cefalea;

la scoperta che uomini e donne differiscono tra loro, non solo per quanto riguarda l'apparato riproduttivo, sembra essere piuttosto recente in campo medico. Infatti, fino a «ieri» ciò che valeva per l'uomo si riteneva valido anche per la donna. Con i progressi della ricerca scientifica sono emerse, però, delle differenze sostanziali tra i generi e più gli studi vanno avanti, maggiori difformità tra uomini e donne emergono. Partendo dal dna, molecola base della vita, che è espresso in modo diverso a seconda del sesso e passando per lo studio di molte malattie - in particolare approfondendo il dolore e le sue terapie - si è, quindi, individuata una branca della medicina ancora poco conosciuta nel nostro Paese: «la medicina di genere»;

nel mese di ottobre 2010, a Padova, si è svolto il secondo congresso nazionale sulla medicina di genere, organizzato dal Centro studi nazionale su salute e medicina di genere e dalla Fondazione Giovanni Lorenzini;

donne e uomini presentano, nell'arco della loro esistenza, patologie differenti o differenti sintomi di una stessa patologia e, quindi, si ritiene necessario un approfondimento scientifico della medicina dedicata alla donna;

la «medicina di genere» rappresenta il tentativo di approfondire la diversità tra i sessi applicandola alla medicina, così da garantire ad entrambi il miglior trattamento possibile. Questo concetto si evidenzia, infatti, a livello anatomico, ma anche e soprattutto a livello biologico, funzionale, psicologico, sociale, ambientale e culturale;

sebbene numerose e consolidate siano le evidenze scientifiche e nonostante diversi siano gli specialisti che si dedicano al tema, l'approccio di genere non rientra ancora nelle scelte di programmazione per gli interventi a tutela della salute nel nostro Paese e nemmeno nei libri di testo o nei programmi universitari. Ancora esistono stereotipi e pregiudizi di genere, nella ricerca biomedica e nella medicina: dallo studio delle cause ai fattori di rischio per la salute, dai sintomi alla diagnosi;

il problema di individuare un approccio alla medicina basato sul genere nasce dal fatto che tutti gli studi sperimentali sui farmaci sono sempre stati condotti considerando come fruitori i maschi, perché sono fisiologicamente più stabili e per la difficoltà scientifica a portare avanti una sperimentazione nel sesso femminile. Di conseguenza, le cure mediche rivolte alle donne sono compromesse da un difetto alla base: i metodi utilizzati nelle sperimentazioni cliniche e nelle ricerche farmacologiche e la successiva analisi dei dati risentono di una prospettiva maschile, che sottovaluta le peculiarità femminili e, in particolare, il ruolo degli ormoni;

la medicina di genere permette, dunque, di evidenziare anche nel campo della ricerca farmacologica, le diverse risposte all'assunzione dei farmaci tra gli individui di sesso maschile e quelli di sesso femminile, che, per esempio, sembrano essere più inclini a reazioni avverse. Sarebbe, pertanto, auspicabile uno studio mirato di questo tipo in tempi brevi, considerando che il consumo dei farmaci da parte delle donne è percentualmente più elevato rispetto a quello degli uomini. La conoscenza delle differenze di genere favorisce, infatti, una maggiore appropriatezza della terapia ed una maggiore tutela della salute per entrambi i generi;

la prima sperimentazione farmacologica riservata alle donne risale solamente al 2002 quando, presso la *Columbia University* di New York fu istituito il primo corso di medicina di genere, «*a new approach to health care based on insights into biological differences between women and men*», per lo studio di tutte quelle patologie che riguardano entrambi i sessi. Anche l'Organizzazione mondiale della sanità ha inserito la medicina di genere nell'*equity act* a riprova che il principio di equità implica che la cura sia appropriata e sia la più consona al singolo genere;

nelle sperimentazioni dei medicinali, in effetti, vengono utilizzate quasi esclusivamente soggetti di sesso maschile, questo perché le donne, a causa del loro complesso sistema ormonale, prolungano i tempi necessari per una sperimentazione, necessitano di regole ben più precise, devono usare un anticoncezionale per evitare gravidanze durante lo studio e così creano troppi problemi alle *lobby*, per cui più semplicemente non vengono inserite nelle sperimentazioni farmacologiche;

proprio per questo, però, è da non sottovalutare il fatto che gli ormoni femminili possono interferire con l'efficacia di molti farmaci, come gli antistaminici, gli oppiacei, gli antibiotici e gli antipsicotici; di conseguenza, gli effetti farmacologici ne potranno risultare amplificati o ridotti. In sostanza, molto spesso, vengono prescritti farmaci di cui si conosce perfettamente il meccanismo d'azione sull'uomo ma non sulla donna, rischiando di non curare o curare in maniera sbagliata le patologie di cui è affetta la donna;

anche i medicinali più comuni, in base a recenti studi scientifici, possono avere degli effetti diversi su donne e uomini. Tra tutti, l'esempio che più ha fatto discutere negli ultimi anni è, senza dubbio, l'aspirina. Alcune ricerche, la più importante delle quali è quella condotta nell'ottobre 2007 da Tood Jerman della *University of British Columbia*, hanno scoperto che la terapia a base di aspirina potrebbe essere inutile per le donne nella protezione dall'infarto del miocardio. In questo studio è stato dimostrato, infatti, attraverso 23 *trial* con oltre 100.000 pazienti in quarant'anni, che l'aspirina riduce il rischio di infarto del miocardio negli uomini, ma nelle donne questo effetto di prevenzione è fortemente ridotto; il dolore cronico colpisce le donne in maniera maggiore e spesso del tutto differente rispetto agli uomini. In Italia, secondo uno studio epidemiologico svolto dalla *International association for the study of pain* (Iasp), il dolore cronico interessa il 26 per cento della popolazione, di cui il 56 per cento è rappresentato da donne. Tra uomini e donne cambia sia la frequenza, sia l'intensità, sia il tipo di dolore. Emicrania, fibromialgia, cefalea e artrite reumatoide - tutte patologie il cui sintomo prevalente è il dolore e che per questo necessitano di una adeguata terapia - sono molto più frequenti nel sesso femminile;

uno studio del 2009, condotto dal dipartimento di anestesiologia della seconda università di Napoli in collaborazione anche con l'università di Siena e quella di Chieti, ha valutato l'importanza degli ormoni gonadici (testosterone, estradiolo) nella terapia del dolore. In particolare, è stato dimostrato che l'uso di alcuni oppioidi può avere effetti diversi sulle donne a seconda dell'età riproduttiva e sugli uomini, mentre altri farmaci della stessa categoria possono non agire sull'asse ipotalamo-ipofisi-gonadico;

gli ormoni femminili influenzano anche altri tipi di malattie, ad esempio quelle dello stomaco. Dall'ulcera gastrica, che colpisce prevalentemente le donne rispetto agli uomini, si può guarire con più facilità grazie all'azione degli ormoni femminili, in particolare grazie al progesterone, che inibisce la formazione dei succhi gastrici, e agli estrogeni, che nella fase pre-menopausale, o meglio ancora in quella della gravidanza, garantiscono la protezione della mucosa dello stomaco;

secondo gli ultimi studi condotti dai ricercatori della *New York University school of medicine*, il rischio di morte per malattie cardiache è complessivamente molto più alto nelle donne che negli uomini. In Italia, circa 33 mila donne ogni anno restano vittime di un attacco cardiaco. Anche in questo caso sono coinvolti gli ormoni femminili che, in età fertile, proteggono l'apparato cardiocircolatorio, mentre, col sopraggiungere della menopausa, tale effetto protettivo viene a mancare;

in Italia, nel 2005, è nato l'Osservatorio Onda (Osservatorio nazionale sulla salute della donna) che si occupa della salute della donna e che collabora con tutti gli istituti preposti a livello nazionale, per studiare, informare, educare e stimolare ad una grande attenzione su queste tematiche;

senza un orientamento di genere, le misure politiche a tutela della salute risultano metodologicamente scorrette, oltre che discriminanti. Per questo motivo la medicina di genere è ormai una realtà dalla quale non si può prescindere,

impegna il Governo

a inserire tra gli obiettivi del piano sanitario nazionale 2013-2015 la promozione ed il sostegno alla medicina di genere quale approccio interdisciplinare tra le diverse aree mediche, al fine di delineare migliori criteri di erogazione del servizio sanitario, che tengano conto delle differenze di genere;

promuovere il potenziamento, omogeneo sul territorio nazionale, della ricerca medica, scientifica e farmacologica nell'ambito della medicina di genere, con il concorso degli enti vigilati dal Ministero della salute, come l'ISS (Istituto superiore di sanità), l'Aifa (Agenzia italiana del farmaco), gli IRCCS (Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico), nonché di enti di ricerca, università e aziende sanitarie, al fine di tutelare realmente, come sancito dall'articolo 32 della Costituzione, la salute di tutti i cittadini, promuovendo così l'appropriatezza terapeutica e la personalizzazione delle terapie;

a promuovere l'inserimento della «medicina di genere» nei programmi dei corsi di laurea in medicina e chirurgia e delle scuole di specializzazione al fine di favorire l'interdisciplinarietà nell'ottica di genere, anche attraverso *master* dedicati; ad individuare e promuovere, per quanto di competenza, percorsi che garantiscano, all'interno delle strutture sanitarie pubbliche, la presa in carico del paziente, tenendo conto delle differenze di genere, al fine di ottenere una risposta più specifica ed idonea di fronte alle numerose richieste di assistenza delle donne;

ad incentivare e valorizzare gli interventi di prevenzione e di diagnosi precoce delle patologie attraverso la sempre maggiore diffusione dei programmi di *screening*, in particolare del *pap test*, della mammografia e della prevenzione delle malattie cardiovascolari in epoca post-menopausale, includendo le donne immigrate;

a rafforzare gli interventi rivolti all'area materno infantile;

ad assumere iniziative normative volte ad offrire incentivi fiscali per sostenere lo sviluppo della ricerca scientifica medica e farmacologica rivolta alla medicina di genere;

a predisporre linee guida, in collaborazione con l'Aifa e con l'ISS affinché, nelle fasi di sperimentazione clinica dei farmaci in cui sono coinvolti gruppi di persone volontarie (fase 1 e 2), venga obbligatoriamente introdotta una percentuale statisticamente significativa di soggetti di genere femminile al fine di valutare scientificamente il *follow up* e l'impatto del farmaco con una visione di genere;

a istituire, senza maggiori oneri per la finanza pubblica, in collaborazione con ISS, un Osservatorio nazionale per la medicina di genere che possa raccogliere, coordinare e trasferire dati epidemiologici e clinici - al fine di assicurare il raggiungimento dell'equità nel diritto alla salute - trasmessi anche attraverso una relazione annuale al Parlamento, evidenziando l'evoluzione dei servizi in materia di medicina di genere nelle varie regioni;

a predisporre iniziative di prevenzione sostenute da periodiche campagne informative al fine di favorire una corretta informazione volta a migliorare le conoscenze riguardanti le diversità di genere in medicina.

(1-00974)

«Palagiano, Binetti, Martini, Livia Turco, De Camillis, Stagno D'Alcontres, D'Anna, Miotto, Murer, Lenzi, Mura, Di Giuseppe, D'Incecco, Bossa, Donadi, Argentin, Burtone, Pedoto, Sbroliini».