

D.N.Da

Osservatorio Nazionale  
sulla salute della Donna

# LA SALUTE DELLA DONNA

Un approccio di genere

A cura di  
Flavia Franconi



**FrancoAngeli**



I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it) e iscriversi nella home page al servizio "Informatemi" per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità.



Osservatorio Nazionale  
sulla salute della Donna

---

# LA SALUTE DELLA DONNA

Un approccio di genere

A cura di  
Flavia Franconi

Contributi di

Roberta Addis, Adriana Albini, Roberta Anniverno, Emi Bondi,  
Alessandra Bramante, Maria Luisa Brandi, Giancarlo Cerveri,  
Paola Conti, Gilberto Corbellini, Domenico Del Principe,  
Valeria Dubini, Liana Fattore, Laura Iris Ferro, Flavia Franconi,  
Walter Malorni, Claudio Mencacci, Anna Maria Moretti,  
Giuseppe Rosano, Francesca Sassella

---

**FrancoAngeli**

Si ringrazia



per aver reso possibile la realizzazione di questo volume.

Ha curato il volume: Flavia Franconi (Professoressa di Farmacologia, Università di Sassari).

Con la collaborazione di Giulia Di Donato (Responsabile Comunicazione di O.N.Da) e Veronica Zuber (Consulente Medico di O.N.Da).

*Grafica della copertina: Elena Pellegrini*

Copyright © 2010 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

*L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it).*

## Indice

<b>Prefazione</b> , di <i>Francesca Merzagora</i>	pag.	11
<b>Premessa</b> , di <i>Sergio Dompé</i>	»	13
<b>Introduzione</b> , di <i>Gilberto Corbellini</i>	»	15
<b>1. Genere e salute</b> , di <i>Flavia Franconi, Laura Iris Ferro</i>	»	27
1.1. Introduzione	»	27
1.2. Cecità di genere	»	28
1.3. Conclusioni	»	30
Bibliografia	»	31
<b>2. Il mondo del lavoro e la salute delle donne</b> , di <i>Paola Conti</i>	»	32
2.1. Introduzione	»	32
2.2. Ruolo della cultura	»	32
2.3. Confronto con l'Europa	»	33
2.4. Qualcosa sta cambiando	»	34
2.5. Questione femminile o spreco di talenti?	»	35
2.6. Lavoro e salute	»	37
2.6.1. Il contesto	»	37
2.6.2. Stress e lavoro	»	38
2.6.3. Cosa fare	»	40
Bibliografia	»	45
<b>3. Malattie cardiovascolari: prevenzione con approccio di genere</b> , di <i>Giuseppe M.C. Rosano</i>	»	46
3.1. Introduzione	»	46
3.2. Menopausa, obesità e distribuzione del grasso corporeo	»	47
3.3. Metabolismo glucidico e rischio cardiovascolare	»	48
3.4. Assetto lipidico	»	48
3.5. Ipertensione arteriosa	»	49
3.6. Conclusioni	»	50
Bibliografia	»	51

<b>4. Tumori e donne</b> , di <i>Adriana Albini</i>	pag.	53
4.1. Introduzione	»	53
4.2. I tumori, male della terza età	»	56
4.3. Sviluppo dei tumori: importanza della prevenzione e del microambiente	»	56
4.4. Oncologia declinata al femminile ed al maschile	»	58
4.5. <i>Screening</i> per proteggere le donne	»	61
4.6. Cibo, una medicina?	»	61
4.7. Successi della diagnosi precoce e prevenzione secondaria	»	63
4.8. Conoscere i tumori per sconfiggerli	»	64
4.9. Genetica e ritratti molecolari	»	66
4.10. L'RNA, non solo messaggero	»	67
4.11. Tumore al seno	»	68
4.11.1. Terapia "radio" - "chemio" a target	»	68
4.11.2. Gli ormoni come <i>target</i>	»	69
4.11.3. Terapia ormonale sostitutiva e tumore del seno	»	69
4.11.4. Fattori di rischio	»	70
4.12. Gli altri tumori femminili	»	70
4.12.1. Il carcinoma ovarico	»	70
4.12.2. Il carcinoma della cervice	»	71
4.13. Tumore polmonare	»	72
4.14. Tumori del tratto gastro-enterico	»	72
4.15. Altre neoplasie	»	74
4.16. Diagnostica molecolare	»	74
4.17. Cellule " <i>staminali del cancro</i> "	»	75
4.18. Per finire: cosa possono fare ricerca traslazionale e clinica per la prevenzione e la cura dei tumori nella donna	»	75
Ringraziamenti	»	76
Bibliografia	»	77
<b>5. Asma e altre malattie del sistema polmonare</b> , di <i>Anna Maria Moretti</i>	»	79
5.1. Introduzione	»	79
5.2. Asma bronchiale	»	81
5.3. Epidemiologia	»	81
5.4. Perché?	»	81
5.5. Sintomi	»	84
5.6. Asma in età pediatrica	»	84
5.7. Asma ed ormoni femminili	»	85
5.8. Asma ed obesità	»	86

5.9. Asma e reflusso gastroesofageo	pag.	86
5.10. Diagnosi	»	86
5.11. Terapia	»	87
5.11.1. Terapia dell'asma e aderenza del paziente	»	89
Bibliografia	»	90
<b>6. Osteoporosi ed altre malattie delle ossa e dei muscoli,</b> di <i>Maria Luisa Brandi</i>	»	92
6.1. Introduzione	»	92
6.2. Le malattie metaboliche dell'osso	»	93
6.3. La sindrome osteoporotica (o le osteoporosi)	»	93
Bibliografia	»	102
<b>7. Patologie psichiche di genere: depressione, ansia, cefalea e anoressia-bulimia,</b> di <i>Claudio Mencacci, Roberta Anniverno, Emi Bondi, Alessandra Bramante, Giancarlo Cerveri, Francesca Sassella</i>	»	103
7.1. Introduzione	»	103
7.2. Disturbi dell'umore	»	104
7.2.1. Epidemiologia	»	104
7.2.2. I fattori di rischio	»	106
7.2.3. Aspetti psicosociali	»	107
7.2.4. Aspetti genetici	»	107
7.2.5. Aspetti ormonali	»	109
7.2.6. Clinica della depressione in funzione del genere	»	110
7.2.7. Approccio di genere al trattamento	»	111
7.2.8. Trattamento	»	112
7.3. La cefalea nelle donne	»	113
7.3.1. Classificazione delle cefalee	»	113
7.3.2. Epidemiologia e differenze di distribuzione per età e genere delle cefalee primarie	»	113
7.3.3. Correlazioni tra emicrania e ciclicità ormonale nella donna	»	114
7.3.4. Comorbidità con disturbi psichiatrici	»	115
7.4. Un'emergenza al femminile: i disturbi della condotta alimentare (anoressia-bulimia)	»	116
7.4.1. Quadri clinici	»	116
7.4.2. Anoressia nervosa	»	116
7.4.3. Bulimia nervosa	»	117
7.4.4. Disturbo del comportamento alimentare non altrimenti specificato (NAS)	»	119
7.4.5. Epidemiologia dei disturbi della condotta alimentare in relazione al genere	»	119



7.4.6. Età d'insorgenza	pag.	120
7.4.7. Rischio di mortalità nei disturbi della condotta alimentare	»	121
7.4.8. Influenze socio-culturali sulla prevalenza di genere nei disturbi della condotta alimentare	»	122
7.4.9. Eziopatogenesi nei disturbi della condotta alimentare	»	123
7.4.10. Trattamento dei disturbi della condotta alimentare	»	123
7.10. Conclusioni	»	124
Bibliografia	»	125
<b>8. Violenza e ripercussioni sulla salute</b> , di <i>Valeria Dubini</i>	»	129
8.1. Introduzione	»	129
8.2. Il fenomeno	»	130
8.3. Le ricadute sulla salute	»	131
8.4. Il ruolo degli operatori sanitari	»	133
Bibliografia	»	135
<b>9. Fumo e alcol e loro conseguenze sulla salute delle donne</b> , di <i>Liana Fattore</i>	»	136
9.1. Dimensione del fenomeno	»	136
9.2. Differenze uomo donna	»	136
9.3. Ormoni, tabacco ed alcol	»	139
9.4. Effetti del tabacco e dell'alcol sull'embrione e sul feto	»	140
9.5. Studi per capire le differenze	»	142
Bibliografia	»	143
<b>10. Farmaci e donne</b> , di <i>Flavia Franconi, Roberta Addis, Walter Malorni</i>	»	146
10.1. Introduzione	»	146
10.2. Perché le donne sono state poco arruolate negli studi clinici?	»	147
10.2.1. Cecità di genere in farmacologia	»	147
10.2.2. La variabilità femminile	»	147
10.2.3. Motivi etici	»	148
10.2.4. Reticenza delle donne a partecipare agli studi clinici	»	149
10.2.5. Motivi economici	»	149
10.3. Differenze fisiologiche tra uomo e donna che influenzano la risposta ai medicinali	»	149
10.4. Differenze che influenzano i parametri farmacocinetici	»	150
10.4.1. Peso e composizione corporea	»	151

10.4.2. Il sistema gastro-enterico	pag.	151
10.4.3. Il sistema polmonare	»	151
10.4.4. La cute	»	151
10.4.5. Il sistema renale	»	152
10.5. Parametri farmacocinetici	»	152
10.5.1. Assorbimento	»	153
10.5.2. Metabolismo	»	154
10.5.3. Distribuzione	»	155
10.5.4. Escrezione	»	156
10.5.5. Interazioni metaboliche	»	156
10.6. Consumo dei farmaci, appropriatezza, effetti avversi	»	157
10.6.1. Consumo dei farmaci	»	157
10.6.2. Appropriatezza	»	158
10.6.3. Effetti avversi	»	158
10.7. Conclusioni	»	159
Bibliografia	»	159

## **11. La salute dei bambini e delle bambine, di *Domenico***

<i>Del Principe</i>	»	162
11.1. Introduzione	»	162
11.2. Differenze nelle cause di mortalità	»	165
11.3. Risposta ai vaccini	»	166
11.4. Accrescimento	»	167
11.5. Psicopatologia	»	168
11.6. Bambine e bambini si ammalano nello stesso modo?	»	170
11.7. Tumori	»	171
11.8. Obesità	»	172
11.9. Risposta ai farmaci	»	173
11.10. Conclusioni	»	174
Bibliografia	»	175



## Prefazione

Uomini e donne presentano significative differenze riguardo l'insorgenza, la presentazione clinica, l'andamento e la prognosi di molte malattie.

Tra la fine degli anni Ottanta e l'inizio degli anni Novanta i ricercatori hanno iniziato a rendersi conto che, oltre al sistema riproduttivo, tra il genere maschile e quello femminile vi sono molte altre differenze che danno origine ad un'ampia gamma di patologie, con un decorso completamente diverso tra i sessi, o che possono determinare una risposta dissimile del corpo ai farmaci. Alcune di tali differenze possono essere di carattere sociale: infatti, poiché spesso svolgono lavori e mansioni differenti, differenti possono essere anche i fattori di rischio patologico a cui donne e uomini sono esposti; altre invece sono di carattere biologico e sono il risultato di divergenze genetiche, ormonali e metaboliche.

Nonostante ciò le donne sono ancora oggi poco rappresentate nelle prime fasi dei *trial* clinici, fondamentali per stabilire dosaggio, effetti collaterali e sicurezza nell'uso di farmaci, e, anche quando vi prendono parte in misura più rilevante, i risultati degli studi non sono elaborati tenendo conto delle diversità di genere. Inoltre, continuano ad essere considerate come appannaggio maschile alcune malattie che sono invece molto diffuse e spesso trascurate o mal curate nel genere femminile: basti pensare al tumore al polmone o alle patologie cardiovascolari.

Per far sì che tale situazione cambi è necessario l'impegno concreto di tutti gli interlocutori coinvolti: Istituzioni, Agenzie internazionali di farmacovigilanza, medici, organi di comunicazione e popolazione.

Tutto ciò rappresenta la ragione fondante dell'Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna (O.N.Da) che dal 2005 promuove in Italia, a tutti i livelli della società civile e scientifica, una cultura della salute di genere.

Il cammino da percorrere è ancora lungo: non solo per le donne, ma anche per altri sottogruppi di popolazione, in particolare per i bambini e gli anziani.

L'obiettivo finale è quello di avere una medicina riferita non solo alla patologia ma anche al paziente, con tutte le sue peculiarità, e quindi ad una terapia veramente personalizzata.

Un ringraziamento speciale va a Farindustria che da anni affianca O.N.Da nella promozione di una cultura sulla medicina di genere.

*Francesca Merzagora*

Presidente O.N.Da, Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna  
[www.ondaosservatorio.it](http://www.ondaosservatorio.it)

## Premessa

Sono davvero lieto di intervenire sui temi di questo volume. Un'opera di valore in linea con l'impegno per una sempre maggiore consapevolezza sociale e individuale sulle caratteristiche di genere legate alla Salute femminile.

Le donne, nei paesi avanzati, rappresentano più della metà della popolazione, con un'aspettativa di vita superiore alla media maschile, per cui una bambina che nasce oggi ha buone probabilità di vivere fino a 100 anni.

Fanno troppo spesso i conti con una vita vissuta freneticamente, coniugando lavoro, figli e famiglia. Una situazione che in qualche caso ha trasferito loro alcune patologie sino a qualche decennio fa diffuse soprattutto tra gli uomini.

Vivono di più, si ammalano di più e usano, quindi, i farmaci con maggiore frequenza rispetto alla popolazione maschile.

C'è però un dato positivo. Sono circa 1.000 i medicinali in sviluppo nel mondo per le malattie ginecologiche e per quelle che colpiscono una parte consistente dell'universo femminile quali, ad esempio, il diabete, le patologie tumorali, muscolo-scheletriche e autoimmuni.

Un risultato che dimostra l'importanza della Salute della donna per le imprese del farmaco.

Continuare a investire lavorando insieme a Medici, Istituzioni e Centri di eccellenza pubblici e privati, Società Scientifiche e Associazioni dei Pazienti è quindi vitale per rispondere, adeguatamente, alle possibilità di diagnosi e in particolare alla prevenzione.

È in atto una vera e propria rivoluzione nella Ricerca farmaceutica che, con un'attenzione crescente anche alle differenze di genere, contribuisce a definire terapie ancora più focalizzate sulle esigenze dei singoli individui.

Oggi l'Italia è tra i paesi con una maggiore aspettativa di vita in efficienza fisica. E questo, oltre al progresso economico, sociale e sanitario, può essere attribuito per il 40% ai frutti della Ricerca farmaceutica.

Una Ricerca che permette continui miglioramenti nella qualità della vita e costanti progressi per l'efficacia dei trattamenti, la riduzione degli effetti collaterali e la facilità d'uso.

Ma le donne contribuiscono anche alla crescita delle imprese del farmaco. Una realtà industriale che esporta il 54% della produzione e sviluppa innovazione in 233 progetti di Ricerca italiani.

Chi ha la possibilità di visitare un'azienda non può non rendersi conto di quanto siano “*presenti*” in ruoli e aree chiave, raggiungendo il 36,7% del totale degli occupati e primeggiando nell'area della Ricerca e Sviluppo con il 52%. È dirigente 1 donna su 5, il doppio che negli altri settori, così come 1 su 3 è un quadro.

Un rapporto privilegiato, in definitiva, quello tra donne e imprese del farmaco sia in favore della loro Salute sia nel rispetto delle pari opportunità.

Non è un caso, infatti, se undici tra le più importanti imprese del farmaco in Italia hanno donne che gestiscono l'Area Legale e sono altrettante quelle che affidano ad una manager le Risorse Umane e l'Area Fiscale.

La vivacità dei ruoli impone necessariamente una nuova sensibilità che interpreti la loro posizione sociale e garantisca una maggiore tutela della Salute.

E proprio in questo contesto si inserisce il libro. Uno strumento molto utile che raccoglie tutte quelle Conoscenze sulla donna preziose per coloro che la considerano protagonista nella Società e nella Ricerca.

*Sergio Dompé*  
Presidente Farindustria

## Introduzione

di *Gilberto Corbellini\**

Il libro, realizzato grazie alla collaborazione fra O.N.Da e Farindustria, e curato da Flavia Franconi, si inserisce in modo tempestivo e opportuno nel processo inarrestabile di sviluppo della medicina di genere. Un processo che, al momento, si caratterizza soprattutto per una dimensione estensionale, e che probabilmente si troverà presto nella condizione e necessità di produrre anche un salto di qualità sul piano dell'impostazione teorica dei temi di fondo della medicina di genere. Lo scopo di questa introduzione è di proporre una mappa criticamente argomentata dei temi e dei percorsi attraversati dalla ricerca sul ruolo dei fattori di genere come determinanti della salute.

Si è detto dell'affermazione della medicina di genere. Dal 1° gennaio 2010 anche l'Università Medica di Vienna ha istituito una cattedra di *gender medicine*. Alexandra Kautzky-Willer, specialista in endocrinologia e metabolismo, si va ad aggiungere a Ineke Klinge, che insegna *gender medicine* presso la *Faculty of Health Medicine and Life Sciences* dell'Università di Maastricht. Considerando il successo della rivista *Gender Medicine*, fondata nel dicembre del 2004 da Marianne Legato, che ha lasciato la direzione alla fine del 2009, e il numero crescente di agenzie e associazioni sorte nell'ultimo decennio per promuovere la medicina di genere, si può dire che i temi e le dimensioni della salute collegati al genere sono diventati stabilmente informazioni, conoscenze e problemi da cui la ricerca e la pratica della medicina, nonché le scelte di sanità pubblica, non possono più prescindere. Nondimeno, come si dirà, la formazione dei futuri medici ancora stenta a tener conto della nuova realtà. Ma quando nasce e quali sono le basi scientifiche della medicina di genere?

Volendo trovare un inizio ufficiale, si potrebbe datare, con buona approssimazione, la nascita della medicina di genere al 1985. In quell'anno si poteva leggere la prima relazione preparata da un'agenzia pubblica sulla salute delle donne, redatta dalla *US Public Health Service Task Force*, operativa presso i *National Institutes of Health (NIH)*. In quel rapporto, intitolato *Women's Health*, si denunciava per la prima volta da parte di un'agen-

\* Sezione di Storia della Medicina, Università di Roma.



zia indipendente il ritardo conoscitivo della medicina per quanto riguardava la salute della donna, e si indicavano delle priorità di intervento. La *task force* richiamava la necessità di orientare la ricerca e gli interventi nel campo della salute pubblica mettendo meglio a fuoco in che modo, al di là dei rischi sanitari specifici in ragione del sesso, i ruoli socialmente, economicamente e culturalmente collegati al genere influenzavano i rischi di malattia e la salute delle donne. Inoltre, si segnalava il fatto che le donne appartenenti a minoranze etniche, o economicamente e socialmente marginali, subivano un carico di morbilità e mortalità largamente superiore all'interno della popolazione femminile.

Benché il documento pubblicato dalla *task force* degli *NIH* disegnasse una situazione su cui era urgente intervenire, nulla accadde fino al 1990, quando i *NHI* crearono l'*Office for Research on Women's Health (ORWH)*. L'anno successivo, alla luce del nuovo indirizzo di politica sanitaria, veniva varata la *Women's Health Initiative (WHI)* per accertare le cause più comuni di morte, invalidità e compromissione della qualità della vita nelle donne in età post-menopausa. La diffusione nel mondo medico e in generale nelle strategie di politica sanitarie dei paesi occidentali delle istanze medico-sanitarie collegate al genere è stata in larghissima parte merito del lavoro svolto dall'*ORWH* e dalla *WHI*.

La *WHI* è stata, tra le imprese destinate allo studio e alla prevenzione sanitaria messe in campo negli Stati Uniti, una delle più vaste per durata, ricadute e finanziamenti. Il lavoro della *WHI* si è protratto per quindici anni sulla base di tre cardini fondamentali: realizzare *trial* clinici randomizzati, controllati per valutare approcci promettenti ma non ancora dimostrati efficaci per la prevenzione, condurre studi osservazionali per identificare i fattori predittivi di malattia e promuovere studi a livello delle comunità locali per sviluppare e diffondere comportamenti salutari. Lo studio per cui la *WHI* è diventata famosa nel mondo medico è stato quello sugli effetti della terapia ormonale sostitutiva post-menopausa ("*WHI-E+P*" *trial*), da cui è scaturito che le donne in terapia ormonale sostitutiva incorrevano in una maggiore incidenza di malattia coronarica, cancro del seno, ictus ed embolia polmonare. I risultati del *trial* hanno determinato un declino dell'uso della terapia ormonale sostitutiva, seguito da declino del rischio di cancro del seno.

Con l'avvento delle tecnologie di indagine a livello genomico, la banca di tessuti e i dati clinici raccolti della *WHI* sono stati identificati come una fonte straordinaria di informazioni per approfondire il ruolo delle variabili genotipiche e fenotipiche nell'eziopatogenesi dei disturbi maggiormente a carico delle donne. Così, il 13 gennaio 2010 il *National Center for Biotechnology Information* ha messo a disposizione i dati su dbGAP (*database of Genotypes and Phenotypes*) del (*WHI*) *SNP Health Association Resource (SHARe)*. Il dataset include informazioni di natura genotipica e fenotipi-

ca riguardanti 12.008 donne ispaniche e afroamericane di età compresa tra 50 e 79 anni, arruolate in uno o più degli studi della *WHI*.

Mentre si sviluppava operativamente il lavoro della *WHI*, l'*ORWH* metteva a punto le linee teoriche e gli argomenti rilevanti per rafforzare la portata politica della medicina di genere. Durante gli anni 1997 e 1998 l'*ORWH* organizzava quattro convegni nazionali e rivedeva l'agenda scientifica iniziale della ricerca sulla salute delle donne. Agli incontri parteciparono più di 1.500 esperti nordamericani appartenenti alla comunità scientifica, alle comunità assistenziali, sanitarie, previdenziali, all'associazionismo e al mondo sociale interessato al tema. Da questi incontri, una *Task Force on the NIH Women's Health Research*, guidata da Donna Dean e Marianne Legato, ricavò un'*Agenda for Research on Women's Health for the 21st Century*. L'agenda si presentava come un'analisi dettagliata della situazione della salute femminile negli Stati Uniti e avanzava una serie di raccomandazioni, a partire da alcune domande fondamentali e ineludibili, che affrontavano direttamente alcune riserve nei riguardi della medicina di genere che sarebbero potute scaturire dal mondo medico-sanitario.

In che misura l'esclusione delle donne dalla ricerca clinica ha influenzato la loro salute? I risultati della ricerca clinica effettuata sugli uomini possono essere estrapolati alle donne senza opportuni adeguamenti? In che misura le linee-guida governative per la ricerca, che a un certo punto hanno introdotto l'obbligo di includere le donne nelle sperimentazioni cliniche, rappresentano dei vincoli che possono compromettere la qualità e l'entità della ricerca effettuata? Quanto costa includere le donne nella ricerca clinica? Se costerà di più, ciò comporterà che si faranno meno studi e sperimentazioni cliniche? E se questo accadrà, quale sarà l'impatto sulla salute pubblica?

È evidente, dalle questioni affrontate dalla Dean e dalla Legato, che dieci anni fa era ancora fortemente avvertita la dimensione della medicina di genere legata alla ricerca, vale a dire che si voleva dimostrare come lo studio dei determinanti della salute e della malattia collegati al genere andavano a vantaggio della qualità della medicina, senza avere ricadute significative sui costi. Un quarto di secolo dopo il riconoscimento ufficiale che gli studi epidemiologici e clinici eseguiti su gruppi in cui prevaleva uno dei due sessi comportavano serie limitazioni sul piano di una caratterizzazione obiettiva della distribuzione di malattie non specificamente legate al sesso, quasi nessuno mette più in discussione che sia sbagliato pensare che, per conoscere i fattori causali o significativamente correlati per le malattie e le condizioni di rischio non direttamente riconducibili al sesso o al genere, si possa prescindere nella ricerca medico-sanitaria e nella pratica clinica dall'influenza del genere. Nondimeno, i medici hanno avuto delle difficoltà e talvolta sembra che ancora ne abbiano, a capire che " *Sesso* " e " *genere* " non significano necessariamente la stessa cosa.

I temi della salute di genere possono essere ricondotti al problema di capire e tener conto di come particolari malattie o condizioni di salute, includendo le manifestazioni cliniche, i fattori di rischio e specifici effetti dei trattamenti, interessano di più le donne rispetto agli uomini. O viceversa. I temi di genere nella salute e nella malattia sono spesso interdisciplinari, per cui il sistema di riferimento biomedico, che tende ad adottare un'impostazione non raramente davvero un po' troppo biologistica e meccanicistica, risulta spesso inadeguato per affrontarli efficacemente.

I medici hanno a lungo usato, e spesso ancora usano i termini “*sex*” e “*gender*” come sinonimi. Nondimeno il sesso riguarda le differenze biologiche tra uomini e donne, mentre il genere fa riferimento alle implicazioni che hanno per la qualità della vita individuale le categorizzazioni socio-culturali delle differenze sessuali in diversi contesti geopolitici. All'interno della tradizione culturale degli studi di genere, che è stata indubbiamente influenzata dalle epistemologie relativiste e post-moderne, le spiegazioni biologiche delle differenze tra uomini e donne sono normalmente messe in discussione o, come minimo, guardate con sospetto, in quanto non raramente nel passato la biologia e la medicina sono state strumentalizzate per legittimare ingiustificate discriminazioni delle donne. Qualcuno ha sostenuto che il concetto di “*gender*” è stato introdotto, appunto, non per mettere in discussione le differenze biologiche come tali, ma piuttosto per criticare le spiegazioni biologiche delle differenze sociali.

Il dibattito sui rapporti tra i concetti di sesso e genere è in qualche modo riconducibile a quello su “*natura*” versus “*cultura*”, con l'implicita assunzione che il sesso non è modificabile, mentre il genere è una costruzione sociale, e quindi passibile di cambiamenti. In realtà, potrebbe non essere esagerato sostenere che è più difficile cambiare le idee sulla mascolinità e la femminilità che i livelli di ormoni. Peraltro, anche le costruzioni sociali probabilmente hanno un'origine biologica. Questo è un argomento, però, che esula dagli scopi del presente saggio, che vuole limitarsi a discutere le ragioni che hanno prodotto quella che è stata chiamata una “*cecità*” (*blindness*) della medicina di fronte ai fenomeni influenzati dal genere, e le conseguenze dello sviluppo di una medicina cosiddetta *male-biased* o androcentrica. Qualcosa si dirà anche di come i condizionamenti culturali o le percezioni influenzate dal genere orientano i medici e gli operatori sanitari nell'ambito delle loro attività professionali, determinando, soprattutto per le donne, conseguenze negative per gli esiti dei trattamenti e quindi la salute. E qualche accenno riguarderà, infine, la sottovalutazione della disuguaglianza legata al genere come determinante di salute.

La cecità al genere è scaturita dal fatto che, nell'ambito medico-sanitario diverso da quello riproduttivo, i temi della salute femminile sono stati a lungo trascurati. Le donne erano escluse dagli studi clinici per precise ragioni, cioè ritenendo che il ciclo mestruale potesse avere effetti confonden-

ti sui risultati dei test, aumentando quindi la complessità e i costi della ricerca, ovvero per il timore che i trattamenti studiati potessero interferire con la fertilità e la gravidanza. Non meno importante era l'idea che le malattie degli uomini avessero una superiore incidenza e un maggiore costo sociale. Nonostante la scelta preliminare di escludere le donne dalle indagini cliniche per la loro diversa fisiologia, si assumeva che vi fossero sufficienti similarità tra uomini e donne per estrapolare i risultati delle ricerche alle donne. Escludere il genere femminile dagli studi clinici ha implicato non solo un ritardo nella comprensione di come le caratteristiche determinate dagli ormoni influenzavano le manifestazioni cliniche delle malattie o le risposte ai farmaci, ma anche non capire quali fossero le effettive e valide somiglianze e le differenze tra genere maschile e femminile.

In tutti i paesi che sono progrediti verso l'industrializzazione, l'aspettativa di vita delle donne, a un certo punto, ha sopravanzato quella degli uomini. Prima di capire, a livello di percezione medico-sanitaria, le ragioni del fenomeno, e di scoprire che l'allungamento dell'aspettativa di vita non implicava per le donne che la vita guadagnata fosse anche di buona qualità, si era pensato che le donne fossero più resistenti degli uomini alle malattie. Di fatto, la spiegazione dell'allungamento dell'attesa di vita per le donne nei paesi industrializzati si trova negli avanzamenti della medicina e nella diffusione del benessere. Una parte consistente del guadagno è derivata dalla riduzione in media del 90% della mortalità materna in tutto il mondo sviluppato. Ancora subito dopo la seconda guerra mondiale, nei paesi occidentali circa 60-80 donne morivano ogni 100.000 nascite. Agli inizi del secolo la cifra poteva ammontare anche a più del doppio. Negli anni Ottanta la mortalità associata a gravidanza e parto si era ridotta a un decimo, e in alcuni paesi è scesa anche di più. Ma, dopo un periodo in cui le donne hanno visto aumentare a loro favore il divario rispetto agli uomini sul piano dell'attesa di vita, a partire dagli anni Ottanta il gap si è andato riducendo. Ovvero, gli uomini hanno cominciato a guadagnare in attesa di vita più rapidamente delle donne. Verosimilmente, i miglioramenti sanitari in corso avevano un impatto meno rilevante sulla mortalità femminile, ma allo stesso tempo le donne cominciavano anche a praticare più diffusamente stili di vita insani, come ad esempio fumare, o assumere ruoli sociali che implicavano nuovi carichi lavorativi e psicologici.

Una serie di studi, pubblicati agli inizi degli anni Novanta, mostravano che se si teneva conto degli anni vissuti in condizioni di disabilità, la longevità maschile aumentava mentre quella femminile no. In altre parole, malgrado le donne vivessero più a lungo degli uomini, pagavano tassi di morbilità più elevati e, apparentemente, andavano incontro a maggiori disturbi psicologici, come ansia e depressione. Il paradosso della superiore mortalità e inferiore morbilità maschile veniva spiegato con le differenze nel tipo di patologie che colpiscono uomini e donne come conseguenza di