

DONNE, UOMINI E MEDICINA DI GENERE

Francesco Libero Giorgino

Presidente A.G.E.O., Presidente F.I.O.G

Nel 1998 la WHO nel suo rapporto annuale lanciò un **“gender challenge”** (1) alle nazioni e alle organizzazioni internazionali per:

- a) una migliore valutazione dei fattori di rischio che coinvolgono la salute delle donne,
- b) lo sviluppo di strategie preventive per ridurre l'impatto delle malattie che colpiscono maggiormente le donne anziane,
- c) un maggiore impegno per comprendere perché gli uomini muoiano prima delle donne.

Partiva dalla considerazione che nell'ambito dell'«**universo femminile**», normalmente si parla di donne che lavorano, di donne impegnate nei più diversi settori della cultura, della politica, dell'economia; si parla di donne come fulcro fondante della famiglia, ma in campo sanitario, quelle che sempre la WHO ha specificatamente definito **“differenze di genere”**, le donne non sono tenute in debita considerazione. Eppure ormai ovunque si segnala la necessità di porvi rimedio. La parità tra uomo e donna è raggiunta in molti ambiti, ma in campo medico ci sono ancora molti passi da fare.

“Essere uomo o essere donna” in medicina fa una notevole differenza non soltanto perché la prevalenza di un alto numero di patologie è differente nei due sessi, ma anche e soprattutto perché i fattori causali e/o predisponenti, l'espressione clinica e l'approccio terapeutico di una determinata patologia possono variare sensibilmente in relazione al genere maschile o femminile. Per i modelli sperimentali la medicina occidentale per secoli si è basata solo sul corpo maschile, o meglio sul corpo di un giovane uomo di razza cauca-

sica. La donna, considerata forse troppo complicata con i suoi cicli ormonali, si è sempre dovuta adattare a dei semplici aggiustamenti, proprio per la fluttuazione dei suoi ormoni gonadici che giocano un ruolo fondamentale nel differenziare uomini e donne. A ciò poi si aggiungano fattori sociali e culturali che hanno comportato e comportano ulteriori difficoltà.

Ricordiamo che gli studi di genere propongono una suddivisione, sul piano teorico-concettuale, tra due aspetti dell'identità umana:

- il sesso (sex) costituisce un corredo genetico, un insieme di caratteri biologici, fisici e anatomici che producono una dicotomia maschio / femmina;
- il genere (gender) rappresenta una costruzione culturale, la rappresentazione, definizione e incentivazione di comportamenti che rivestono il corredo biologico e danno vita allo status di uomo / donna
- Sesso e genere non costituiscono due dimensioni contrapposte ma interdipendenti: sui caratteri biologici si innesta il processo di produzione delle identità di genere.

Il concetto di **‘Medicina di Genere’** affronta proprio la complessa interazione tra fattori genetici che, per così dire, programmano la macchina biologica in senso maschile o in senso femminile e fattori epigenetici di natura bio-psico-sociale che ne determinano il differente assetto nell'arco del ciclo vitale. Nel loro insieme tali fattori condizionano la vulnerabilità di genere a sviluppare o meno una determinata patologia in un certo periodo della vita e con caratteristiche peculiari che si riflettono notevolmente sui percorsi

Tabella 1. È ancora piuttosto difficile evidenziare le differenze di genere in medicina.

<ul style="list-style-type: none"> • A parte le problematiche risultanti da terapie ormonali o legate a gravidanza e allattamento, si ritiene correntemente che sia il genere maschile, l'uomo, a rappresentare le caratteristiche di base della specie.
<ul style="list-style-type: none"> • Nonostante sia noto che variabili come peso e altezza, volume di distribuzione e superficie corporea possano essere sensibilmente inferiori nella donna, il termine di paragone utilizzato per lo più negli studi è il maschio standard di 70 kg.
<ul style="list-style-type: none"> • In ogni caso sarebbe fuorviante pensare che la donna debba rappresentare (esattamente come avviene per i bambini considerati una specie di “uomo in miniatura”) un “altra forma di uomo”.

Tabella 2. Perché in Medicina è importante distinguere tra i generi?

<ul style="list-style-type: none"> • Innanzi tutto perché le donne sono le più grandi consumatrici di farmaci.
<ul style="list-style-type: none"> • Soffrendo più di malattie dolorose, anche per via delle mestruazioni, le donne consumano più antidolorifici.
<ul style="list-style-type: none"> • Un 20% delle donne in età fertile pratica la contraccezione orale, mentre molte di quelle in menopausa si sottopongono ad una terapia ormonale sostitutiva.
<ul style="list-style-type: none"> • Le donne fanno spesso anche largo uso di rimedi botanici a scopo salutistico o cosmetico e corrono più rischi di interazione.
<ul style="list-style-type: none"> • Il modo di relazionarsi delle donne con il medico può risentire maggiormente di pudore o emotività.

preventivi e assistenziali nei due sessi.

Con il concetto di Genere pertanto ci si riferisce ad una complessa interrelazione e integrazione tra il sesso e il comportamento psicologico e culturale dell'individuo che deriva dalla formazione etnica, educativa, sociale e religiosa.

La salute umana dunque è strettamente correlata alle due fondamentali costituenti del Genere. Tuttavia, mentre sono stati ampiamente studiati gli effetti che sesso, invecchiamento e comportamento culturale hanno sulla salute dell'uomo e della donna, manca, a tutt'oggi, un'analoga attenzione sull'impatto che le differenze di genere hanno sulla fisiopatologia e, quindi, sul trattamento delle più comuni malattie sociali – tra cui, ad esempio, malattie cardiovascolari, osteoporosi, diabete, malattie respiratorie, disordini neurodegenerativi, malattie reumatiche e delle articolazioni, e alcuni tumori (2). Medici e ricercatori stanno dunque scoprendo che le donne si ammalano in modo diverso dagli uomini, e devono adottare strategie diverse per “curare” la propria salute.

La prima volta in cui in Medicina si parlò della “questione femminile” e quindi di medicina di genere,

risale al 1991 quando Bernardine Healy (*National Institute of Health*) parlò di “Yentl Syndrome” (Yentl- ragazza ebrea- che volendo e non potendo in quanto femmina studiare da rabbino, si rasò il capo a zero e si vestì da maschio) in riferimento al comportamento discriminante dei cardiologi nei confronti del sesso femminile (3). Faceva riferimento a due studi appena pubblicati sul *New England Journal of Medicine*. Nel primo di questi si dimostrava come pazienti femminili ricoverate in terapia intensiva coronarica per un evento ischemico acuto avessero maggiori probabilità rispetto ai pazienti maschi di un ritardo nella conferma del sospetto clinico e nella conseguente risposta terapeutica. Nell'altro studio si sottolineava come, nonostante la diagnosi di coronaropatia grave, le pazienti venissero invitate meno degli uomini a procedure di rivascularizzazione, sia con by-pass che con angioplastica.

La Healy concludeva che ciò non avveniva sulla base di reali motivi clinici, ma solo in relazione ad una chiara discriminazione messa in atto dai cardiologi nei confronti del sesso “debole”. Da lì in poi il mondo medico iniziò ad interrogarsi sulla reale efficacia del trattamento della malattia coronarica e più in ge-

Tabella 3. Questioni di cuore (e vasi sanguigni).

<ul style="list-style-type: none"> • Uomini e donne presentano ben assodate differenze per fisiopatologia cardiovascolare, e tradizionali fattori di rischio.
<ul style="list-style-type: none"> • È noto comunque che la “protezione” garantita in età fertile viene ad annullarsi dopo la menopausa. Il quadro ormonale dei soggetti ha un ruolo cruciale nel determinare i fattori di rischio.
<ul style="list-style-type: none"> • Le sperimentazioni soffrono ancora di una scarsa presenza femminile nei trials (come rilevato per la valutazione di antiipertensivi, antiaggreganti e statine).
<ul style="list-style-type: none"> • Le statine sembrerebbero solo poco meno efficaci per la prevenzione secondaria nelle donne, ma gli effetti avversi di rabdomiolisi da cerivastatina hanno riguardato di più il genere femminile che quello maschile.

SALUTE DONNA

nerale della malattia **cardiovascolare** (infarti, ictus, aneurismi) nella donna. Un'attenta analisi dei lavori epidemiologici degli ultimi 50 anni conferma che essi sono stati condotti in massima parte sugli uomini. Attualmente invece si sta evidenziando che la malattia coronarica, considerata una tipica malattia maschile, prevale più nella donna che nell'uomo, non solo perchè la donna invecchia di più, ma anche perchè i fattori che provocano questa malattia hanno un impatto molto diverso nella donna rispetto all'uomo. Se ne deve concludere allora che le azioni di prevenzione sono state condotte probabilmente in modo sbagliato. Ed il risultato è che nella donna queste malattie non sono diminuite come nell'uomo nel corso degli ultimi 30 anni, al contrario sono in aumento. Le ultime tavole di mortalità della popolazione italiana forniscono una stima della durata media della vita pari a 83,7 anni per le donne e a 78,1 anni per gli uomini, con una differenza tra i due generi di 5,6 anni. Dagli inizi degli anni '90, l'aumento è stato sensibile per entrambi, ma più elevato per gli uomini (4,4 anni) che per le donne (3,4 anni), con la conseguente riduzione di un anno del tradizionale differenziale di sopravvivenza tra generi (4).

Nella donna la mortalità cardiovascolare è 4 volte maggiore della somma della mortalità per cancro del seno, broncopneumopatia cronica, incidenti, cancro del polmone. Eppure la malattia coronarica è spesso considerata una malattia "maschile"! E le donne stesse non percepiscono il pericolo della malattia coronarica per l'errata o scarsa informazione e attenzione da parte della sanità e dei media (4).

Altro esempi sono la prevenzione dell'infarto con la aspirinetta che nella donna non funziona, il diabete che è molto più cattivo nella donna (provoca infarto 3 volte più che nell'uomo), l'infiammazione che provoca aterosclerosi nella donna più che nell'uomo, il colesterolo totale che ha un diverso significato nella donna; nella donna poi ci sono fattori psicosociali che influiscono sulla malattie vascolari. Molte le differenze anatomiche ed elettrofisiologiche: la frequenza cardiaca è più veloce nella donna anche durante il sonno, nella donna si ammalano di più i piccoli vasi dell'albero coronarico, nell'uomo invece i grossi vasi (la coronarografia può non essere l'esame giusto nel

senso femminile!). I sintomi di infarto possono essere profondamente differenti nella donna rispetto all'uomo; la placca aterosclerotica nell'uomo si ulcera, nella donna è più giovane e si erode.

Pian piano, però, dalla cardiologia la critica alla medicina dal punto di vista di genere si è spostata ad altri campi, come la psichiatria, la gastroenterologia, l'oncologia, la dermatologia, la neurologia, la farmacologia. Fino ad allora infatti quando venivano messi a punto nuovi studi clinici, in particolare quelli relativi all'impiego di nuovi farmaci, risultavano coinvolti in grande prevalenza soggetti di sesso maschile. Questo è stato a lungo giustificato attraverso varie argomentazioni: difficoltà nell'arruolamento e nel mantenimento di un campione adeguato di donne negli studi clinici; preoccupazioni riguardo alle interferenze indotte dalle variazioni ormonali tipiche dell'organismo femminile sull'effetto delle sostanze farmacologiche da testare; preoccupazioni circa la possibilità di esporre a rischi di tossicità donne potenzialmente fertili; timore di procurare danni a tessuti fetali (il dramma della Talidomide ha rappresentato una giustificazione che ha funzionato per almeno tre decenni). Per questa serie di motivi le donne in età fertile e le donne in gravidanza sono state sistematicamente escluse dalla maggior parte degli studi clinici.

Sfortunatamente, però, se un farmaco o un presidio medico-chirurgico non è espressamente testato sulle donne non esiste modo di conoscere quali saranno le reali condizioni di efficacia e di sicurezza su di loro. Infatti in medicina, efficacia e sicurezza si misurano attraverso parametri che sono fortemente correlati a fattori come l'età, il sesso, le caratteristiche di composizione dei tessuti, che a loro volta sono associati in maniera specifica alle caratteristiche biologiche legate al sesso, come gli ormoni, o alla prevalenza nei due sessi di particolari caratteristiche (corporatura, abitudini e stili di vita, concomitanza di disturbi più frequenti in uno dei due generi, ecc.) (6).

La "medicina del bikini", quella che si occupava nelle donne solo della patologia del seno e dell'apparato genitale (7), ha fatto il suo tempo. Ora la salute delle donne (questa volta viste come organismi complessi, con una loro specificità biologica, ma anche sociale

Tabella 4. Farmacocinetica di genere.

<ul style="list-style-type: none"> • Sono ormai numerose le rassegne di letteratura che hanno considerato differenze di genere per vari parametri farmacocinetici: biodisponibilità, distribuzione, metabolismo, escrezione.
<ul style="list-style-type: none"> • Le variabili considerate comprendono: peso e superficie corporea, entità e distribuzione del pannicolo adiposo, volume plasmatico, velocità dello svuotamento gastrico, concentrazione delle proteine plasmatiche, attività del sistema Citocromo P450, funzione dei trasportatori di membrana e dei meccanismi di estrusione cellulare.
<ul style="list-style-type: none"> • Non tutte le ipotesi formulate sono state realmente dimostrate (ad es. la maggiore espressione della P-glicoproteina nelle donne) ma un quadro di differenze associate è certo.

Tabella 5. Sviluppare la ricerca di genere. ministerosalute.it - 28 maggio 2007

La ricerca di genere permetterebbe di segnalare le differenze di assimilazione e di risposta dell'organismo femminile rispetto a quello maschile. Queste differenze vanno studiate sia per i potenziali rischi ma anche per i benefici diversi che si possono rilevare tra i generi.
Per sviluppare la ricerca di genere stiamo pensando di dedicare una quota significativa delle risorse che, in base all'articolo 12 del decreto legislativo 502 (art.12 bis), saranno attribuite dal Ministero dell'Economia al Ministero della Salute.
L'obiettivo è sviluppare un progetto “Salute donna per la ricerca nella medicina di genere” in diverse aree. Questo finanziamento va nella direzione auspicata dall'OMS, che ha sottolineato la necessità di sviluppare la medicina di genere in modo da ottimizzare così terapie e prevenzione rispetto al target femminile in cui è sempre più evidente che farmaci e patologie si comportano in modo differente rispetto al target maschile.

e culturale, dunque di “genere”) è diventata un tema strategico per il mondo intero.

La WHO ha inserito la medicina di genere nell'Equity Act a testimonianza di come l'equità sia un principio che si applichi non solo all'accesso ma anche all'appropriatezza della cura, a poter disporre cioè della terapia più consona al singolo genere (8). Per sviluppare la ricerca di genere il Ministero della Salute in Italia sta pensando di dedicare una quota significativa delle risorse in base all'articolo 12 del decreto legislativo 502 (art.12 bis). L'obiettivo è sviluppare un progetto “Salute donna per la ricerca nella medicina di genere” in diverse aree. Questo finanziamento va proprio nella direzione auspicata dalla WHO in modo da ottimizzare così terapie e prevenzione rispetto al target femminile in cui è sempre più evidente che farmaci e patologie si comportano in modo differente rispetto al target maschile (9).

Per troppo tempo, infatti, la medicina ha lavorato pensando esclusivamente al maschile: i trial sono sempre stati condotti su popolazioni composte prevalentemente da uomini, gli argomenti, i metodi, le successive analisi sono state condotte utilizzando una prospettiva maschile e sottovalutando le peculiarità biologico-ormonali e anatomiche proprie delle donne.

Ci si aspetta, pertanto, che la medicina di genere contribuisca a sviluppare le seguenti attività (10):

- creare un collegamento tra tutti gli scienziati e medici che operano nel settore della prevenzione, delle cure primarie e secondarie, della riabilitazione, focalizzando l'attenzione sulle differenze biologiche, fisiologiche e patologiche tra donne e uomini;
- sostenere i ricercatori, i medici, le istituzioni e i singoli individui al fine di identificare i problemi di assistenza sanitaria e tutelare la salute sia delle donne sia degli uomini;
- migliorare il background culturale, l'aggiornamento professionale e la formazione degli esperti in medicina di genere;
- promuovere l'introduzione delle tematiche di genere nei programmi di entrambe le istituzioni pubbliche e governative;
- sviluppare alleanze con centri di ricerca, società scientifiche, ospedali, università;
- raggiungere un livello sempre maggiore di medicina personalizzata

Tabella 6. Depressione e antidepressivi. Rivista di Psichiatria. 2007, 42: 235-245

• Il disturbo depressivo maggiore presenta una frequenza doppia nelle donne rispetto agli uomini.
• Una recente rassegna di C. Fini, A. Mirigliani e M. Biondi ha valutato i lavori scientifici degli ultimi 10 anni per le differenze di genere nella terapia antidepressiva.
• Alcuni lavori sottolineano la migliore risposta delle donne a farmaci SSRI e IMAO, mentre i maschi risponderebbero meglio ai triciclici.
• Fattori ormonali sono sicuramente implicati nella diversa sensibilità ai farmaci, specie in relazione all'età.
• Il dibattito sembra comunque rimanere aperto per la variabilità dei dati osservati.

SALUTE DONNA

- educare il pubblico sulle differenze di genere in ambito dei bisogni sanitari.

Le cose stanno fortunatamente cambiando. Analisi basate sul genere hanno dimostrato differenze in termini di salute tra uomo e donna; differenze che partono dal livello cellulare, con ripercussioni patofisiologiche e farmacocinetiche sulla pratica clinica (11).

Uno studio retrospettivo di coorte (12) conferma alcune evidenze sulle disparità, preoccupanti soprattutto nel caso della mortalità a seguito di patologie gravi e per donne oltre i 50 anni, che hanno importanti implicazioni per la ricerca e la pratica clinica, oltre che per le politiche sanitarie. Ciò che però gli studi non riescono a spiegare sono le cause delle disuguaglianze; dalle ipotesi non si può escludere la componente biologica (13), così come quella esistenziale (scelte diverse per uomini e donne in condizioni critiche) (14). Tra le ipotesi biologiche della maggiore longevità sono state indicate: maggiore attività della funzione immunitaria, effetto protettivo degli estrogeni (15), effetti compensatori del secondo cromosoma X (16), ridotta attività dell'ormone della crescita e del fattore 1 di crescita simile all'insulina e l'influenza dello stress ossidativo sull'età e le malattie. Fin quando i ricercatori, tuttavia, considereranno gli uomini come il parametro di riferimento, la cura medica offerta alle donne continuerà ad essere compromessa. In altre parole le donne saranno più esposte ad alcune patologie per le quali sono curate con grande attenzione ma, molto spesso, con farmaci non sperimentati direttamente su di loro. Di recente, il rapporto annuale dello Institute of Medicine (17) ha rilevato nelle proprie conclusioni che la differenza di genere apre interrogativi su molte problematiche che finora non sono state neppure immaginate. La salute delle donne è cambiata anche perché è cambiato il loro ruolo sociale. Oggi la donna è *overcommitted*, si confronta, cioè, con un carico di impegni maggiore rispetto a quelli che è in grado di gestire, molte donne devono

fare i conti con ritmi frenetici derivanti da una molteplicità di impegni, con la conseguenza di un aumento di ansia, *stress* e disturbi correlati.

Infatti i disturbi psichiatrici sono in netta prevalenza femminili e le malattie cardiocircolatorie sono diventate la prima causa di morte per le donne. Il detto comune per cui l'infarto era definito come la malattia che rende vedove, oggi non vale più. Adottare in campo medico una prospettiva di genere e ridisegnare la ricerca come strumento di conoscenza delle specificità femminili è quindi una necessità e, nel contempo, un passaggio fondamentale per pensare ad una salute anche a misura di donna. Uomini e donne, però, non differiscono solo nei quadri di malattia e nei fattori di rischio; la differenza sta anche nel contesto familiare e sociale. Ad esempio è nota la differenza della cura di sé tra i due sessi (18-19). Questo significa differenze anche nell'approccio da parte degli operatori sanitari; con ripercussioni sulla qualità degli esiti clinici. Lo studio, se inserito nel contesto delle iniziative e delle evidenze sulle differenze di genere, permette di individuare **tre fondamentali strategie di intervento**, per ottimizzare le cure in un'ottica di equità (20).

La prima: sono necessarie specifiche analisi di genere non solo in campo clinico, ma anche nelle scienze di base e sociali, nell'epidemiologia clinica, nei servizi sanitari e negli esiti della ricerca. **La seconda:** se si vogliono garantire cure migliori a uomini e donne è necessario individuare indicatori di qualità sesso-stratificati per valutare se disparità di genere sono presenti anche a livello delle prestazioni cliniche. Se sì, è necessario individuare interventi da sviluppare per risolvere il problema. **La terza:** è dare priorità a ricerche che individuino i meccanismi nascosti che determinano tali disparità e che permettano di trovare evidenze per interventi efficaci per raggiungere l'equità nei trattamenti in

Tabella 7. **Gli effetti avversi preferiscono le donne.**

<ul style="list-style-type: none"> • Il fatto che le maggiori segnalazioni di effetti avversi riguardino le donne è oggi materia di discussione.
<ul style="list-style-type: none"> • In uno studio condotto in Canada si è registrato che il 70% dei ricoveri per reazioni avverse ai farmaci (ADR) era costituito da donne.
<ul style="list-style-type: none"> • Numerosi lavori scientifici sostengono che le donne sono più esposte degli uomini ad ADR.
<ul style="list-style-type: none"> • Questa maggiore sensibilità al rischio può dipendere da vari motivi: classe di medicinale, tipo di effetto avverso, età e stato fisiologico della donna.
<ul style="list-style-type: none"> • Non va però trascurato il fatto che le donne risultano generalmente sottoposte a dosaggi di farmaci che sono stati stabiliti su risultati ottenuti in sperimentazioni effettuate prevalentemente su uomini.

tema di salute e assistenza sanitaria.

Di cosa muoiono le donne? In Europa le malattie cardiovascolari sono causa di morte per le donne nel 43% dei casi, seguite dal cancro il 26% delle volte, dalle malattie respiratorie nel 6%, da suicidi e incidenti nel 5%, a cui si aggiunge un 20% di altre cause (Censis 2004).

Perché le donne si ammalano di più? Secondo l'indagine Istat - 2007 l'8,3% delle donne italiane denuncia un cattivo stato di salute contro il 5,3% degli uomini. Le malattie per le quali le donne presentano una maggiore prevalenza rispetto agli uomini sono: le allergie (+ 8%), il diabete (+ 9%), la cataratta (+ 80%), l'ipertensione arteriosa (+ 30%), alcune malattie cardiache (+ 5%), tiroidee (+ 500%), artrosi e artrite (+ 49%), osteoporosi (+ 736%), calcolosi (+ 31%), cefalea ed emicrania (+ 123%), depressione e ansietà (+ 138%), Alzheimer (+ 100%). Le malattie cardiovascolari e il tumore al polmone sono solo alcune delle patologie che un tempo colpivano maggiormente gli uomini e che oggi uccidono molte più donne. Le malattie cardiovascolari, in particolare, per quanto costituiscano in assoluto la prima causa di morte nei Paesi occidentali, presentano un trend d'incidenza in discesa per gli uomini e in costante salita per le donne. Ma non

è solo questione di numeri. La formazione delle placche aterosclerotiche è diversa tra i due sessi: nell'uomo è più precoce, nella donna meno ma accelera dopo la menopausa; le placche femminili inoltre possono portare ad infarto per erosione, mentre nell'uomo ciò avviene per esplosione. Diabete e fumo sono fattori di rischio più importanti nelle donne, laddove tra gli uomini contano di più il colesterolo totale e l'ipertensione. Non solo quelle cardiache, ma anche altre malattie, quali quelle autoimmuni, la depressione, la bulimia, l'anoressia, l'emicrania, l'intestino irritabile, sono decisamente più frequenti nel sesso femminile. Premesso che le donne sono le più grandi consumatrici di farmaci - i dati Istat mettono in luce che nel 2005 il loro consumo ha riguardato il 42% delle donne e il 32% degli uomini - notevoli differenze tra i due sessi si registrano anche nelle risposte alle terapie farmacologiche. Tra le tante singolarità, inoltre, è certo che le donne sono maggiormente soggette alle reazioni avverse da farmaci e che, queste si manifestino più gravemente che negli uomini. Si avverte, perciò, il bisogno non una di nuova specialità, ma piuttosto di una nuova specificità nell'approccio scientifico che si traduce in una ricerca biomedica sempre più capace di indagare la complessità e di produrre benefici in modo mirato (21).

Tabella 8. Formazione degli operatori sanitari e informazione al cittadino

<ul style="list-style-type: none"> • Diffondere negli operatori sanitari l'importanza delle differenze di genere per una terapia basata sulla evidenced based medicine (EBM) e delle peculiari interazioni farmacologiche che possono svilupparsi nel sesso femminile.
<ul style="list-style-type: none"> • Aumentare la consapevolezza nella donna verso la sua specifica biodiversità, ad esempio il 62% delle donne ancora oggi non percepisce come un problema che le riguarda le malattie cardiovascolari che invece rappresentano la prima causa di morte per le donne.
<ul style="list-style-type: none"> • Rendere la donna partecipe della propria cura anche in vista delle numerose interazioni farmaci-farmaci, farmaci-rimedi botanici, farmaci-supplementi alimentari etc. Tenendo in considerazione anche il fatto che esse sono le più grandi consumatrici di farmaci e rimedi botanici.

BIBLIOGRAFIA

1. WHO. *The World Health Report*, Geneva, 1998
2. Paoletti R. *Società italiana per la salute e la medicina di genere* - Novembre, 2007
3. Haley B. *The Jentl sindrome*. *N Engl J Med* 1991;325:274-5
4. Egidi V. *Epidemiologia delle malattie cardiovascolari in Italia*. *Libro degli Abstracts 1° Congresso Naz. Medicina di Genere Padova, 2009*, p. 21
5. Baggio G. *Fattori di rischio e prevenzione della malattia cardiovascolare*. *Libro degli Abstracts 1° Congresso Naz. Medicina di Genere, Padova, 2009*, p. 22
6. Bianconi L. *Mozione sulla Medicina di Genere*. Senato 2007 Roma
7. Wenger N. *PBS documentary "A woman's health"*, 2001
8. Garaci E. *Convegno sui farmaci di genere "Un giorno dedicato alla salute della donna"*, organizzato dall'I.S.S. ministerosalute.it - Roma, 28 maggio 2007
9. Turco L. *Convegno sui farmaci di genere "Un giorno dedicato alla salute della donna"*, organizzato dall'I.S.S. ministerosalute.it - Roma, 28 maggio 2007
10. Paoletti R. *Introduzione alla medicina di genere*. *Libro degli Abstracts 1° Congresso Naz. Medicina di Genere, Padova, 2009*, p. 16
11. Bierman AS. *Sex matters: gender disparities in quality and outcomes of care*. *CMAJ* 2007; 177:1520-1521
12. Fowler RA, Sabur N, Li P, et al. *Sex-and age-based differences in the delivery and outcomes of critical care*. *CMAJ* 2007; 177:1513-1519
13. Austad SN. *Why women live longer than men: sex differences in longevity*. *Gen Med* 2006;3:79-92
14. Eriksson J, Delvile L, Eklof M, Hagberg M. *Early inequalities in excellent health and performance among young adult women and men in Sweden*. *Gen Med* 2007;4:170-82
15. Harman SM. *Estrogen replacement in menopausal women: recent and current prospective studies, the WHI and the KEEPS*. *Gen Med* 2006;3:254-69
16. Migeon BR. *Why females are mosaics, X-chromosome inactivation, and sex differences in disease*. *Gen Med* 2007;4:97-105
17. *Institute of Medicine. Exploring the biological contributions to human health: does sex matter?* In: Wizemann TM, Pardue ML, eds. Washington, DC: National Academy Press; 2001:267
18. Brunner RL. *Understanding gender factors affecting self-rated health*. *Gen Med* 2006;3:292-4
19. Uden AL, Elofsson S. *Do different factors explain self-rated health in men and women?* *Gen Med* 2006;3:295-308
20. Di Blasio NW. *Equità di genere e pratica clinica*. *Il Pensiero Scientifico Editore Yahoo!Salute* 11 Dicembre 2007
21. *Current clinical issues. Reasons for sex-specific and gender-specific study of health topics*. *Ann Int Med* 2001;135:935-8