



MEDICINA DI GENERE

Prendersi cura delle Differenze

5 dicembre 2023

On. Dott.ssa Elisabetta De Blasis
Medico Cardiologo
Europarlamentare gruppo ECR



European Parliament



**EUROPEAN
CONSERVATIVES
AND REFORMISTS**



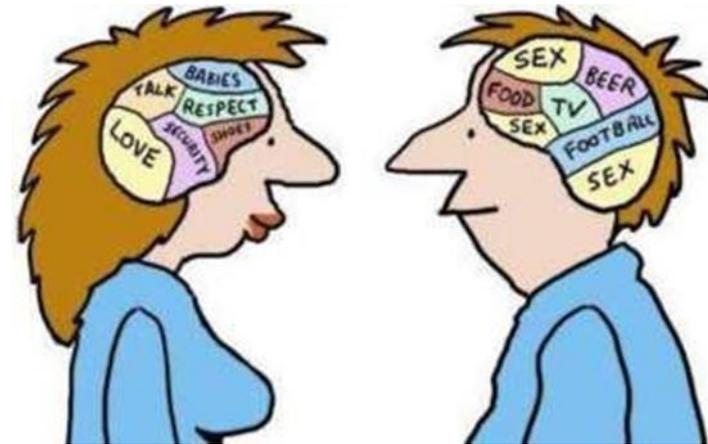
Cosa vuol dire Medicina di Genere



Scienza multidisciplinare che indaga l'influenza che **SESSO** e **GENERE** hanno sulla fisiologia, la fisiopatologia, la clinica delle malattie e la risposta ai trattamenti per giungere a decisioni terapeutiche più specifiche sia per l'uomo che per la donna
(MEDICINA PERSONALIZZATA)

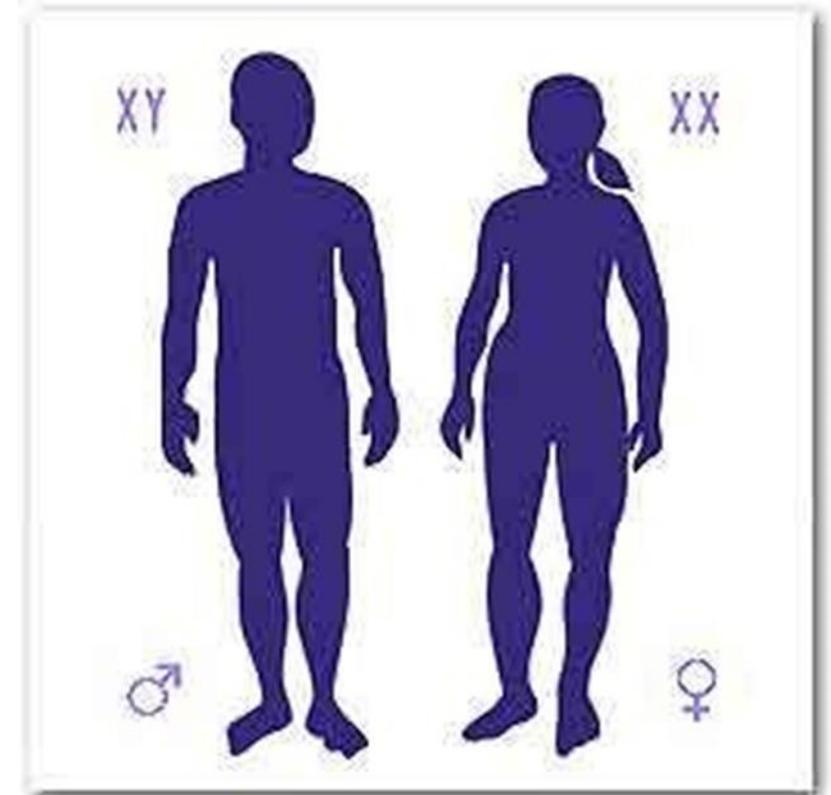
SESSO E GENERE NON SONO SINONIMI

ma sono integralmente connessi e possono avere delle diverse ripercussioni sullo stato di salute



SESSO

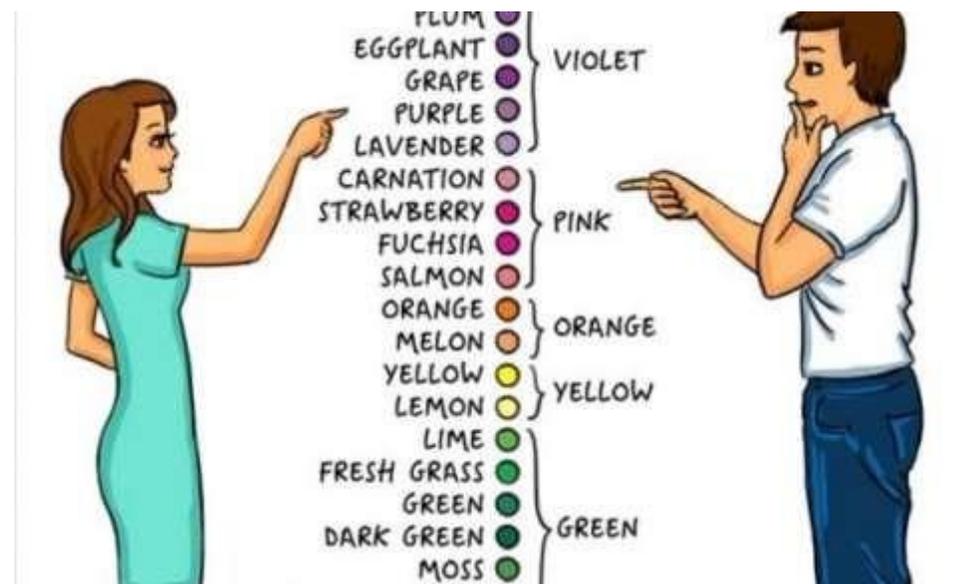
è considerato una componente biologica, definita dal corredo cromosomico che produce differenze a livello sia cellulare che molecolare (anatomiche, fisiologiche, biologiche e ormonali) permettendo una classificazione dell'individuo in **MASCHIO** o **FEMMINA**



GENERE

concetto che comprende aspetti sociali, ambientali, culturali e comportamentali che una società considera specifici per l'UOMO e per la DONNA.

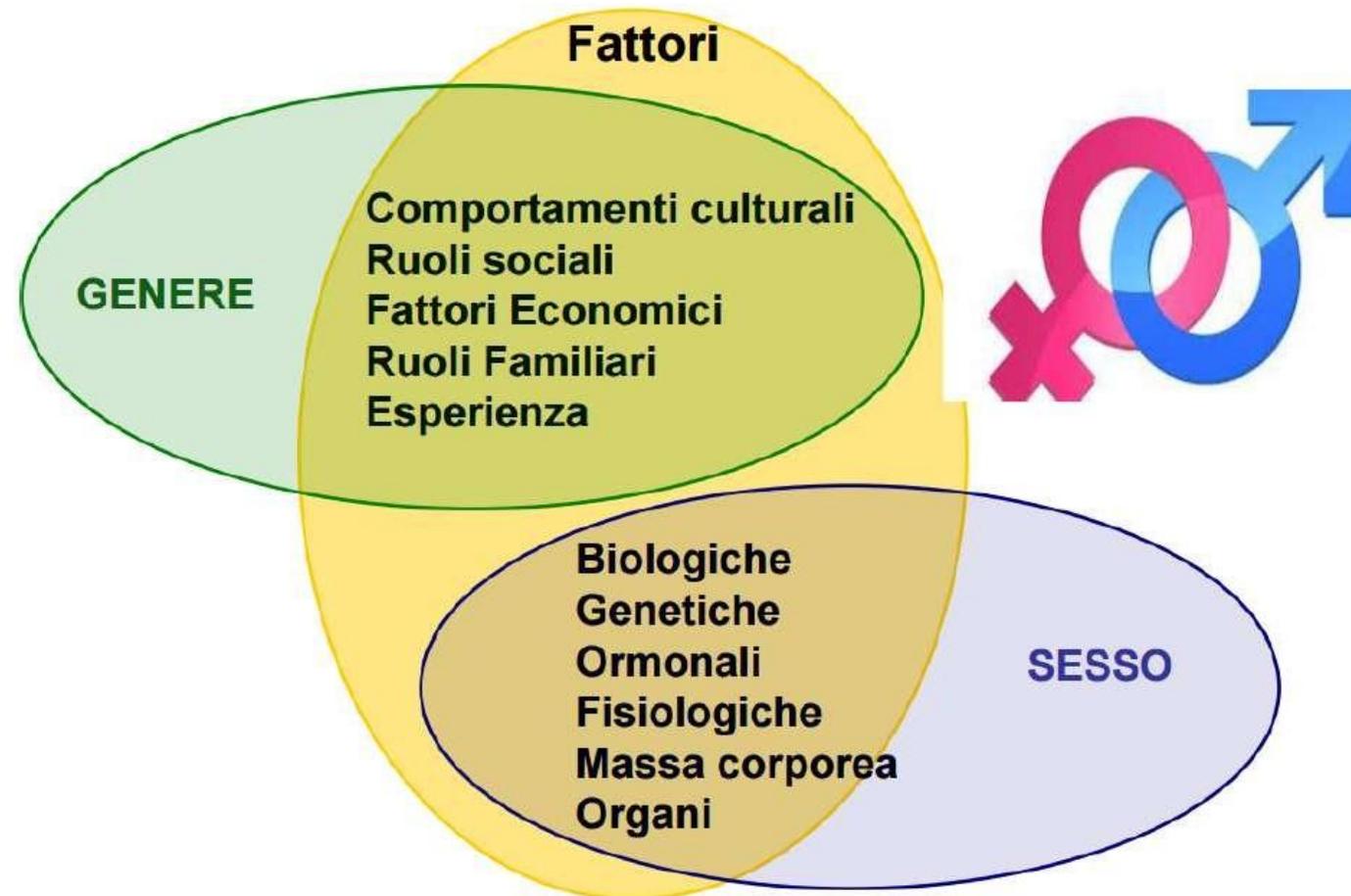
È il modo di vedersi come maschio o femmina anche in relazione al proprio ruolo sociale



MEDICINA DI GENERE

Fattori che ne influenzano la definizione

INDIVIDUO nella sua COMPLESSITA'



MEDICINA DI GENERE

Definizione



Essere biologicamente MASCHI O FEMMINE non significa essere automaticamente considerati UOMINI O DONNE

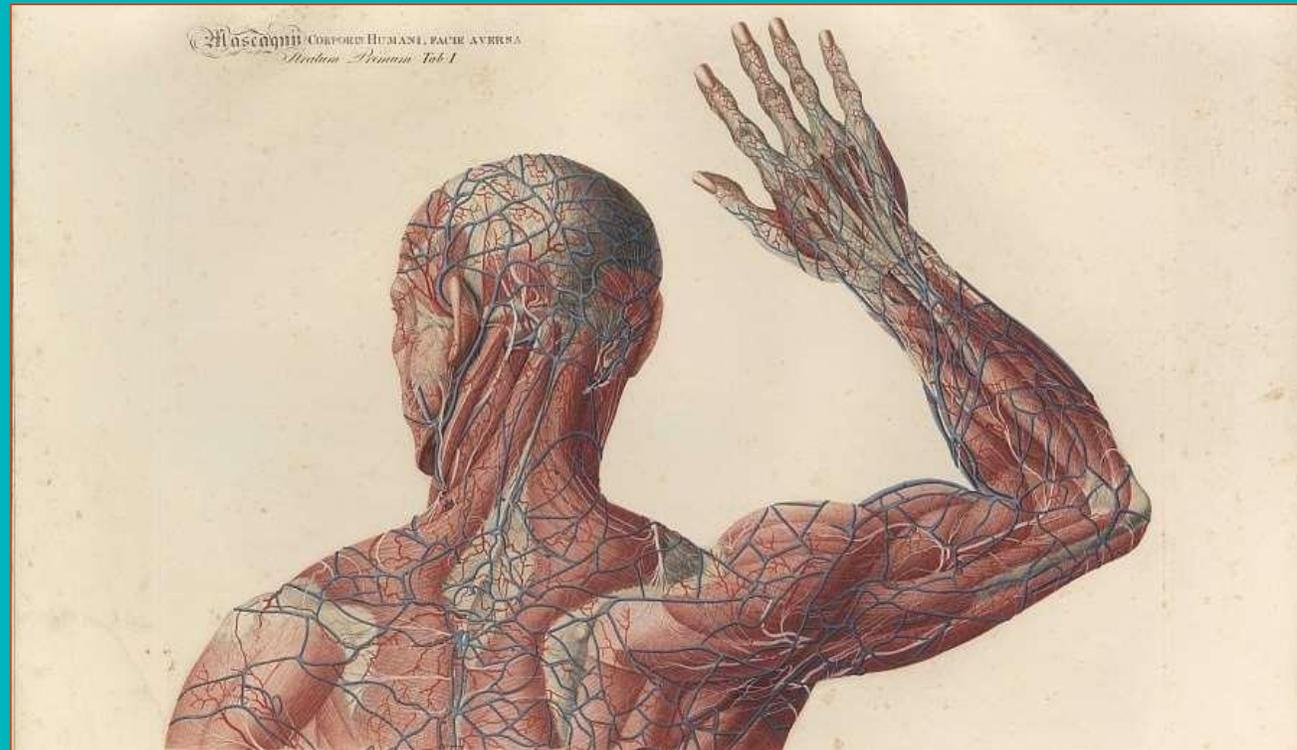
MASCHI E FEMMINE si nasce, UOMINI E DONNE si diventa

“Ogni società umana è composta da maschi e da femmine, riconoscibili non solo dalle caratteristiche anatomiche, ma anche da una serie di elementi culturali (abbigliamento, comportamento, ruolo sociale, status) che traducono il sesso, dato naturale, in genere. Infatti gli individui nascono sì sessuati, ma non dotati di genere. Questo si costruisce sulla base di tipologie condivise e accettate.”

L'influenza del genere si manifesta anche sulla SALUTE: un fenomeno prodotto, costituito, interpretato e vissuto socialmente dove il genere gioca un ruolo fondamentale.

Le due anime della medicina, **arte e scienza**, si sono occupate per secoli dell'uomo nel senso stretto del termine: giovane, bianco, 70 kg di peso:

Visione «androcentrica»





Molti studi clinici hanno descritto le malattie ed il loro trattamento concentrandosi prevalentemente, o talvolta esclusivamente, su caratteristiche di un solo sesso (quello maschile)

Lavori su fattori di rischio e prevenzione delle malattie cardiovascolari

- Baltimore's longitudinal study on aging (1958-1975): nessuna donna
- Physicians' health study of aspirin and CVD: 22.071 arruolati, nessuna donna
- MRFIT (1986): 355.222 uomini (nessuna donna)
-
- WOSCOPS (1995): 6600 arruolati, nessuna donna



Il genere donna negli studi cardiologici europei

Trial	soggetti	donne %	riferimento
GISSI-1	11 711	25	Lancet 1986;1:397-402
ISIS-2	17 187	23	Lancet 1988;2:349-360
GISSI-2	12 490	20	Lancet 1990;336:65-71
GISSI-3	18 023	22	Lancet 1994;343:1115-22
4S	4 444	19	Lancet 1994;334:1383-89
ISIS-4	58 050	26	Lancet 1995;345:669-685
SMILE	1 556	27	NEJM 1995;332:80-85
EMIAT	1 486	16	Lancet 1997;349:667-674
GISSI-P	11 324	15	Lancet 1999;354:447-52
CIBIS-2	2 647	19	Lancet 1999;353:9-13

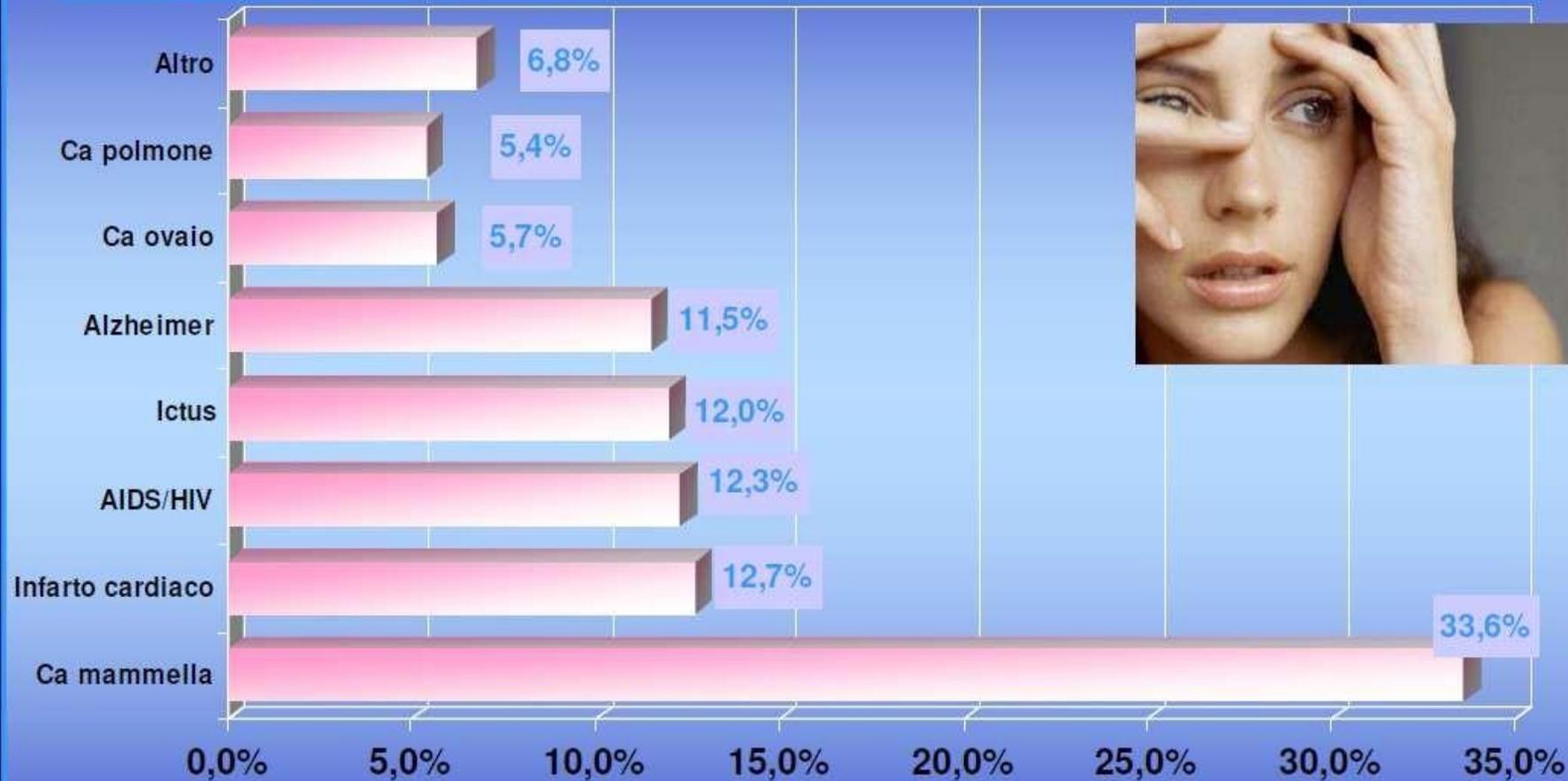


La medicina ha sofferto della cosiddetta **Sindrome del bikini** concentrando la ricerca dei disturbi specificamente femminili solamente sull'apparato riproduttivo e sul seno:
screening oncologici con paptest e mammografia



Le donne e la conoscenza delle malattie

Dm1 Quali, tra le seguenti malattie, Le incutono maggiori timori?



Base: 1000 donne over 50 anni

Datanalysis

Dipartimento Studi Socio Sanitari





Il luogo comune

*Le donne son
'omini anche loro*



Medicina Di Genere

Il “gender effect” consiste nell’interrogarsi su **come il fatto di essere uomini o donne**, non solo sessualmente maschi o femmine, ma anche portatori di particolari **ruoli sociali e culturali**, possa influenzare il rischio di sviluppare malattie, la loro percezione e il conseguente impatto sulla qualità della vita.



Negli anni '90 qualcosa cambia...



The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE

HOME | ARTICLES & MULTIMEDIA ▾ | ISSUES ▾ | SPECIALTIES & TOPICS ▾ | FOR AUTHORS ▾ | CME ▸

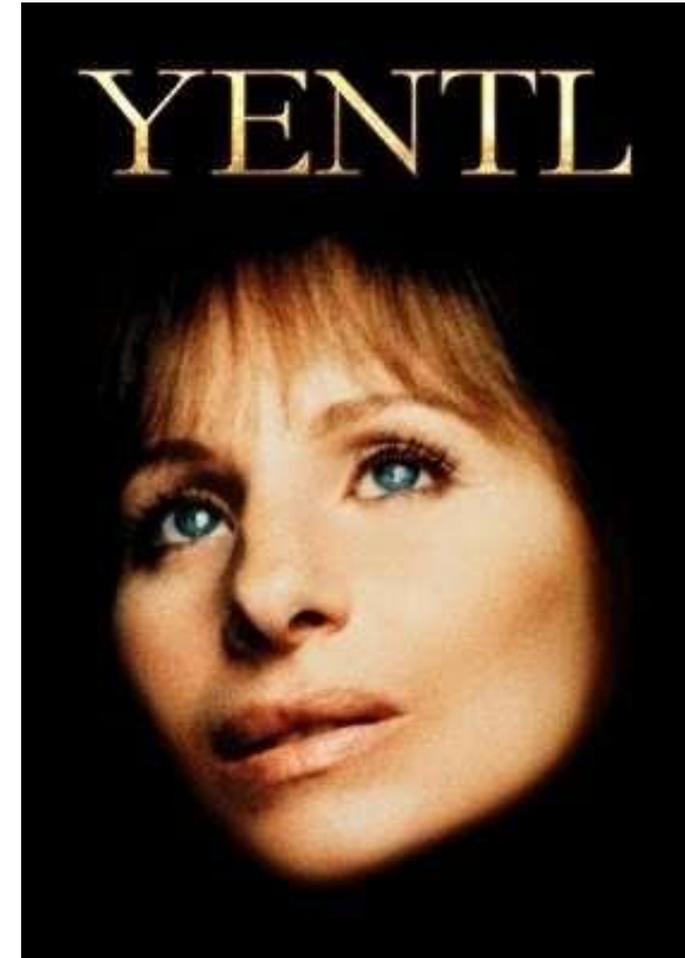
This article is available to subscribers.
Sign in now if you're a subscriber.

Free Preview | PRINT | E-MAIL | DOWNLOAD CITATION | PERMISSIONS

EDITORIAL

The Yentl Syndrome

Bernadine Healy, M.D.
N Engl J Med 1991; 325:274-276 | July 25, 1991 | DOI: 10.1056/NEJM199107253250408



Protagonista di un racconto ambientato nei primi anni del Novecento del premio Nobel Isaac Bashevis Singer, **Yentl** è una giovane ebrea polacca che, per poter studiare, si è finta maschio travestendosi e rasandosi i capelli.

"Yentl, the yeshiva boy" tratto dal libro di Isaac B. Singer



This article is available to subscribers.
Sign in now if you're a subscriber.

Free Preview

PRINT | E-MAIL | DOWNLOAD CITATION | PERMISSIONS

EDITORIAL

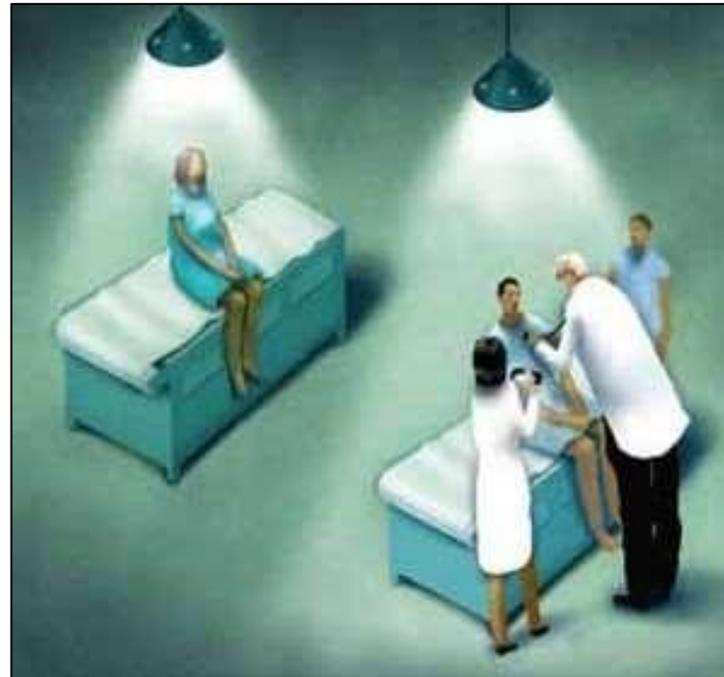
The Yentl Syndrome

Bernadine Healy, M.D.

N Engl J Med 1991; 325:274-276 | July 25, 1991 | DOI: 10.1056/NEJM199107253250408



Nel 1991 la prima volta venne menzionata in medicina la “*questione femminile*”. La dottoressa Bernadine Patricia Healy, cardiologa americana e prima donna Direttrice del *National Institute of Health (NIH)*, pubblicò un editoriale sul *New England Journal of Medicine*, intitolato “*The Yentl syndrome*”, nel quale evidenziava la **differente gestione della patologia coronarica** nei due generi, con un numero ridotto di interventi diagnostici e terapeutici effettuati sulle donne rispetto agli uomini, a parità di condizioni e, dunque, un approccio clinico-terapeutico **discriminatorio e insufficiente** se confrontato con quello praticato nei confronti degli uomini.



Il sesso femminile, può attendere le terapie antalgiche di cui necessita più a lungo rispetto a quello maschile.

Un'indagine nata intorno a 92mila interventi effettuati nei pronto soccorso americani, ha dimostrato che i tempi di attesa sono, in linea generale, più lunghi per le donne. Dall'analisi è risultato anche che, a pari intensità dei sintomi dolorosi, le donne hanno meno probabilità di ricevere una terapia analgesica e, coloro le quali riescono a riceverla, aspettano più a lungo degli uomini. Un'altra ricerca, addirittura, ha rilevato che le donne con sintomi dolorosi sono ancora vittime di "ritardi nella diagnosi, terapie improprie e di non dimostrata efficacia, mancanza di riguardo, disprezzo e discriminazione da parte del sistema sanitario".

VIAGRA: UN CASO DI DATA GAP SPIEGA LA SINDROME DI YENTL



Il caso di una terapia probabilmente utile a placare i sintomi legati alla dismenorrea smaschera una verità che potrebbe spiegare qual è il meccanismo di discriminazione alla base della sindrome di Yentl e i motivi per cui i medici, talvolta, assegnano diagnosi sbagliate e terapie poco efficaci alle donne.

Negli anni '90, il Viagra è stato inizialmente testato come farmaco contro le cardiopatie. I partecipanti alla sperimentazione (tutti uomini) hanno riscontrato un aumento delle erezioni. Nel 2013, un test sul principio attivo del Viagra, il sildenafil citrato, ha dimostrato che questo può donare sollievo alla dismenorrea per più di quattro ore senza effetti collaterali apprezzabili.

Nel 1996 il sildenafil citrato è stato brevettato per risolvere un problema circoscritto alla popolazione maschile. La sperimentazione clinica è andata avanti per un breve periodo con un campionario di donne che, in quella fase, segnalavano sollievo al dolore provocato dalla dismenorrea.

La sperimentazione clinica è stata interrotta per mancanza di fondi con la raccomandazione di effettuare studi clinici approfonditi. Le richieste di finanziamento che sono seguite a questa interruzione sono state bocciate e il documento finale del primo test non è stato sottoposto a revisione, come se la dismenorrea non fosse un problema prioritario di salute pubblica.

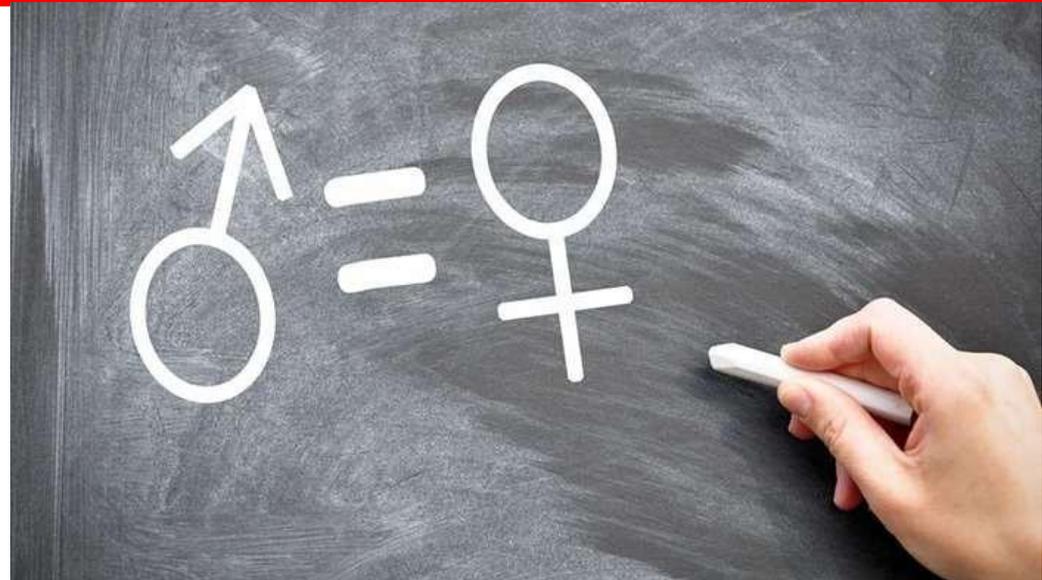
La dismenorrea è uno dei sintomi femminili che rientrano all'interno di un divario di genere riferito ai dati, il **gender data gap**. In questo specifico caso, l'assenza di numeri è riferita alla sperimentazione clinica, alla ricerca medica, all'interesse delle commissioni di finanziamento, ai fondi, alla presenza femminile nei campionari e non solo.

Nei casi più gravi, è bene ricordare, l'intensità del dolore che le donne percepiscono durante la sindrome premestruale è paragonabile a un infarto.

La medicina di genere non è la «medicina delle donne»

L'ottica di genere applica alla medicina il principio di diversità tra i generi per garantire a tutti, uomini e donne, il miglior approccio clinico, diagnostico e terapeutico in funzione della specificità di genere.

Equità e pari opportunità



Lo scenario



Un 'Italia che invecchia.....



L'Italia si spopola e invecchia: in 50 anni 12 milioni in meno

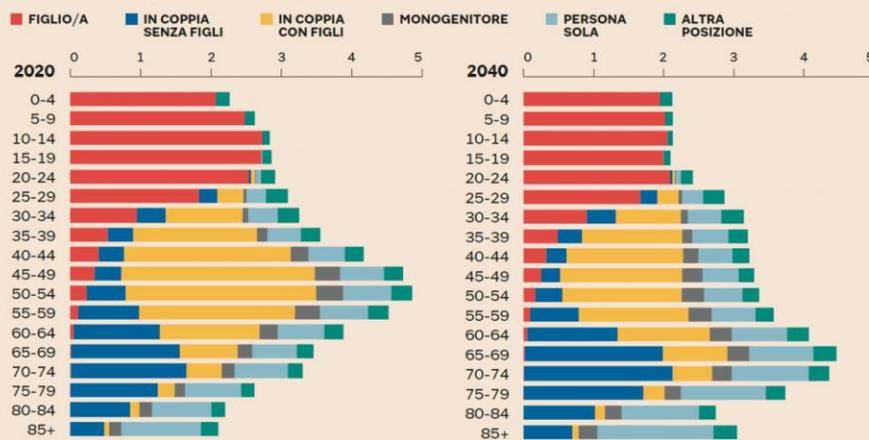
La crisi demografica

Istat: nel 2070 i residenti saranno circa 47 milioni (oggi sono quasi 60 milioni)

L'Istituto di statistica stima per il 2050 una età media degli italiani di 50,7 anni

Popolazione per posizione familiare

Anni 2020 e 2040, scenario mediano, valori assoluti in milioni



Fonte: Istat

La fotografia.
Con il passare del tempo la popolazione perde la sua fisionomia iniziale: stante l'aspettativa di vita alla nascita di circa 80 anni e 400mila nascite all'anno

ALLARME ISTAT: L'ITALIA INVECCHIA E SI SPOPOLA

L'AUMENTO DELL'ETÀ MEDIA

Dati in anni e decimi di anno

2020	MEDIA ITALIA	2070
45,7	50,7	

NORD

2020	2070
46,3	49,7



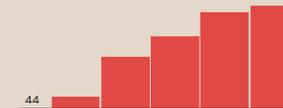
CENTRO

2020	2070
46,4	51,1



MEZZOGIORNO

2020	2070
44,6	52,1



Fonte: Istat

IL CALO DELLA POPOLAZIONE

Dati in milioni

2020	TOTALE ITALIA	2070
59,6	47,6	

NORD

2020	2070
26,6	24,3



CENTRO

2020	2070
11,8	9,7



MEZZOGIORNO

2020	2070
20,2	13,6



QUADRO DEMOGRAFICO TRAGICO,
ULTIMO APPELLO PER CAMBIARE

... ma la DONNA è più LONGEVA!!!!



Aspettativa di vita alla nascita



	Uomini	Donne
2006	78.4	84.0
2009	78.9	84.1
2011	79.4	84.5
2013	79.9	84.6
2014	80.3	85.0
2015	80.1	84.7
2017	80.5	84.9
2022	80.5	84.4

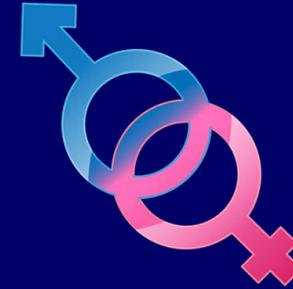
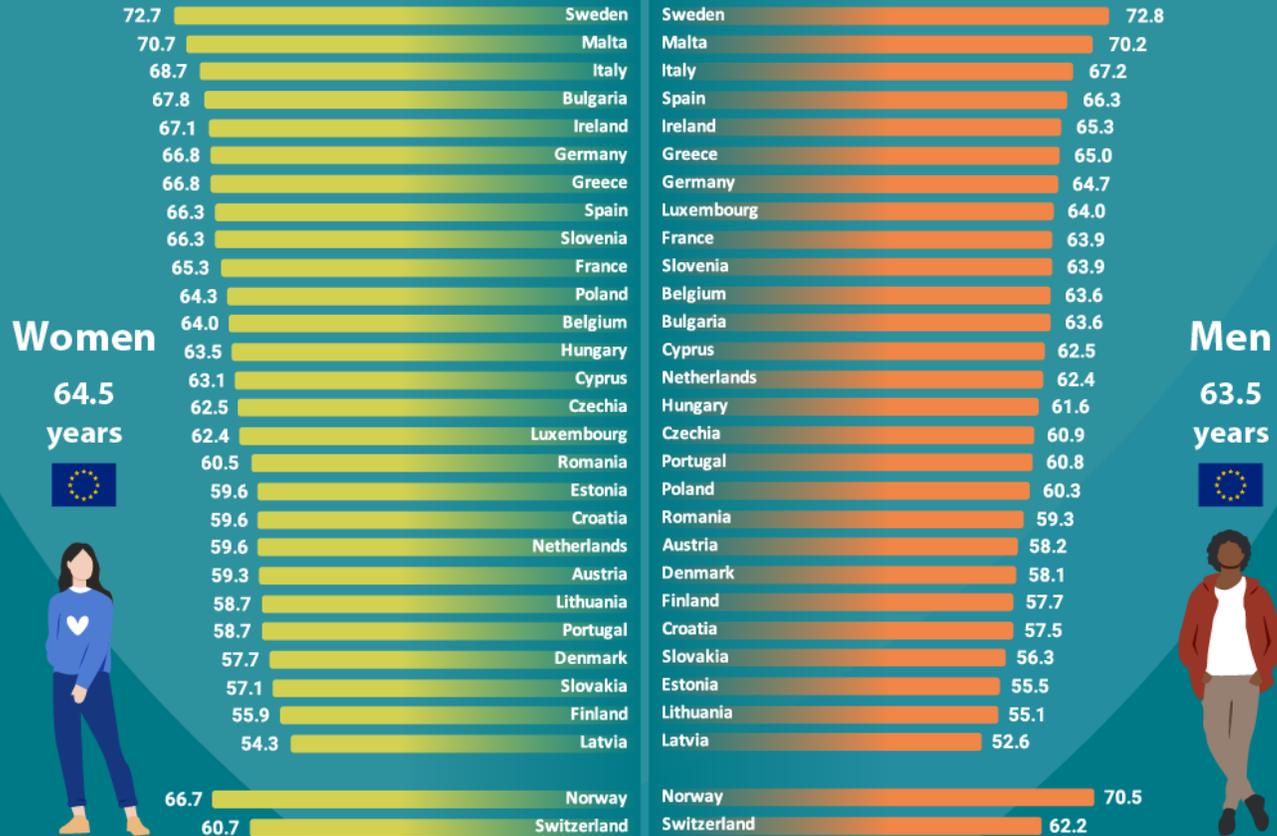


Healthy life years at birth (2020 data)



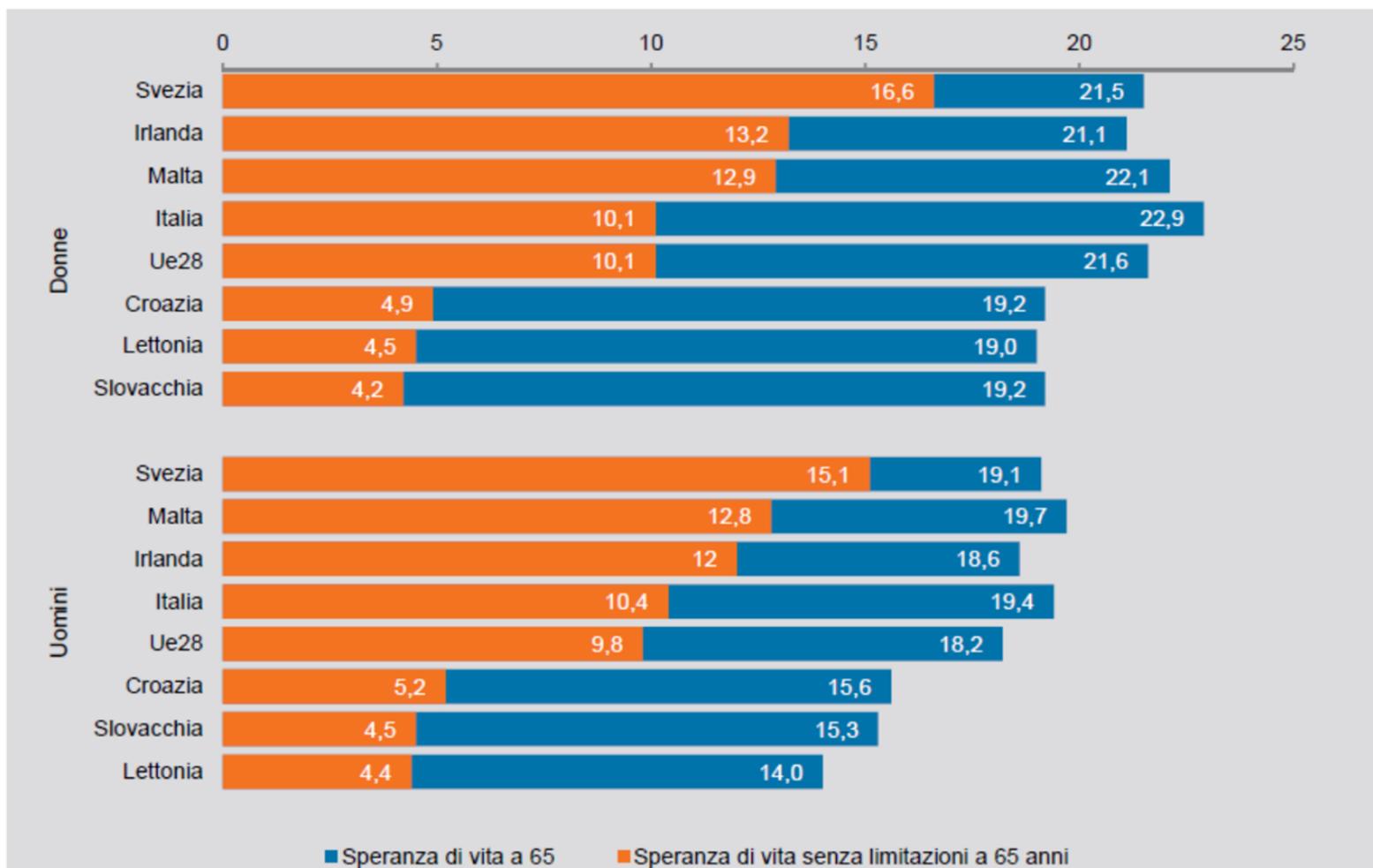
Healthy Life Years:

the number of years that a person is expected to live without an activity limitation (disability).



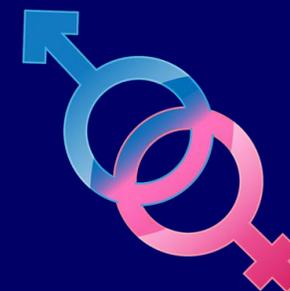
Italia 3° posto per
aspettativa di vita **in buona salute** rispetto agli altri
Paesi europei

Speranza di vita a 65 anni e speranza di vita senza limitazioni nelle attività a 65 anni per sesso in alcuni paesi europei (a). Anno 2016. In anni



Fonte: Istat, Elaborazione su dati Eurostat

(a) Sono rappresentati, oltre all'Italia e alla media Ue28, i tre paesi con il valore più alto della speranza di vita senza limitazioni nelle attività a 65 anni, e i tre paesi con il valore più basso.



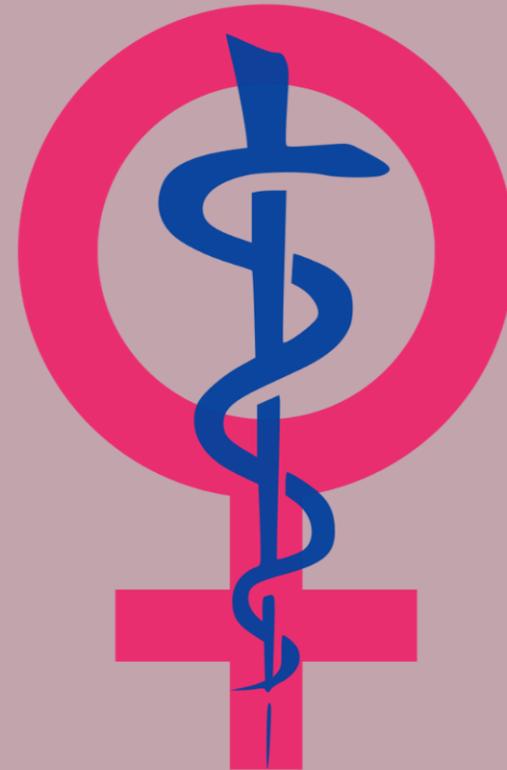
Aspettativa di vita

rispetto

Aspettativa di vita
in buona salute

Dopo i 65 anni

È IMPORTANTE CAPIRE
QUANTO LA MEDICINA PER
LA DONNA SIA DIVERSA DA
QUELLA PER L'UOMO





- ❑ Le donne presentano una longevità maggiore rispetto agli uomini
- ❑ Le donne riportano e soffrono di un numero maggiore di patologie, di disabilità e di giorni di ospedalizzazione
- ❑ **Gli uomini in età avanzata appaiono più robusti e forti, ma muoiono di più e prima**
- ❑ **L'8,3% delle donne italiane denuncia un cattivo stato di salute contro il 5,3% degli uomini**
- ❑ Le donne sono le maggiori utilizzatrici di farmaci

Donne e farmaci: il Paradosso

Le donne consumano più farmaci ma godono di minor garanzie in termini di efficacia, tollerabilità e sicurezza rispetto agli uomini

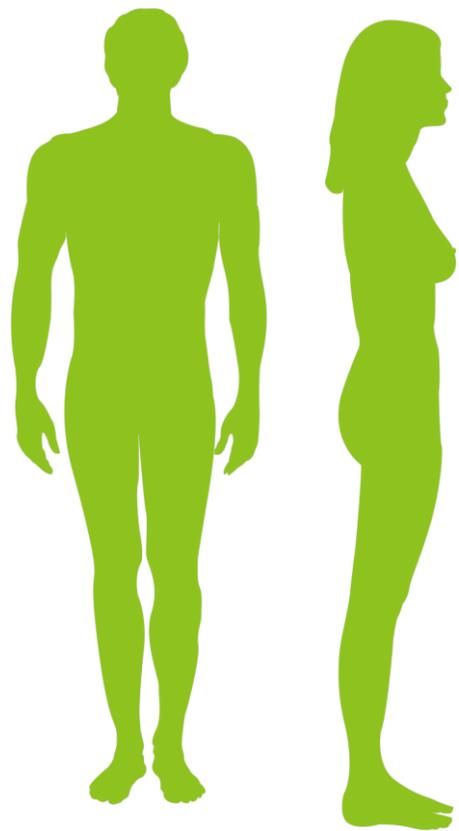
I farmaci risultano meno studiati nel genere che ne fa più largo consumo e in cui le reazioni avverse sono più gravi e frequenti



I farmaci in commercio sono quasi tutti testati su un soggetto maschio di 70 Kg di peso. Se volessimo pensare solo a questo parametro, potremmo facilmente capire come un farmaco potrebbe essere sovra o sottodosato in un soggetto di peso inferiore o superiore.



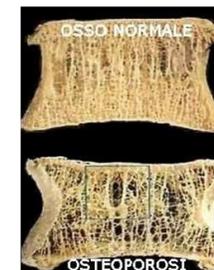
Differenze di genere nelle diverse patologie



Malattie
cardiovascolari



Osteoporosi



NEOPLASIE



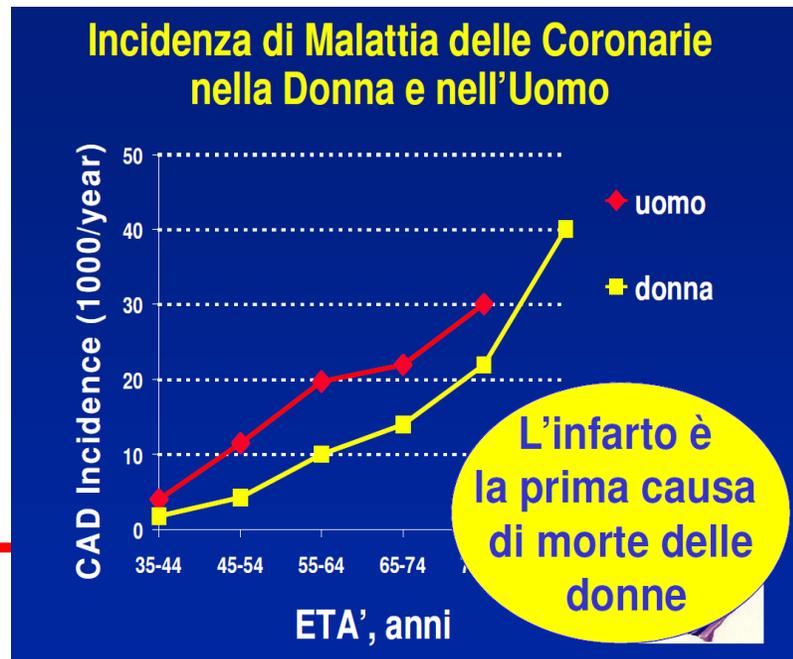
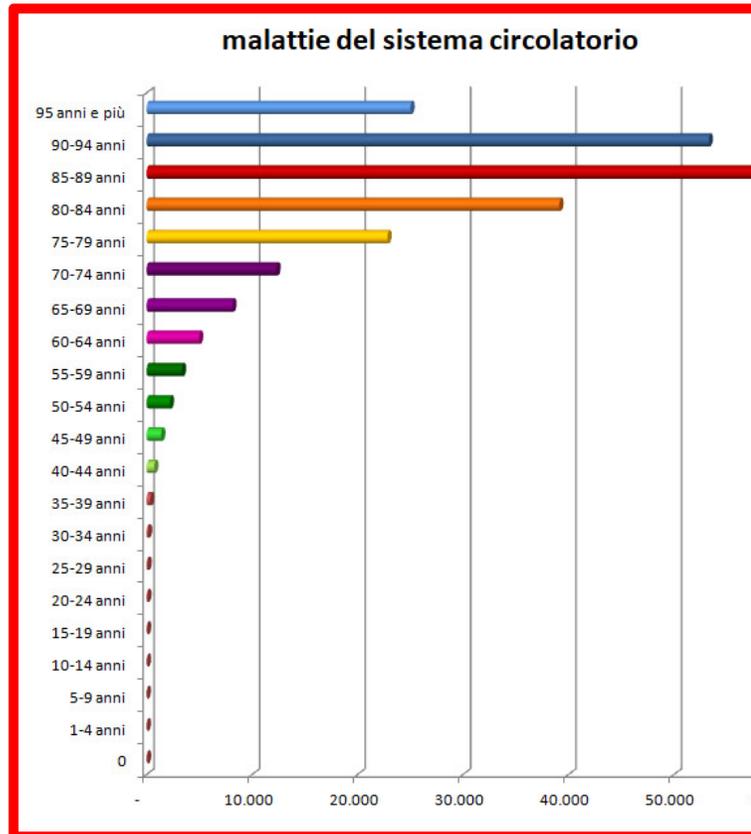
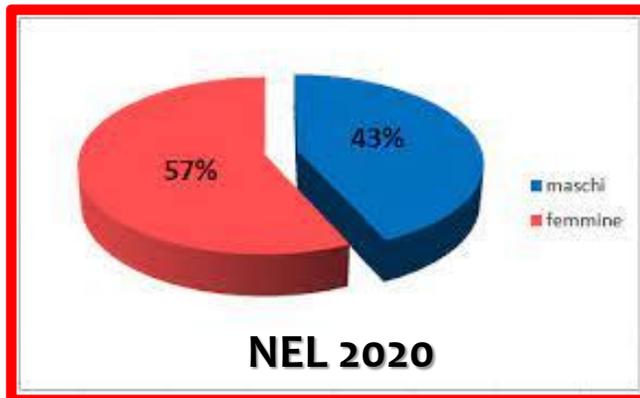
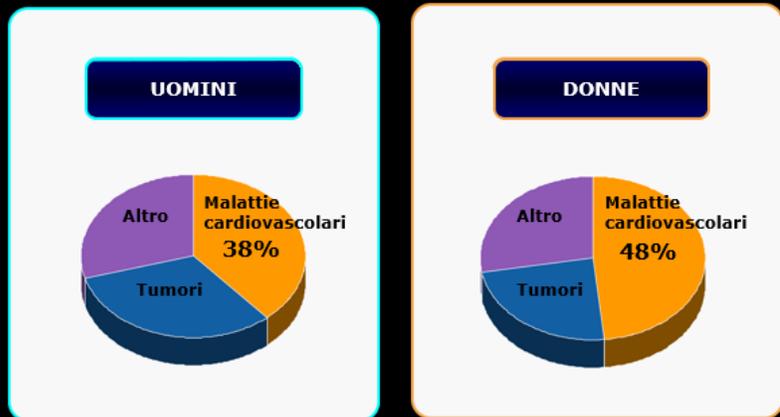
DEPRESSIONE



DEMENTIA

PATOLOGIA CARDIOVASCOLARE

Le principali cause di morte in Italia nel 2014





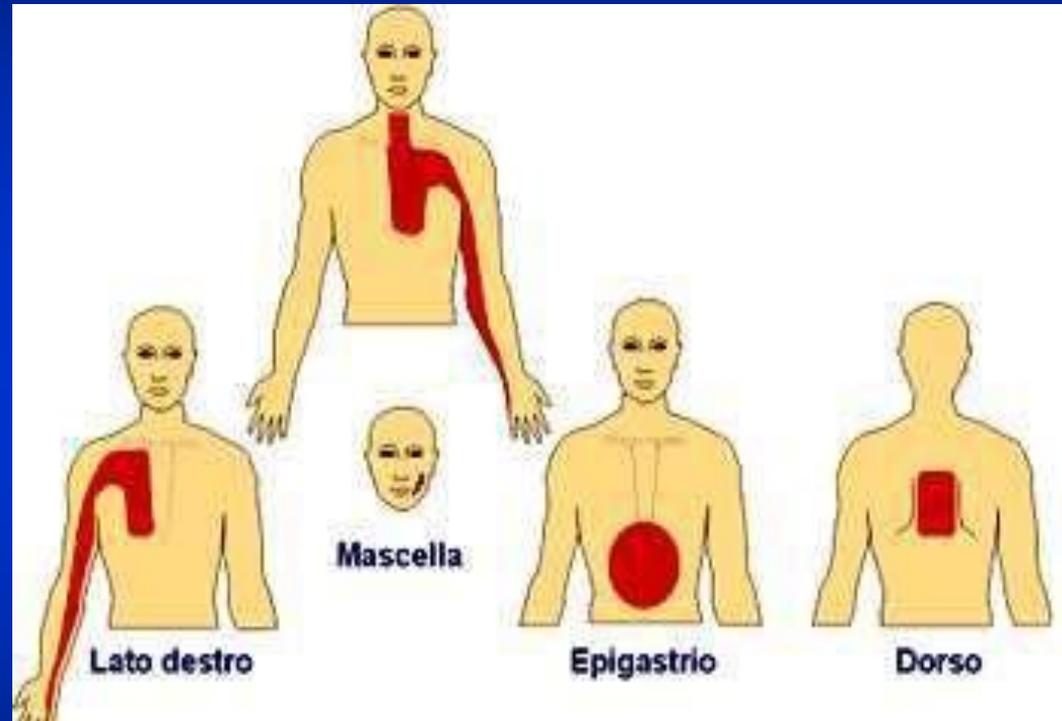
Cardiopatia Ischemica nella Donna

**Sintomi
atipici**



Dolore toracico atipico

- Sedi atipiche
- Irradiazioni atipiche
- Spesso descritto come urente o trafittivo
- Alcune volte il dolore manca completamente o non è l'elemento principale e il quadro è dominato dalle **manifestazioni neurovegetative**
- Alcune volte si presenta come profonda astenia





Cardiopatia Ischemica nella Donna

Età d'insorgenza più elevata

Aterosclerosi "recente" → Placche più "giovani"

Patologia microvascolare

Deficit di cinetica ventricolare
Maggior compromissione emodinamica

Coronaropatia più frequentemente monovasale

Perché c'è una maggiore mortalità nelle donne ?

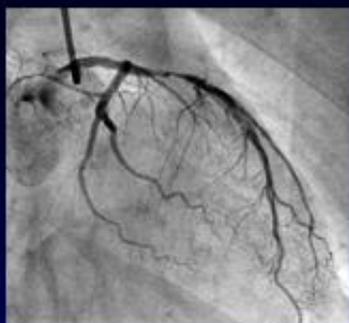


Nella donna sono più frequenti dopo infarto



Perché c'è una maggiore mortalità nelle donne ?

DIFFERENZE ANATOMO-PATOLOGICHE



Nella donna giovane:
prevale l'**erosione** degli
superficiali di placca con tro
coronarica

Nel sesso maschile e nella
donna anziana:
prevale la **rottura** profonda
placca per riduzione di spessore
del cappuccio

La donna è meno sottoposta a
coronarografie, PTCA, Stent,
By passes
indipendentemente dall'età!

Noel Bairey Merz , Eur Heart J 2011

PARTENZE				
TIPO	DESTINAZIONE	ORARIO	RIT	BIN
EXP 900	TORINO P.N.	03-25	310"	.
EXP 1616	MILANO P.GAR	03-43	245"	7
IC 788	MILANO C.LE	04-12	250"	.
IC 784	MILANO C.LE	05-45	160"	.
EXP 906	TORINO P.N.	06-18	200"	.
EXP 1646	MILANO C.LE	06-33	135"	.
EXP 926	MILANO C.LE	07-00	225"	.
EXP 1576	MESTRE	07-05	120"	.
REG 11520	S.PIETRO C.	07-21	25"	11

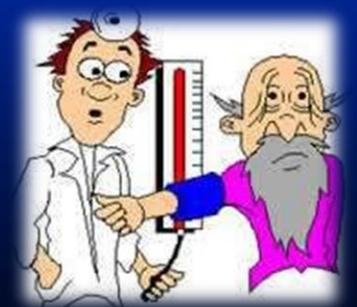
ze MA ANCHE
Q
NTOMI E DIAGNOSI
solo!



I FATTORI DI RISCHIO hanno un impatto differente nella DONNA



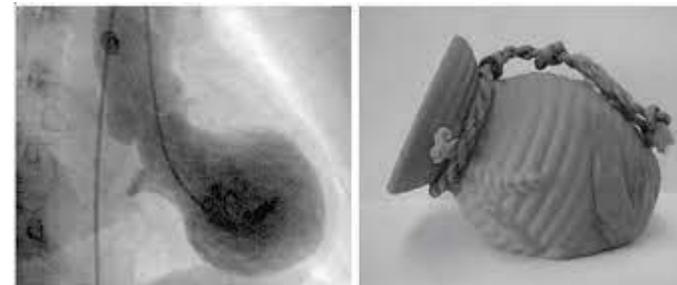
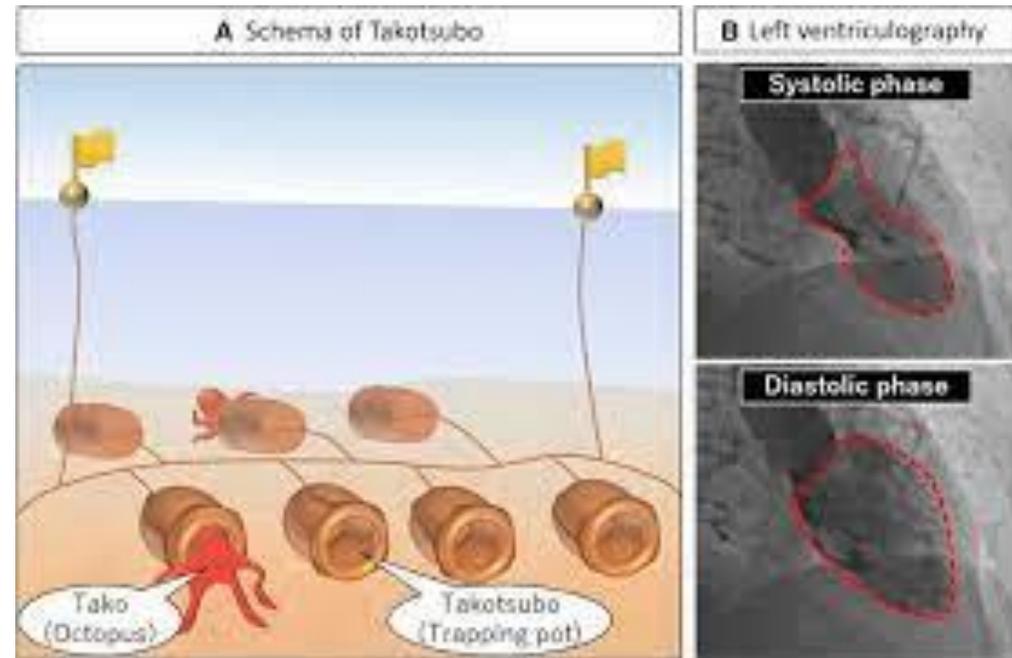
- **Diabete** molto più aggressivo sulle arterie delle donne
- **Colesterolo** totale meno importante del colesterolo **HDL**
- **trigliceridi** molto importanti
- **Fumo** di sigaretta più dannoso
- **Ipertensione** pericolosa anche a valori più bassi
- **Sindrome metabolica** più frequente





SINDROME DI TAKO-TSUBO

La **sindrome di Takotsubo**, detta anche *sindrome del cuore infranto* o *troppo felice* o cardiomiopatia da stress, consiste in una sofferenza cardiaca temporanea che può riprodurre tutti i sintomi tipici dell'infarto e che scaturisce da una situazione stressante o emotiva molto importante vissuta dal paziente.



Donne e uomini pur essendo soggetti alle stesse patologie presentano

- **Sintomi**
- **Progressione della malattia**
- **Risposta alle cure**

Molto diversi tra loro



....E anche il vissuto è spesso diverso



Ma a difesa degli uomini va detto che



Canadian doctor says there's evidence the 'man flu' is actually real Journal article explores possibility men experience harsher cold and flu symptoms than women

By Kas Roussy, [CBC News](#) Posted: Dec 11, 2017 6:55 PM ET

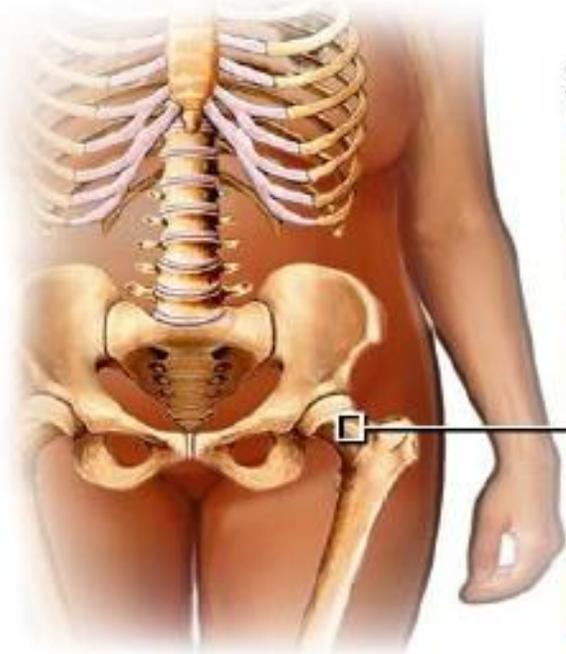
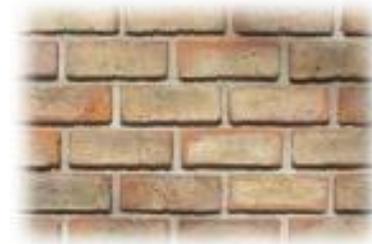
Tra i tanti luoghi comuni che descrivono il rapporto tra uomini e donne, uno molto utilizzato è quello secondo cui le femmine resistono di più all'influenza, rimanendo attive nonostante la febbre, mentre i maschi appena superano i 37 gradi si considerano in fin di vita. Uno studio condotto in Canada ha invece scoperto che l'influenza è più forte nei maschi, i quali, a causa del testosterone, **fanno più fatica delle femmine a guarire**. Da questo punto di vista i maschi hanno **difese immunitarie** più deboli.



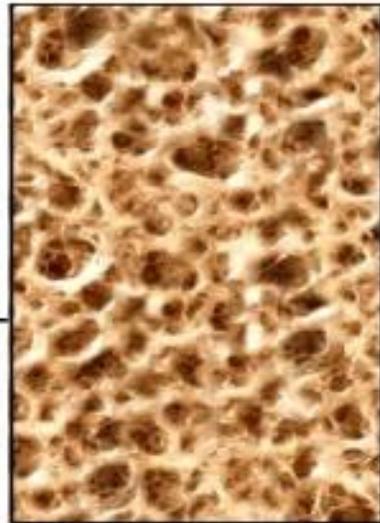
OSTEOPOROSI

è caratterizzata da

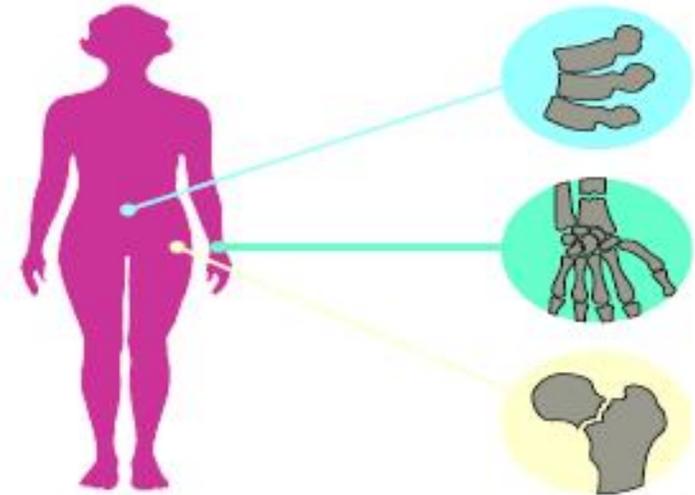
- riduzione della massa ossea
 - deterioramento della microarchitettura del tessuto osseo
- aumento della fragilità ossea → **aumento del rischio di frattura**



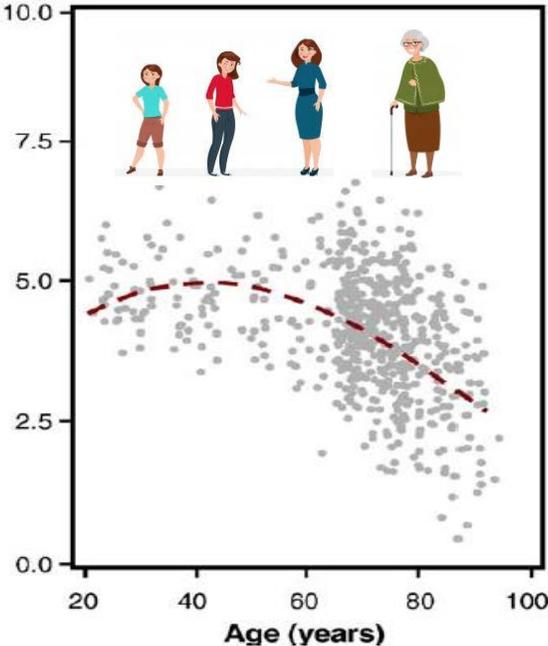
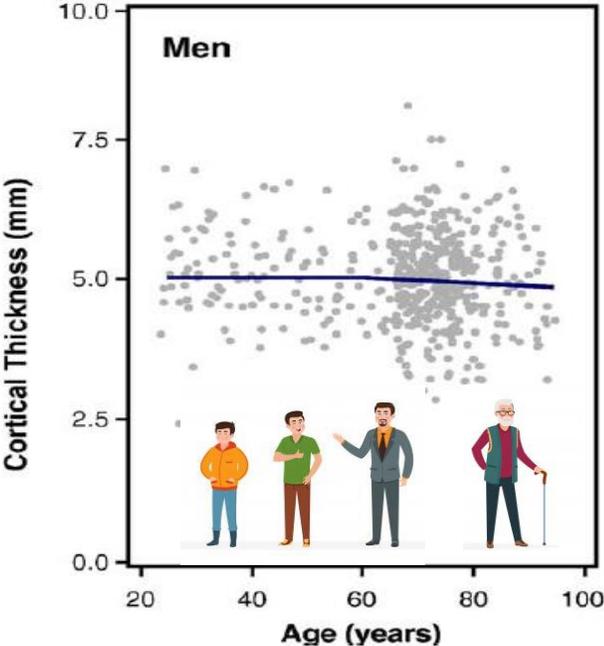
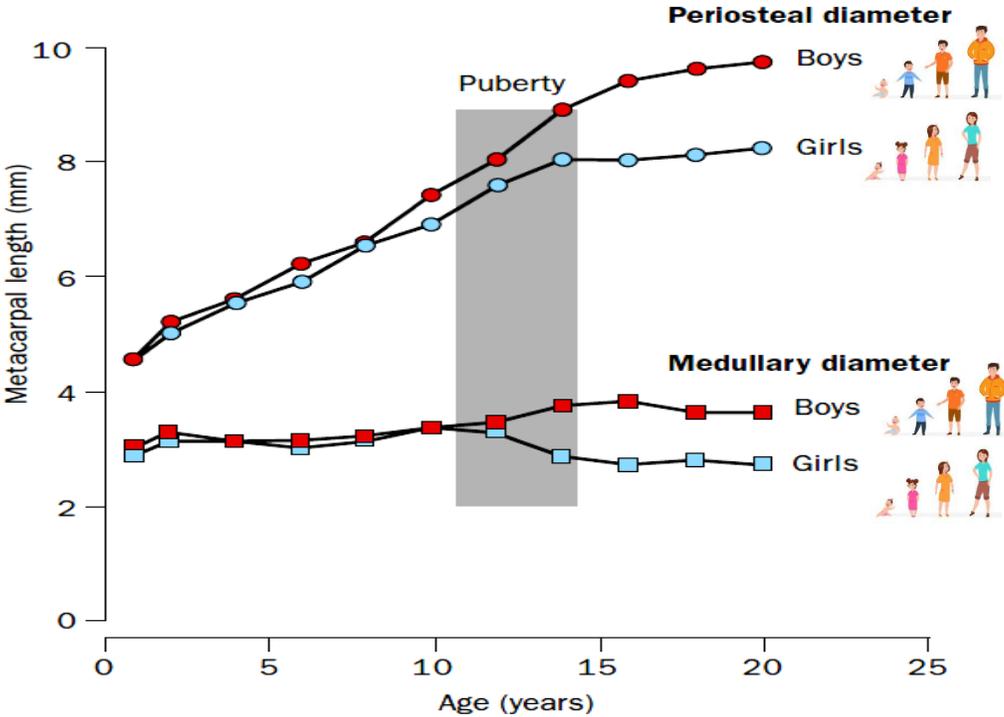
Normal bone matrix



Osteoporosis



CARATTERISTICHE DELL'OSSO



OSTEOPOROSI

Individuals with osteoporosis in Italy

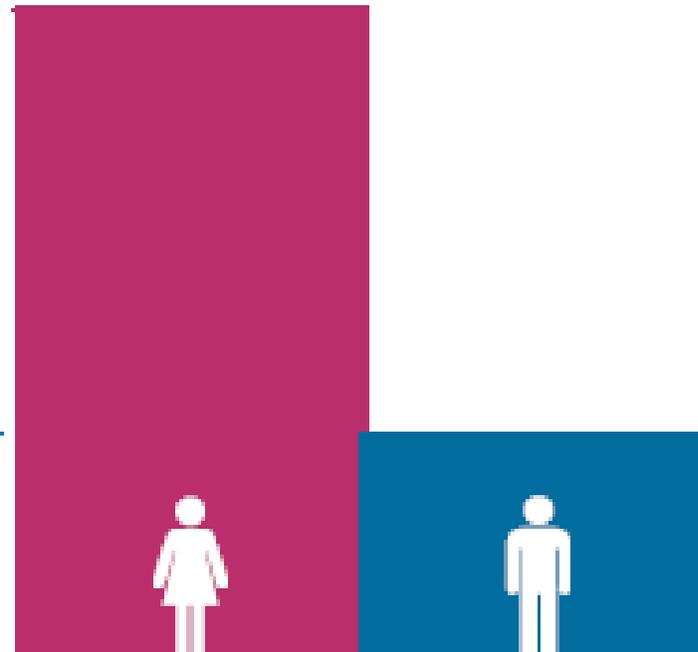
4,359,000

INDIVIDUALS WITH OSTEOPOROSIS IN 2019



79.8%
WOMEN

20.2%
MEN





**MA QUALE È IL VERO
PROBLEMA
DELL'OSTEOPOROSI ?**

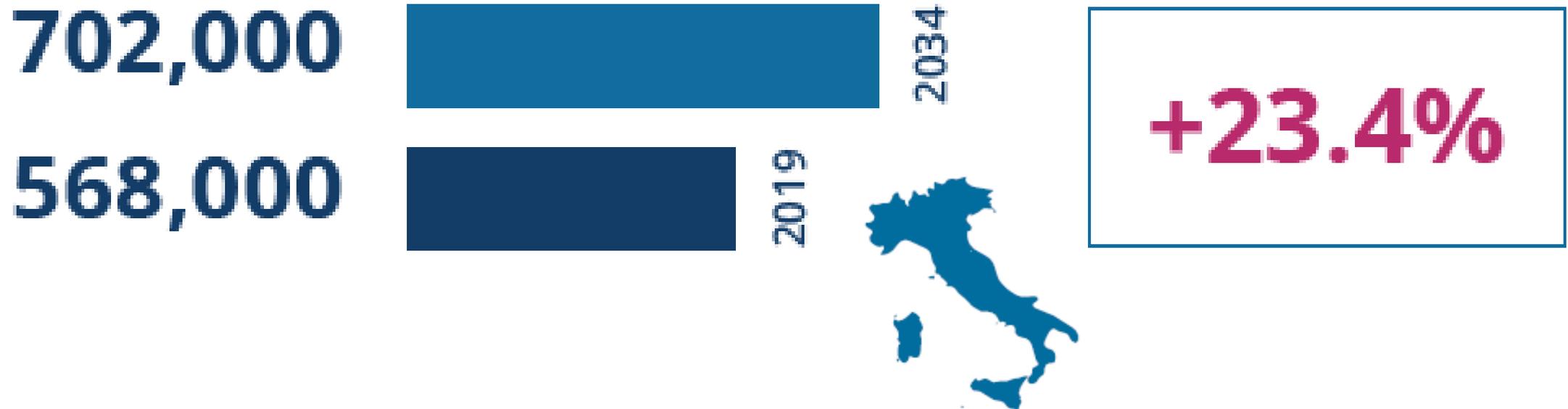
FRATTURE

A 50 anni, il rischio di frattura è del 15,6% per le donne e del 5% per gli uomini



Italy 

Projected increase in the number of fragility fractures

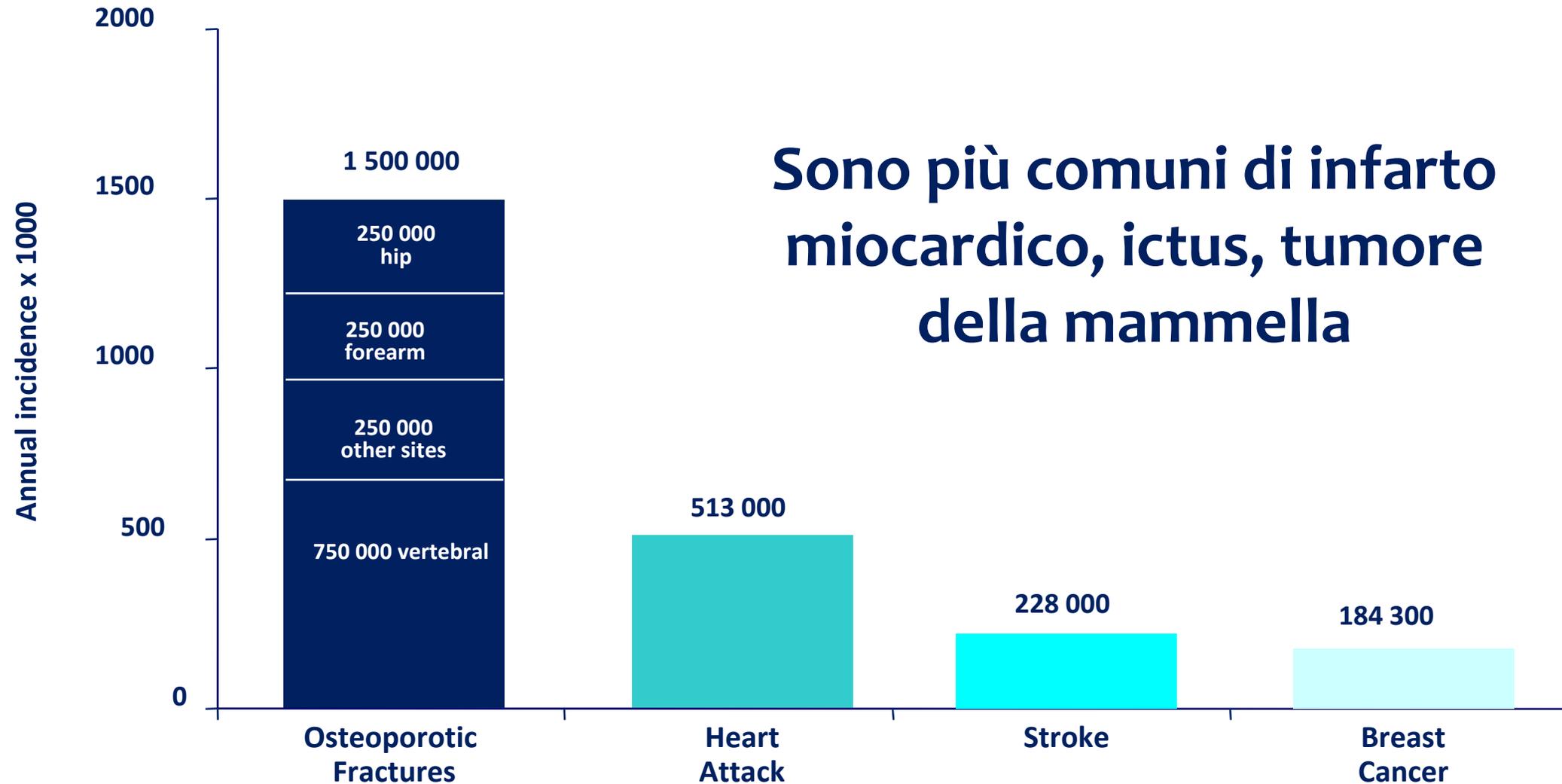


FRATTURE OSTEOPOROTICHE



**SPESSO LA PERSONA
ANZIANA CADE
PERCHÉ SI FRATTURA
E
NON SI FRATTURA
PERCHÉ CADE**

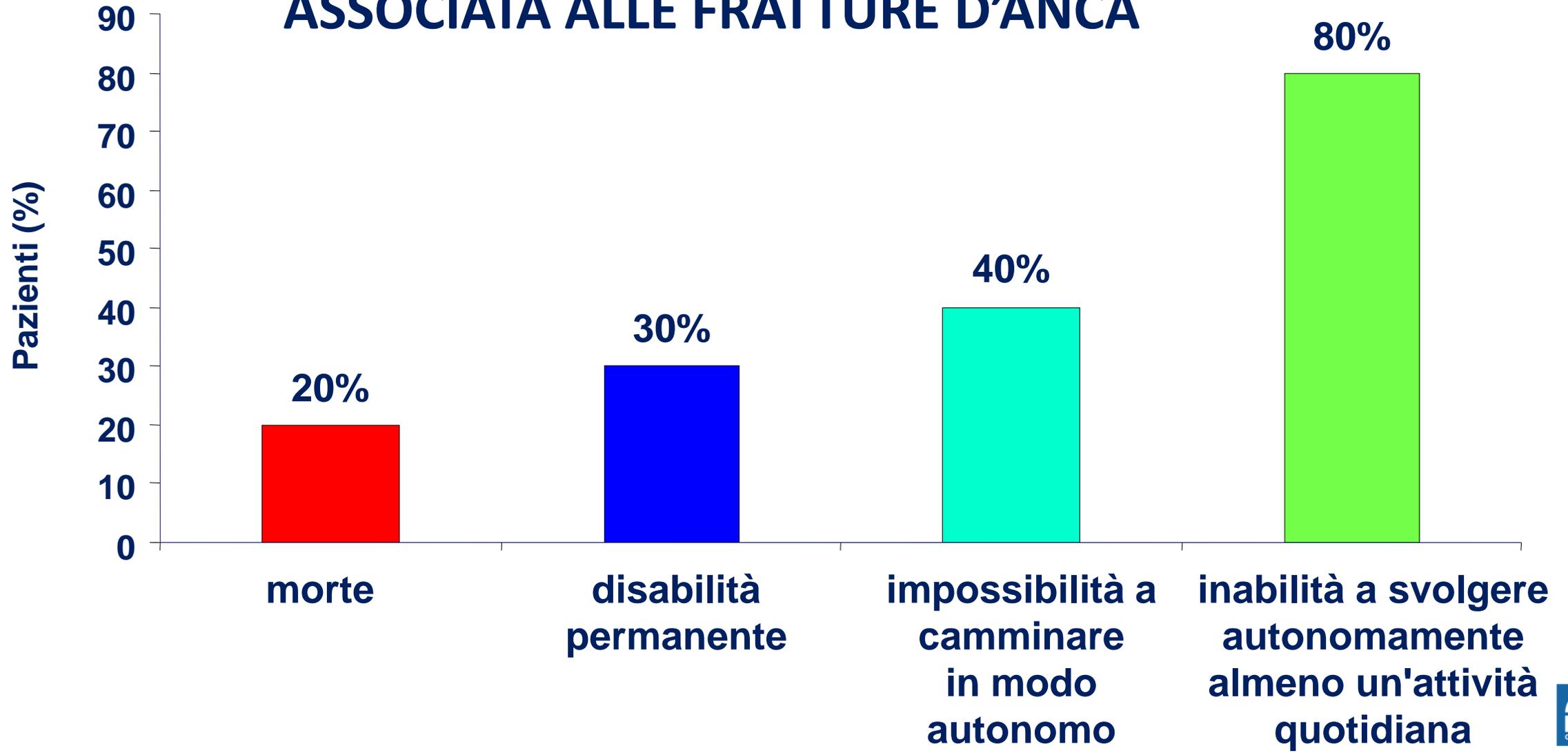
Fratture da osteoporosi rispetto ad altre patologie



Riggs BL, Melton LJ. Bone 1995
Heart and Stroke Facts, 1996, American Heart Association
Cancer Facts & Figures, 1996, American Cancer Society

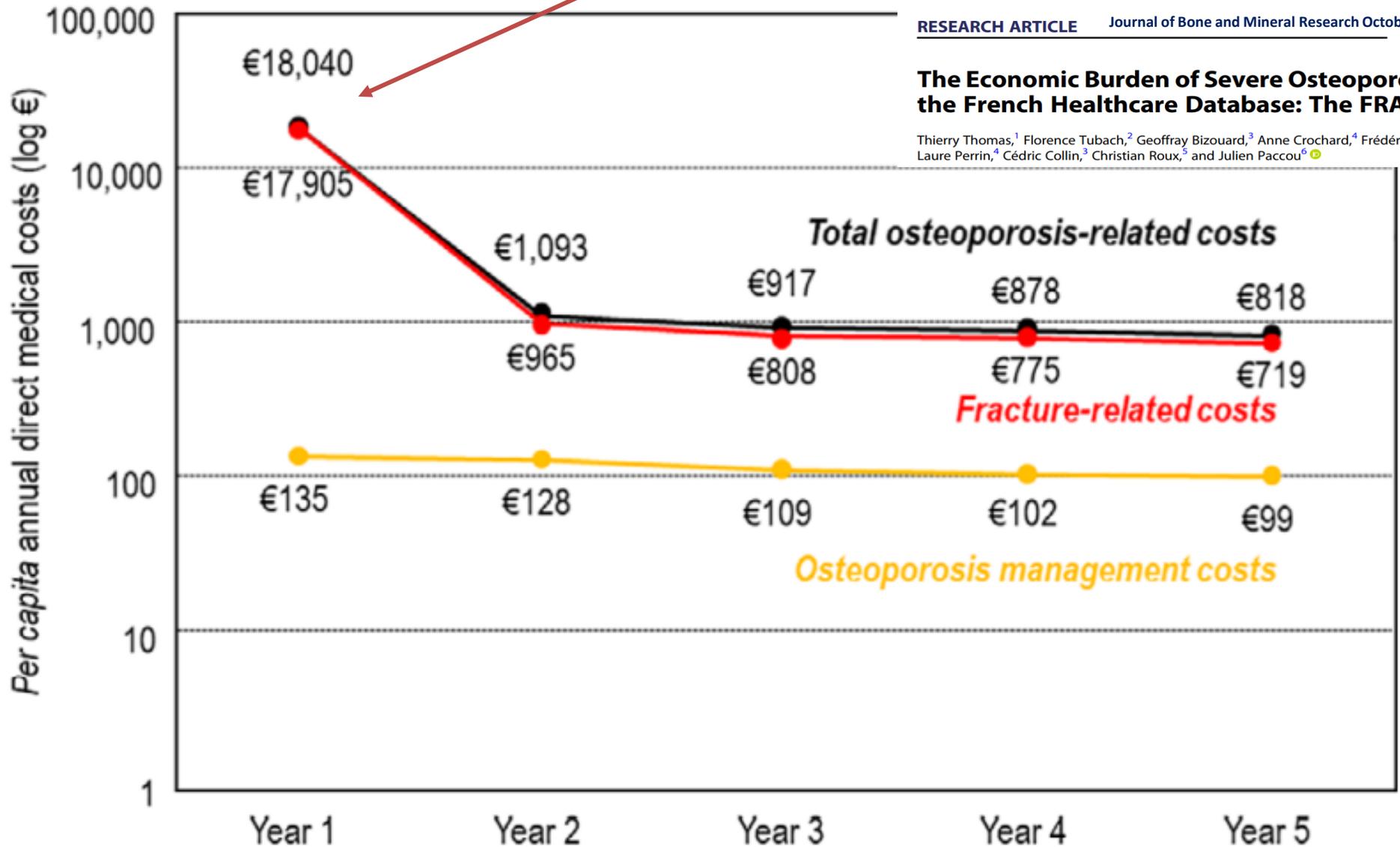
CONSEGUENZE DELLE FRATTURE

MORTALITÀ E MORBILITÀ AD UN ANNO ASSOCIATA ALLE FRATTURE D'ANCA



COSTI

INTERVENTO CHIRURGICO



RESEARCH ARTICLE Journal of Bone and Mineral Research October 2022

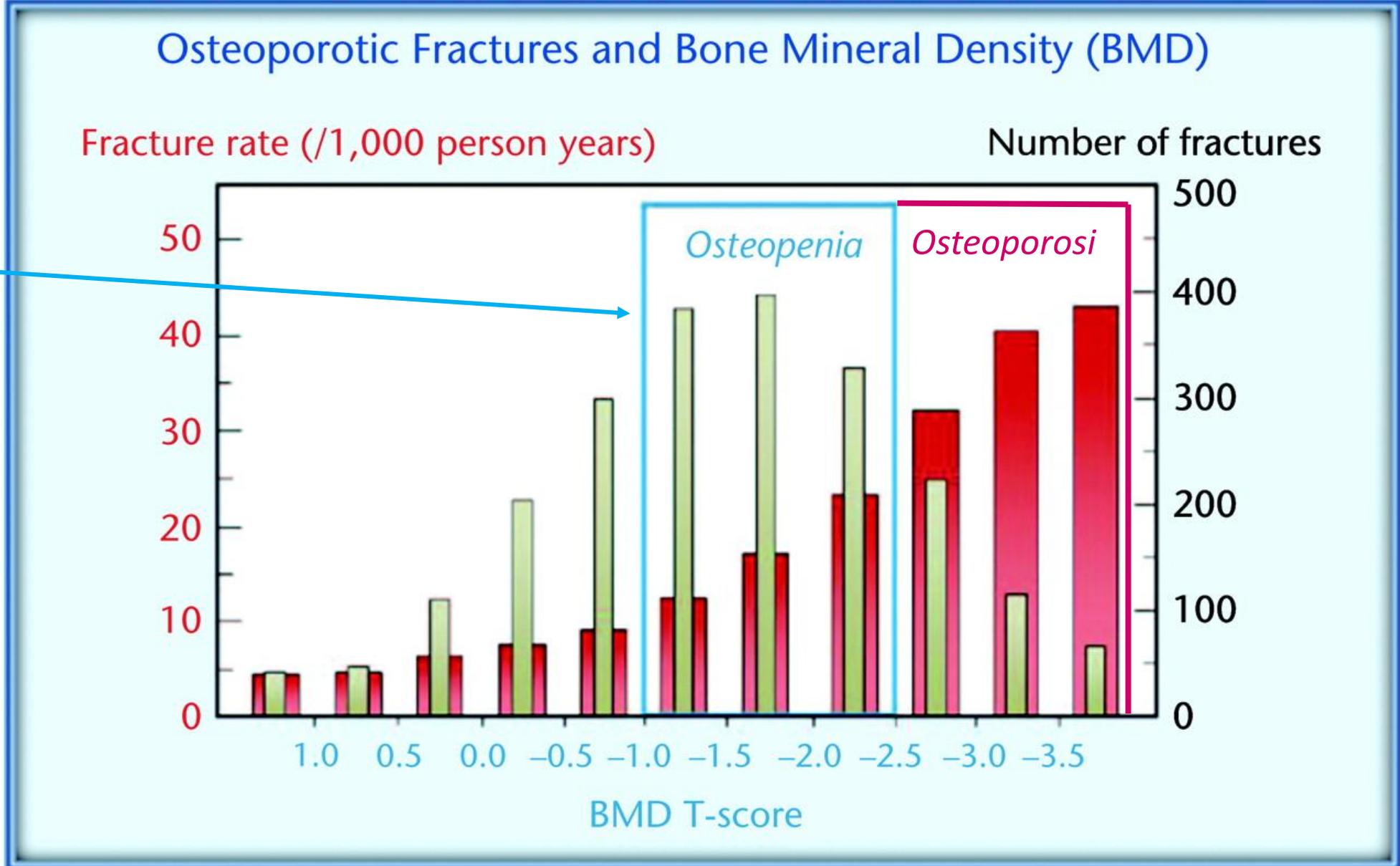
JBMR®

The Economic Burden of Severe Osteoporotic Fractures in the French Healthcare Database: The FRACTOS Study

Thierry Thomas,¹ Florence Tubach,² Geoffray Bizouard,³ Anne Crochard,⁴ Frédérique Maurel,³ Laure Perrin,⁴ Cédric Collin,³ Christian Roux,⁵ and Julien Paccou⁶

Se pensate che per fratturarsi non è necessaria l'osteoporosi

La maggior parte delle fratture avviene in condizioni di OSTEOPENIA



Ma Facciamo Prevenzione ?

Criteri di Appropriatazza per l'accesso alla MOC DEXA



MINISTERO DELLA SALUTE

DIPARTIMENTO DELLA QUALITA'

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA,
DEI LIVELLI DI ASSISTENZA E DEI PRINCIPI ETICI DI SISTEMA

Individuazione dei criteri di Accesso alla Densitometria Ossea

*"In riferimento a quanto previsto dall'allegato 2B
del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001
recante "Definizione dei livelli essenziali di assistenza".*

DONNE - 3 o più dei seguenti fattori di rischio minori

- Età superiore a 65 anni
- Anamnesi familiare per severa osteoporosi
- Periodi superiori a 6 mesi di amenorrea pre-menopausale
- Inadeguato apporto di calcio
- Carenza di vitamina D
- Fumo > 20 sigarette/die
- Abuso alcolico (>60 g/die di alcool)



Limitatamente a **DONNE IN MENOPAUSA <65 aa** (1 fattore di rischio):

- Anamnesi familiare materna di frattura osteoporotica in età < a 75 aa
- Menopausa prima di 45 aa
- Magrezza: indice di massa corporea < 19 kg/m²

UOMINI - 3 o più dei seguenti fattori di rischio minori

- Età superiore a 60 anni
- Anamnesi familiare per severa osteoporosi
- Magrezza (indice di massa corporea < a 19Kg/m²)
- Inadeguato apporto di calcio
- Carenza di vitamina D
- Fumo >20 sigarette/die
- Abuso alcolico (>60 g/die di alcool)



Ma Facciamo Prevenzione ?

20/05/2015

NOTA 79

GAZZETTA UFFICIALE
DELLA REPUBBLICA ITALIANA

Nella tabella seguente, vengono riportati i BP approvati in Italia nella terapia e nella prevenzione dell'osteoporosi e le prescrizioni relative

BP os	schema posologico	indicazioni scheda tecnica	rimborsabilità terapia	rimborsabilità prevenzione
Alendronato	10 mg/die	OP, OM, OC	nota 79	No **
	70 mg/settimana	OP	nota 79	No
Risedronato	5 mg/die	OP, OC (solo donne)	nota 79	No **
	35 mg/settimana	OP, OM	nota 79	No
	75 mg/2 cp mese	OP	nota 79	No
Ibandronato	150 mg/mese	OP	nota 79	No
Clodronato BP ev o im	400 mg x 2/die	OP	No	No
Ibandronato	3 mg/3 mesi e.v.	OP	fascia H	fascia H
zoledronato (Aclasta)	5 mg/un anno e.v.	OP, OM	fascia H	fascia H
Clodronato	100 mg o 300 mg i.m. o e.v.	OP	No	No

OP: Osteoporosi Postmenopausale, **OM:** Osteoporosi Maschile, **OC:** Osteoporosi da Corticosteroidi

Aderenza al Trattamento

HEDIS Measure	% Compliance*
Beta-blocker persistence after a heart attack	81.3%
Breast cancer screening	70.5%
Colorectal cancer screening	62.4%
Osteoporosis management after a fracture	22.8%

*NCQA State of Healthcare 2012 - HMO Statistics (Commercial or Medicare data from 2011).
<http://www.ncqa.org/Portals/0/State%20of%20Health%20Care/2012/SOHC%20Report%20Web.pdf>.
Accessed February 2013.*

Ma Facciamo Prevenzione ?

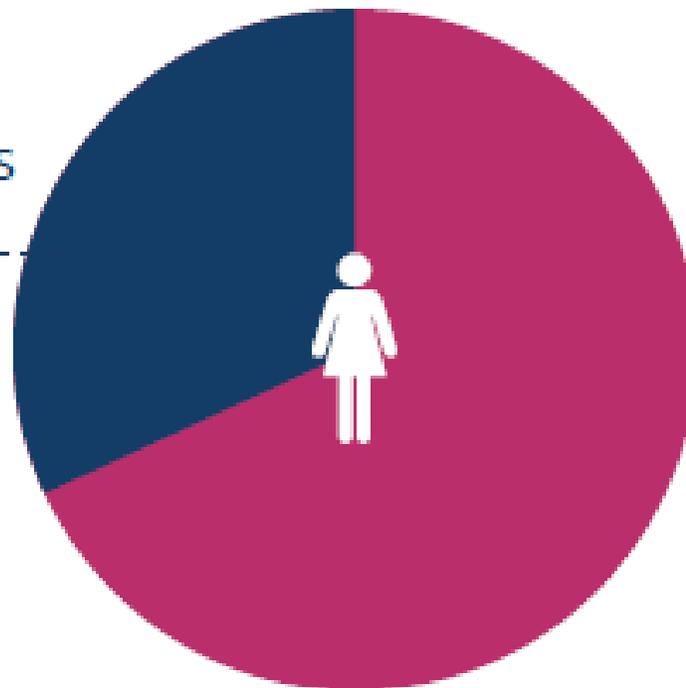


Do women at high fracture risk receive treatment?



834,000

WOMEN TREATED FOR OSTEOPOROSIS



2,055,000

WOMEN REMAIN UNTREATED FOR OSTEOPOROSIS

2,889,000

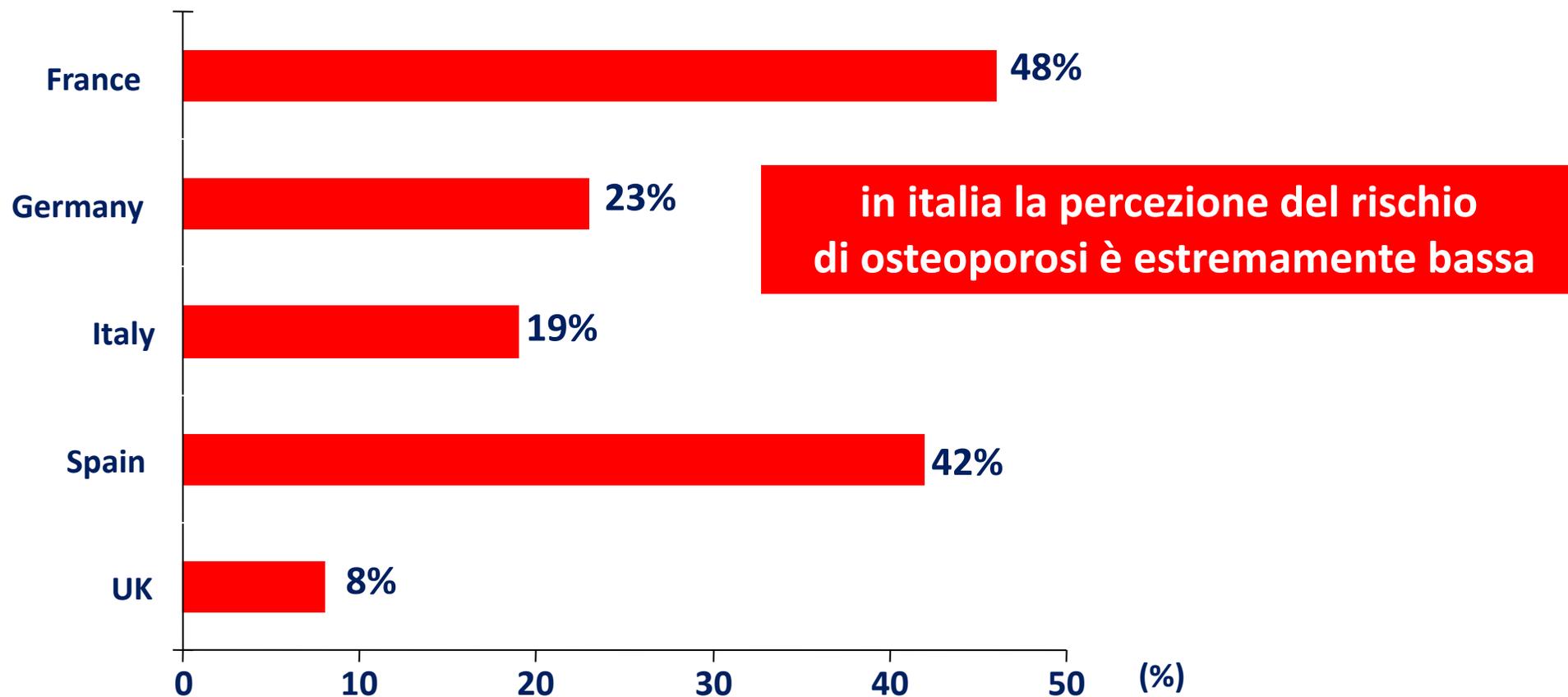
WOMEN ELIGIBLE FOR OSTEOPOROSIS TREATMENT

71%
NON VIENE TRATTATO



PERCHÈ DELLA MANCATA PREVENZIONE

Percezione del rischio da parte della PAZIENTE



PERCHÈ DELLA MANCATA PREVENZIONE

Percezione del rischio da parte del MEDICO



sondaggio¹⁰⁴ interrogava ortopedici e medici di medicina generale (MMG) su quale fosse la loro pratica clinica riguardo la diagnosi di osteoporosi in tre scenari:

- Una donna di 55 anni con frattura di Colles da trauma impatto **56% ortopedici dimissione senza indagini per OP**
- Una donna di 60 anni con frattura vertebrale a cuneo **29% ortopedici dimissione senza indagini per OP**
- Una donna di 70 anni con frattura del collo femorale per trauma a basso impatto **66% ortopedici dimissione senza indagini per OP**

Raccomandazioni trattamento dell'Osteoporosi

- Resistance training for individuals with osteoporosis
 - Goals
 - Improve bone health
 - Improve balance to lower risk of falling
 - Perform 2 to 3 days per week, 8-12 repetitions, at a moderate (60%-80%) or high (80%-90%) intensity of the 1 repetition maximum
 - Moderate intensity for those with established osteoporosis and high intensity for those attempting to lower their risk

PMJ
ONLINE

Osteoporosis and exercise

J A Todd and R J Robinson

Postgrad. Med. J. 2003;79:320-323
doi:10.1136/pmj.79.932.320

Table 1 Different forms of exercise and their impact on BMD

Form of exercise	Impact on BMD	Sites	Study
Swimming	None	—	20
Walking	Protects against further loss	Hip, lumbar spine	37
Gentle aerobic exercise (low impact)	Protects against further loss, may increase	Hip, lumbar spine	26, 27, 34, 40, 41, 42, 45
Vigorous aerobic exercise (high impact)	Increases	Hip, lumbar spine	21, 26, 27, 29, 33, 34
Weight training	Increases	Hip, lumbar spine, radius	18, 19, 27, 29, 30, 31, 32,
Running	Increases	Hip, lumbar spine	16, 17
Squash	Increases	Hip, lumbar spine, racquet hand	21

ATTIVITÀ E STIMOLO SULL'OSSO

4+



Salti, allenamento con i pesi

3



Corsa, Jogging

1-2



Camminata veloce

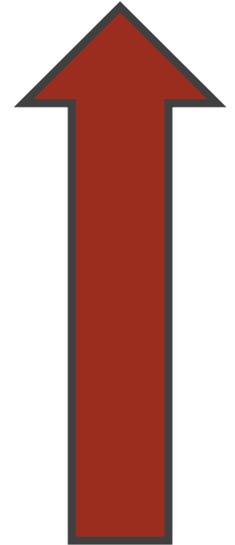
Nuoto, bike



<0



Incremento degli effetti positivi sull'osso



Raccomandazioni trattamento dell'OP



- Resistance training for individuals with osteoporosis
 - Goals
 - Improve bone health
 - Improve balance to lower risk of falling
 - Perform 2 to 3 days per week, 8-12 repetitions, at a moderate (60%-80%) or high (80%-90%) intensity of the 1 repetition maximum
 - Moderate intensity for those with established osteoporosis and high intensity for those attempting to lower their risk



Dopo 1 anno (2 volte/settimana, 3 sets, 8 reps, 80% 1 RM) donne di 50-70 anni post-menopausa hanno guadagnato:

~ **4% densità ossea (BMD)** misurata a livello del collo femorale, ed il 35-76% di forza

ALENDRONATO E BMD			
COLONNA	Incremento BMD	95% CI	Trattamento
5 mg/die (35 mg/sett)	5.81%	4.32 – 6.29	2 – 3 anni
10 mg/die (70 mg/sett)	7.48%	6.12 – 8.85	2 – 3 anni
ANCA	Incremento BMD	95% CI	Trattamento
5 mg/die (35 mg/sett)	4.64%	4.27 – 5.01	3 – 4 anni
10 mg/die (70 mg/sett)	5.60%	4.80 – 6.39	3 – 4 anni
POLSO	Incremento BMD	95% CI	Trattamento
5 mg/die (35 mg/sett)	1.83%	1.47 – 2.20	3 – 4 anni
10 mg/die (70 mg/sett)	2.08%	1.53 – 2.63	2 – 4 anni

Cranney et al, Endocr Rev 2002

Nelson ME, et al. Effects of high-intensity strength training on multiple risk factors for osteoporotic fractures. *JAMA* 1994;272:1909–14.



PRINCIPALI TAPPE DELLA MEDICINA DI GENERE IN ITALIA

1998: Proposta al ministero per le Pari Opportunità di una task force sulla “Salute a misura di donna”

2002: Costituzione della prima Commissione Salute Donna al Ministero della salute

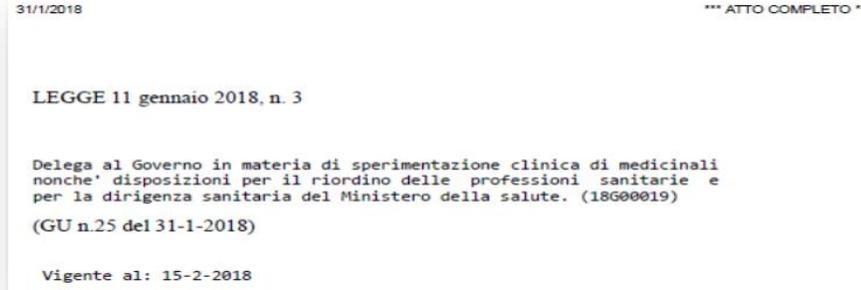
2005: Nascita di un osservatorio Nazionale sulla salute della donna (ONDA)

2008: Il Comitato Nazionale di Bioetica approva il testo “La sperimentazione farmacologica sulle donne”

2010: **AGENAS**: Prime linee guida “gender oriented” sulla malattia cardiovascolare



PRINCIPALI TAPPE DELLA MEDICINA DI GENERE IN ITALIA



Art. 3.

(Applicazione e diffusione della medicina di genere nel Servizio sanitario nazionale)

1. Il Ministro della salute, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e avvalendosi del Centro nazionale di riferimento per la medicina di genere dell'Istituto superiore di sanità, entro dodici mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, predispone, con proprio decreto, un piano volto alla diffusione della medicina di genere mediante divulgazione, formazione e indicazione di pratiche sanitarie che nella ricerca, nella prevenzione, nella diagnosi e nella cura tengano conto delle differenze derivanti dal genere, al fine di garantire la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale in modo omogeneo sul territorio nazionale.

2. Il decreto di cui al comma 1 è adottato nel rispetto dei seguenti principi:

a) previsione di un approccio interdisciplinare tra le diverse aree mediche e le scienze umane che tenga conto delle differenze derivanti dal genere, al fine di garantire l'appropriatezza della ricerca, della prevenzione, della diagnosi e della cura;

b) promozione e sostegno della ricerca biomedica, farmacologica e psico-sociale basata sulle differenze di genere;

c) promozione e sostegno dell'insegnamento della medicina di genere, garantendo adeguati livelli di formazione e di aggiornamento del personale medico e sanitario;

d) promozione e sostegno dell'informazione pubblica sulla salute e sulla gestione delle malattie, in un'ottica di differenza di genere.

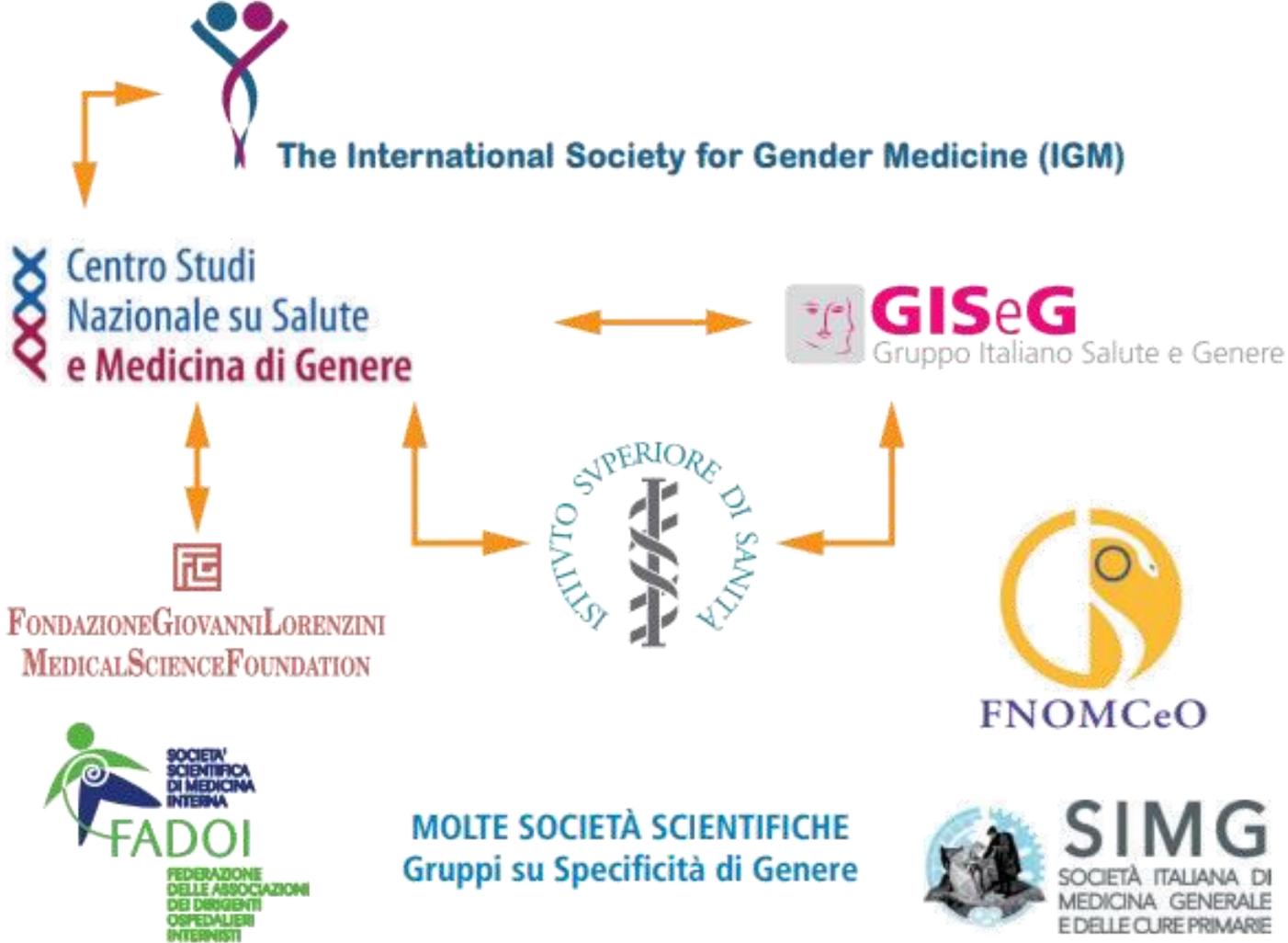
3. Il Ministro della salute emana apposite raccomandazioni destinate agli Ordini e ai Collegi delle professioni sanitarie, alle società scientifiche e alle associazioni di operatori sanitari non iscritti a Ordini o Collegi, volte a promuovere l'applicazione della medicina di genere su tutto il territorio nazionale.

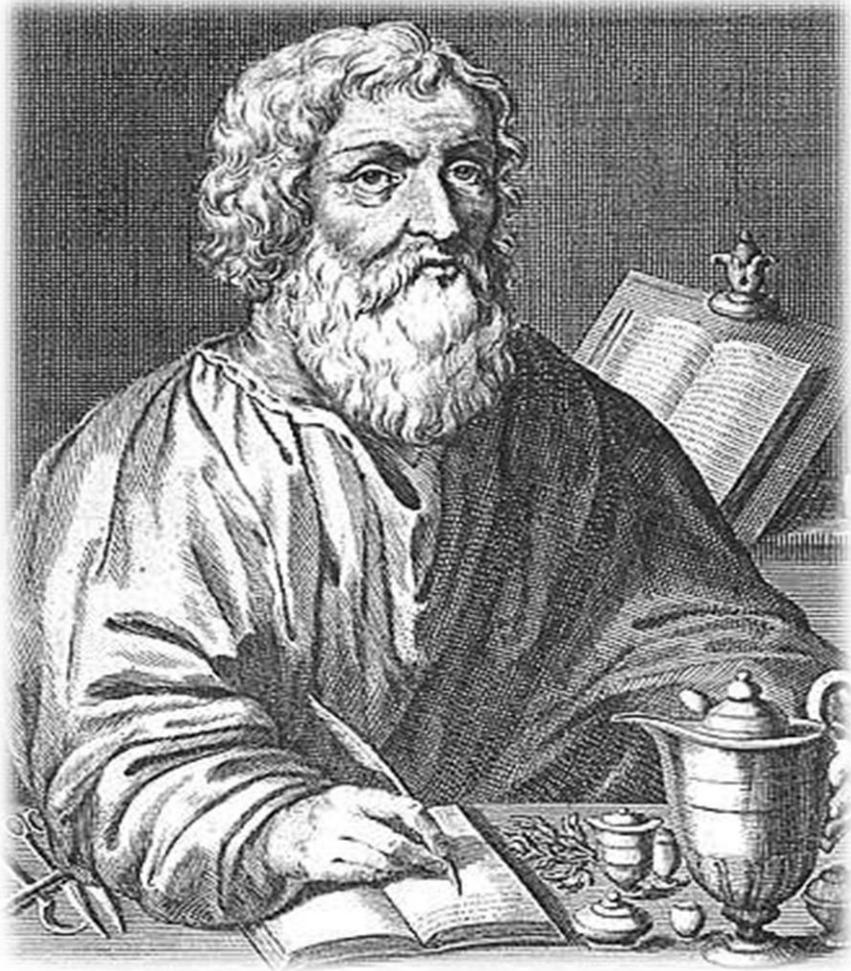
4. Con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca, è predisposto un Piano formativo nazionale per la medicina di genere, volto a garantire la conoscenza e l'applicazione dell'orientamento alle differenze di genere nella ricerca, nella prevenzione, nella diagnosi e nella cura. A tal fine, sono promossi specifici studi presso i corsi di laurea delle professioni sanitarie nonché nell'ambito dei piani formativi delle aziende sanitarie con requisiti per l'accreditamento nell'educazione continua in medicina.

5. Il Ministro della salute trasmette alle Camere, con cadenza annuale, una relazione sulle azioni di promozione e di sostegno della medicina di genere attuate nel territorio nazionale sulla base delle indicazioni di cui al presente articolo, anche attraverso l'istituzione di un Osservatorio dedicato alla medicina di genere, istituito presso gli enti vigilati dal Ministero della salute. La partecipazione all'Osservatorio non dà diritto alla corresponsione di gettoni di presenza, compensi, rimborsi di spese o altri emolumenti comunque denominati.

6. All'attuazione delle disposizioni contenute nel presente articolo si provvede nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e comunque senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

LA RETE ITALIANA





Ippocrate di Cos (460 a.C. – 377 a.C.)
Fondatore della scienza medica

**È più importante sapere
che tipo di persona
abbia una malattia,
che sapere che tipo di
malattia abbia una persona.**

Grazie
per l'attenzione