

DONNE E SALUTE: DIFFERENZE DI GENERE

Simona Giampaoli, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Nascono più bambini che bambine, il rapporto uomini/donne si mantiene a favore degli uomini fino all'età di 40 anni, poi si inverte: arrivano in età avanzata più donne che uomini. L'aspettativa di vita alla nascita è maggiore per le donne. Alcune ricerche suggeriscono che questa differenza di genere è destinata ad aumentare. Però, solo recentemente la salute delle donne, in particolare di quelle in età più avanzata, è diventata di maggior interesse nella ricerca medica. Negli anni passati la ricerca clinica ed epidemiologica aveva escluso le donne dagli studi clinici per diversi motivi: 1. le donne sviluppano patologie croniche in età più avanzata rispetto agli uomini, ma studiare le patologie croniche in età avanzata è complesso perché sono presenti più patologie contemporaneamente e questo confonde i risultati della ricerca clinica ed epidemiologica; 2. includere un gran numero di variabili (genere, razza, livello socio-economico, occupazione,...) negli studi clinici crea difficoltà per l'analisi dei dati e per l'interpretazione degli stessi; 3. la ricerca delle differenze di genere richiede un grande campione di popolazione sotto osservazione, di una numerosità tale che i dati possano essere analizzati separatamente fra donne e uomini; inoltre gli uomini sono affetti dalle malattie di interesse in età più giovane rispetto alle donne, pertanto sviluppano eventi più rapidamente; per sviluppare le stesse malattie nelle donne sono richiesti molti più anni di osservazione; 4. le donne in età fertile sono escluse dagli studi per motivi di sicurezza. Per tutti questi motivi lo studio delle patologie croniche, che affliggono sia gli uomini che le donne, sono stati condotti solo sugli uomini e i risultati ottenuti sono stati implicitamente estesi anche alle donne.

Esiste un'ampia evidenza di dati che dimostrano che le donne sono biologicamente più "resistenti" degli uomini fin dal loro concepimento (più bassa mortalità infantile, minor tasso di malformazioni congenite, minori tassi di mortalità); nonostante il vantaggio in termini di resistenza biologica e psicologica, le caratteristiche che stanno alla base di questa differenza di genere rimangono ancora oggi poco conosciute.

Fattori di rischio e stili di vita

Non esistono molti dati attendibili riguardanti le donne e diffusi sull'intero territorio nazionale, raccolti con metodologie standardizzate in modo che siano confrontabili. Quelli qui descritti si riferiscono all'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare/Health Examination Survey raccolti tra il 2008 e il 2012 dal nostro gruppo di ricerca in collaborazione con l'Associazione Medici Cardiologi Ospedalieri e sono riportati nel sito www.cuore.iss.it.

I valori medi dei principali fattori di rischio cardiovascolare misurati nelle 2719 donne in menopausa (50-79 anni, età media del campione 64 anni) sono: pressione arteriosa media 136/81mmHg, colesterolemia totale 225 mg/dl, glicemia a digiuno 99 mg/dl; circa il 60% sono ipertese; il 56% ipercolesterolemiche; l'abitudine al fumo di sigaretta riguarda il 16% del campione, nelle fumatrici, 12 è il numero medio di sigarette fumate al giorno. Un altro indicatore importante è l'indice di massa corporea, che è calcolato attraverso la misurazione del peso e dell'altezza: il valore medio del campione è di 28 kg/m², sono in sovrappeso il 36% delle donne e il 33% risulta obeso. Questo dato è accompagnato da un valore altrettanto elevato dell'escrezione di sodio nelle urine delle 24 ore dovuto a una alimentazione troppo abbondante e salata (8 g di sale al giorno, rispetto ai 5 g raccomandati dall'Organizzazione mondiale della sanità, rispettati solo dal 13% delle donne).

Malattie cardiovascolari

Le più studiate sono l'infarto e l'ictus. Nei paesi industrializzati l'infarto del miocardio, più in generale le malattie ischemiche del cuore, costituiscono un terzo di tutti i decessi delle donne; un gran numero di studi dimostrano che la malattia ischemica del cuore si manifesta nelle donne con un ritardo di circa 10 anni rispetto agli uomini (dopo i 60 anni). Lo studio più ampio che ha

descritto questo fenomeno si chiama MONICA – Monitoring cardiovascular disease; in 10 anni di osservazione in 37 popolazioni di 21 paesi (quasi tutta l'Europa, Stati Uniti, Canada, Cina e Australia) il tasso di attacco medio (primi eventi e ricadute) è stato di 434 uomini per 100.000 di età 35-64 anni per anno e di 103 donne per 100 000 per anno, con una letalità a 28 giorni del 49% negli uomini e del 54% nelle donne: questo significa che nella fascia di età 35-64 anni le donne hanno meno eventi rispetto agli uomini, ma complessivamente sono eventi più gravi. Grande è la variabilità fra i diversi paesi (più alti i tassi nei paesi dell'Est Europeo, minori nei paesi mediterranei) spiegata dalla differente distribuzione dei fattori di rischio e probabilmente dai diversi sistemi sanitari e accessibilità alle cure sanitarie. Per quanto riguarda le differenze di genere, oggi sappiamo che le donne ricoverate per infarto del miocardio sono con maggior frequenza affette da comorbidità, in particolare hanno più frequentemente diabete, ipertensione arteriosa; ricevono trattamenti meno aggressivi (terapia trombolitica, by-pass/angioplastica), sia a causa di una maggior prevalenza di forme silenti, sia perché ricovero e trattamento avvengono più tardi dall'inizio della sintomatologia (alcune terapie sono efficaci solo se vengono effettuate nelle prime ore dall'inizio dell'evento); inoltre fattori psico-sociali, isolamento, fattori socio-economici e depressione giocano un ruolo non indifferente nella sopravvivenza. Gli eventi si verificano più tardi negli anni, pertanto in genere ricevono un trattamento terapeutico meno aggressivo, nonostante i dati degli studi clinici dimostrino che i benefici sono chiari a qualsiasi età.

Accanto all'infarto, l'altra importante patologia cardiovascolare è costituita dall'ictus: dopo i 55 anni il rischio di ictus raddoppia in ciascuna decade di età; anche se il numero di eventi è maggiore negli uomini, muoiono più donne di ictus, perché questa patologia colpisce in età più avanzata.

Esiste una grande differenza di mortalità per ictus nei diversi paesi e tale differenza è dovuta alle diverse caratteristiche comportamentali e ambientali: è noto in ambiente epidemiologico lo studio di Sir Marmot che ha valutato le differenze di mortalità per ictus nei giapponesi emigrati nelle Hawaii (in Giappone a causa di una alimentazione troppo ricca di sale, l'ictus, in particolare l'emorragia cerebrale, rappresenta una patologia di alta frequenza, molto minore la malattia ischemica del cuore): ebbene, negli emigrati giapponesi in USA, a causa della differente alimentazione, i tassi di incidenza e mortalità per ictus sono più bassi di quelli del paese di origine mentre aumentano quelli per infarto del miocardio.

Gli studi epidemiologici sulle malattie cardiovascolari sono iniziati alla fine degli anni '50 e per molto tempo hanno coinvolto solo gli uomini perché si pensava che la malattia cardiovascolare fosse di sola prerogativa maschile; fortunatamente dagli anni '80 anche qui in Italia sono iniziati studi sulle malattie cardiovascolari nelle donne, che hanno permesso di identificarne i fattori di rischio. La donna è protetta fino alla menopausa grazie all'assetto ormonale; al di là dell'età, i fattori di rischio più importanti sono il fumo (nelle donne è addirittura più importante dell'età nella predizione degli eventi a 10 anni), la pressione arteriosa (in particolare la pressione sistolica), il diabete, la colesterolemia totale ed HDL. Tutti questi fattori sono ampiamente dovuti a stili di vita non corretti: oggi sappiamo che una alimentazione troppo ricca in calorie, in grassi di origine animale (grassi saturi), zuccheri, sale e povera di fibre (frutta e verdura), assieme ad una scarsa attività fisica e soprattutto all'abitudine al fumo sono responsabili di gran parte degli eventi cardiovascolari. A questo proposito è importante ricordare che l'associazione pillola anticoncezionale e abitudine al fumo rappresentano uno dei più importanti pericoli per una malattia cardiovascolare in età precoce.

Tumori

Il tumore riscontrato più di frequente è quello della mammella. Differenze di genere esistono anche nei tumori, la più importante è nella frequenza dei tumori del polmone, della laringe e dello stomaco da attribuirsi alla differente esposizione ai fattori di rischio, in particolare al fumo di sigarette e al consumo di alcool.

In età giovane le donne hanno migliore sopravvivenza rispetto agli uomini, anche in questo caso parte del vantaggio potrebbe essere attribuito alla minore esposizione al fumo; in età avanzata le

donne hanno prognosi peggiore forse perché la elevata morbosità per altre cause può mascherare in parte la sintomatologia; inoltre fattori sociali come l'isolamento, le poche risorse finanziarie possono provocare una riduzione della sopravvivenza.

Comunque anche nel settore dei tumori nonostante l'aggiustamento per la presenza di altre patologie, le differenze di trattamento con l'avanzare dell'età sono riportate ovunque; la credenza diffusa che le persone anziane siano meno tolleranti alla chemioterapia e alla radioterapia inevitabilmente porta al sottotrattamento di pazienti anziani con tumore.

Demenza

Uno dei problemi di maggior interesse di salute pubblica oggi è la demenza; è questo un problema che colpisce oltre il 20% delle persone di 85 anni; dopo i 65 anni il problema raddoppia ogni 5 anni; questo incremento è particolarmente evidente nelle donne: oggi sappiamo che i fattori di rischio della demenza sono gli stessi delle malattie cardiovascolari: fumo, pressione arteriosa elevata, alcool, ecc

Vari studi suggeriscono che le differenze di genere nella prevalenza, incidenza, e nel decorso clinico non possono essere attribuiti solo a fattori biologici, importanti sono le caratteristiche sociali come l'occupazione e il livello di istruzione.

Depressione

Secondo i dati prodotti dal sistema di sorveglianza Passi, inerenti la popolazione adulta italiana di 18-69 anni, le donne percepiscono positivamente il proprio stato di salute meno frequentemente degli uomini (solo 63% delle donne percepisce buono o molto buono il proprio stato di salute contro il 72% degli uomini), dichiarano in media più giorni vissuti in cattiva salute (6,6 giorni complessivi contro i 3,6 dichiarati dagli uomini) sia per motivi fisici che psicologici; anche la prevalenza di donne con probabili sintomi depressivi è significativamente più elevata (9,2% nelle donne vs 4,5% negli uomini). Recenti rassegne hanno messo in evidenza che la maggiore frequenza di depressione nelle donne comincia in età adolescenziale, subito dopo il menarca (primo flusso mestruale). Le sole cause biologiche non sono sufficienti a spiegare le differenze nella vulnerabilità alla depressione, giocano un ruolo fondamentale anche i fattori psicosociali.

Alla peggiore percezione dello stato di salute, non corrisponde tuttavia una maggiore prevalenza di diagnosi di patologie croniche.

Note conclusive

Nel 2001, Nanette Wenger, insigne studiosa della patologia cardiovascolare nelle donne, definiva l'approccio tenuto fino ad allora per la salute delle donne a 'bikini', sottolineando così la grande attenzione medica che veniva data a patologie della mammella e dell'apparato genitale, e che faceva di fatto passare in secondo piano il resto delle patologie. Qui abbiamo visto le più frequenti patologie legate a fattori di rischio che derivano da stili di vita non corretti.

I fattori di rischio descritti derivano da stili di vita non corretti e sono modificabili attraverso una sana alimentazione, una regolare attività fisica e attraverso l'abolizione dell'abitudine al fumo. Un limitato consumo di sale (5 g al giorno) associato a una alimentazione ricca di frutta e verdura, legumi e alimenti integrali, di alimenti a basso contenuto di grassi animali, come pesce, pollame, con scarsa quantità di carni rosse, formaggi e insaccati, dolci e bevande zuccherine, riduce la pressione arteriosa negli ipertesi e nella popolazione generale. Le indicazioni correnti suggeriscono che una sana alimentazione è una alimentazione varia e bilanciata, costituita per non più del 30% delle calorie totali da grassi, per il 50% da carboidrati e per il 20% da proteine. I grassi saturi (quelli di origine animale) non dovrebbero rappresentare più del 7-8% delle calorie totali; i polinsaturi (contenuti negli oli vegetali e nel pesce) meno del 10%; i monoinsaturi (olio di oliva) il rimanente. Il colesterolo alimentare non dovrebbe superare i 300 mg/giorno (il contenuto di un rosso d'uovo). Va ricordato che la quota del 7-8% dei grassi saturi corrisponde a quella che caratterizza popolazioni che presentano più lunga speranza di vita. L'alimentazione a più basso contenuto di

grassi saturi si accompagna inoltre a livelli di colesterolemia ottimali. Per regolare attività fisica si intende camminare a passo svelto per almeno 30 minuti al giorno, salire le scale, ballare, giocare con i bambini, spostarsi con i mezzi pubblici al posto della macchina, cioè qualsiasi attività che richieda movimento fisico.

Le donne sono scarsamente informate sul ruolo dei fattori di rischio e sulla possibilità di “protegersi” attraverso l’adozione di stili di vita sani, proprio perché colpite in età più avanzata quando erroneamente si ritiene poco efficace qualsiasi attività di prevenzione primaria.

Interventi rivolti a semplici modificazioni degli stili di vita in epoche adeguate consentiranno alle donne di mantenere nel tempo l’attuale guadagno di anni di vita in buone condizioni di salute, così come idonee strategie di prevenzione potranno contribuire sia a ridurre i tassi di ospedalizzazione che i costi di cura e di riabilitazione.