
Medicina di genere e appropriatezza nel setting della Medicina Generale e Cure Primarie

Dr Marchi Rita

Medico di Medicina Generale
Presidente S.I.M.G di Ferrara

24 settembre 2016

- Dati ISTAT 2012-2013, su un campione di 60mila famiglie<.
- Il 14,8% soffre di una patologia cronica
- Il 13,9 % ha 2 o più patologie
- Le donne hanno per tutte le classi di età , tassi di cronicità maggiori nei confronti dell'uomo, sono meno colpite dopo i 50 anni da patologie gravi
- Incremento dei tassi di cronicità in confronto ad indagine del 2005 soprattutto nelle donne sopra i 65 aa

Dr Gavino Maciocco (docente Politia Sanitaria Università Firenze)

Figura 2.1a Distribuzione percentuale per tipo di visita negli anni 2005 – 2013

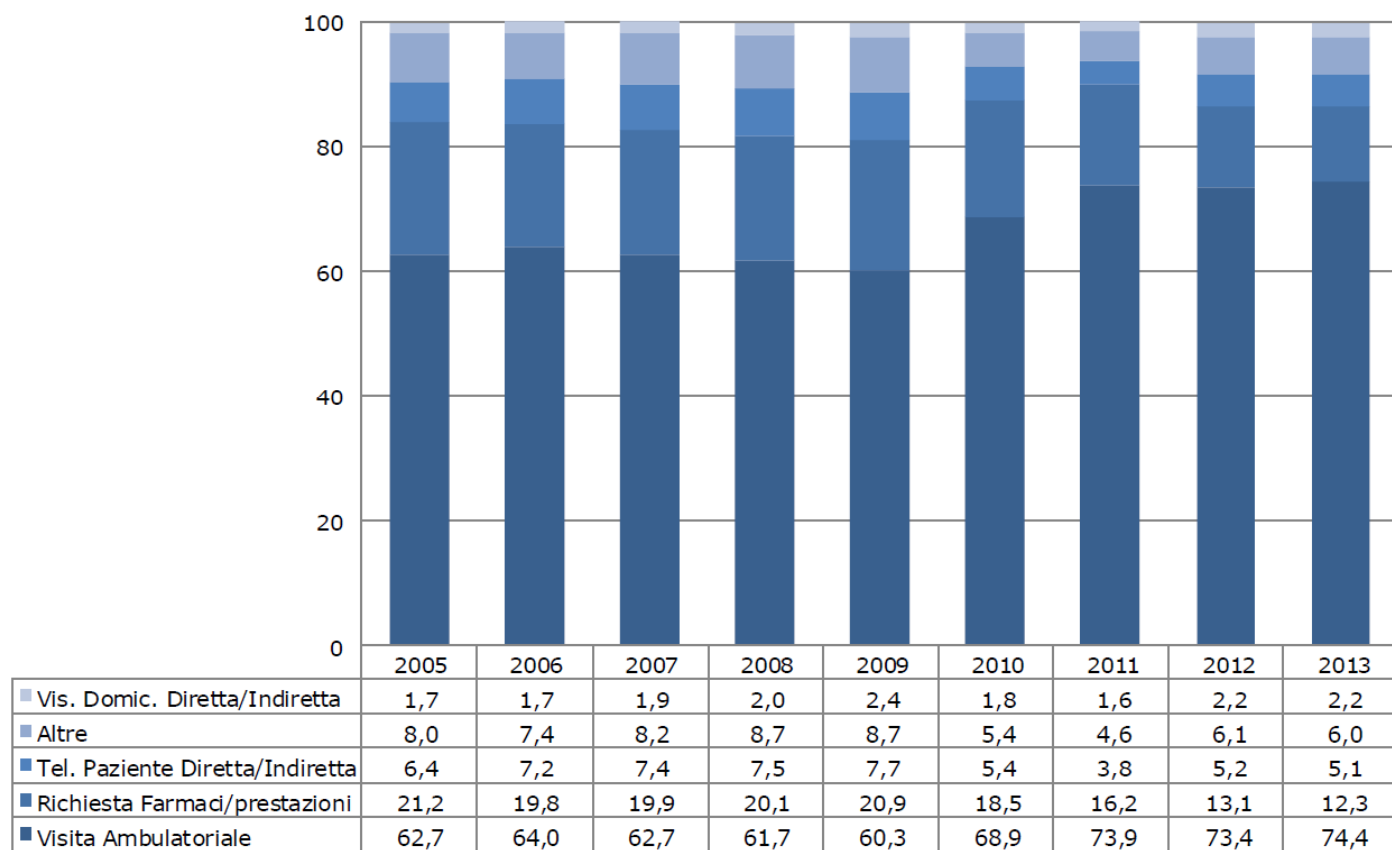


Figura 2.1b Numero medio di contatti per paziente tra il 2003 e il 2013, stratificati per sesso

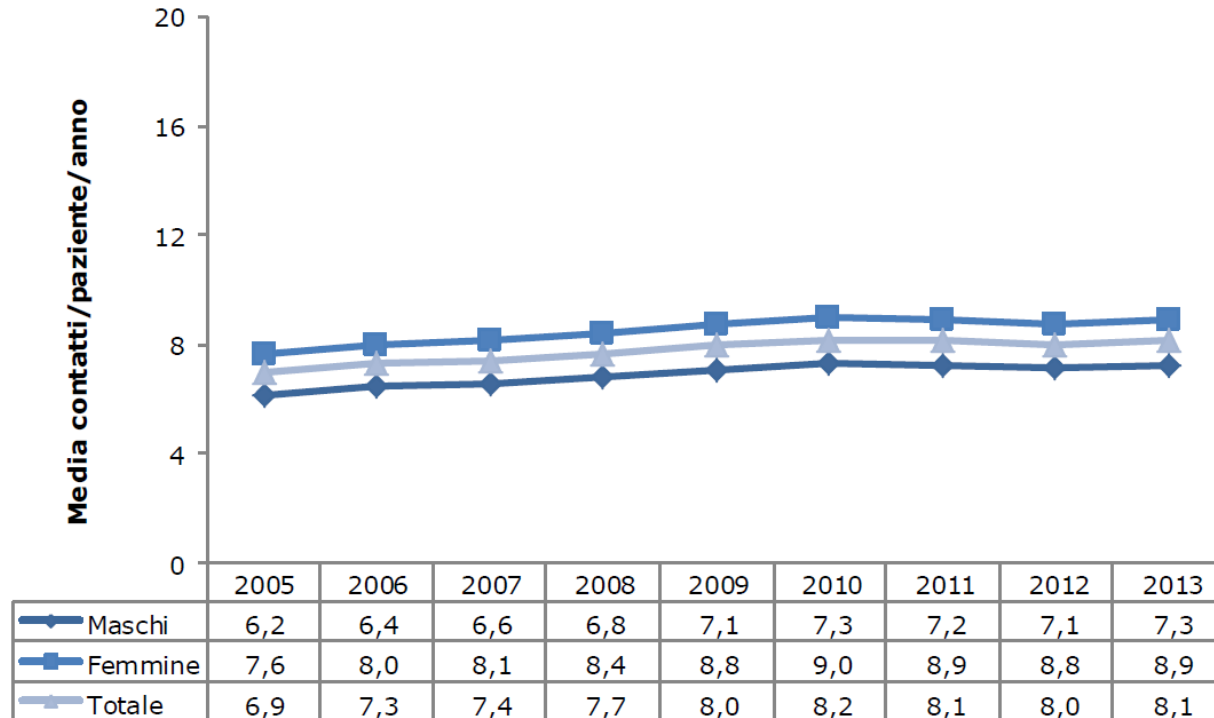


Tabella 2.2c Patologie che hanno generato almeno il 2,0% dei contatti negli anni 2011-2013.

DIAGNOSI	MASCHI		FEMMINE		TOTALE	
	2011	2013	2011	2013	2011	2013
Iperensione non complicata	15,9%	15,7%	15,0%	14,9%	15,4%	15,2%
Diabete mellito di tipo II	6,5%	6,6%	4,6%	4,6%	5,4%	5,4%
Dislipidemia	3,8%	3,9%	3,4%	3,6%	3,6%	3,8%
Malattie ischemiche del cuore	5,3%	5,3%	1,9%	1,9%	3,4%	3,3%
MRGE	2,8%	3,0%	3,1%	3,4%	3,0%	3,3%
Dorsopatie	2,7%	2,6%	3,1%	3,1%	2,9%	2,9%
Disturbi della ghiandola tiroidea	1,0%	1,0%	3,9%	3,9%	2,6%	2,7%
Depressione	1,6%	1,5%	3,1%	3,0%	2,4%	2,4%
Infezioni respiratorie acute	2,3%	2,2%	2,3%	2,3%	2,3%	2,2%
Malattie della prostata	5,2%	5,2%	-	-	-	-
Malattie dell'occhio e degli annessi	2,2%	2,2%	2,2%	2,2%	2,2%	2,2%
Osteoporosi e fratture correlate	0,5%	0,5%	3,3%	3,5%	2,1%	2,2%
Carcinomi solidi senza metastasi	2,1%	2,1%	1,9%	1,9%	2,0%	2,0%

Figura 3.2a Prevalenza (%) "lifetime" di Ipertensione arteriosa standardizzata per fasce d'età: analisi per sesso (anni 2005-2013)

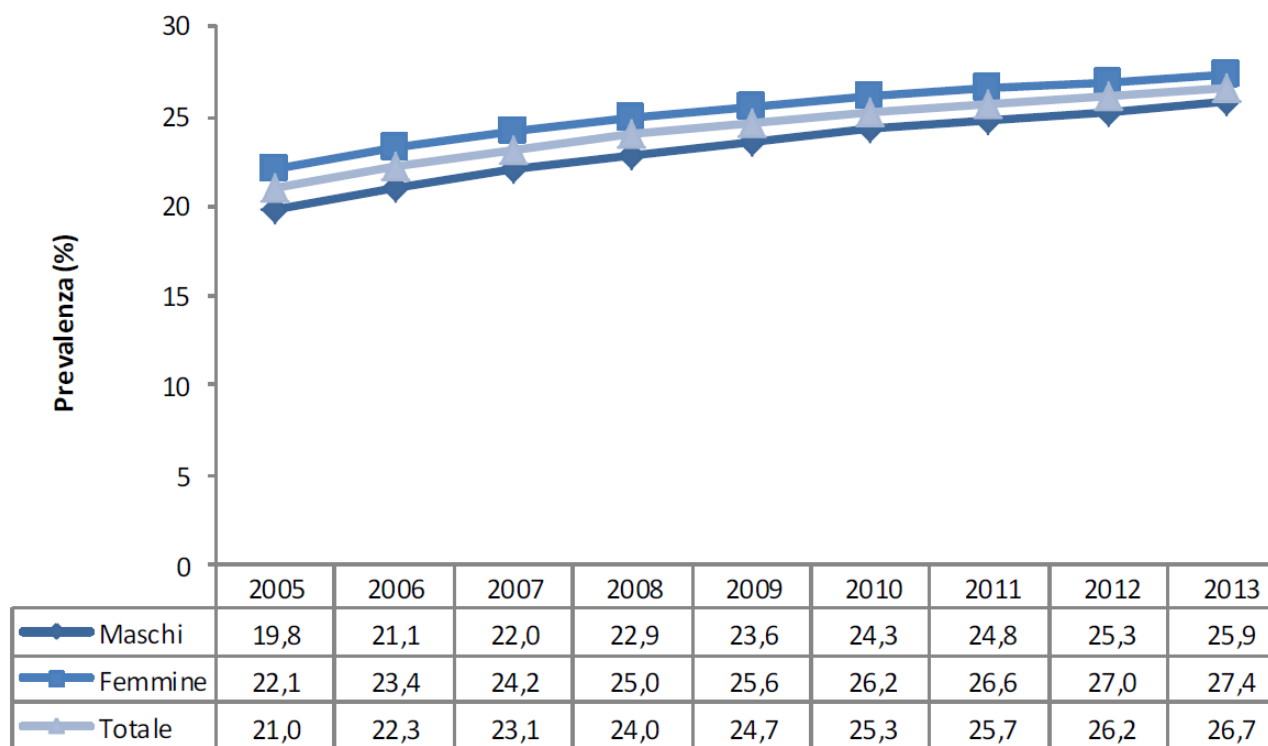


Figura 3.2b Prevalenza (%) "lifetime" di Ipertensione arteriosa standardizzata per fasce d'età: analisi per Regione (anno 2013)

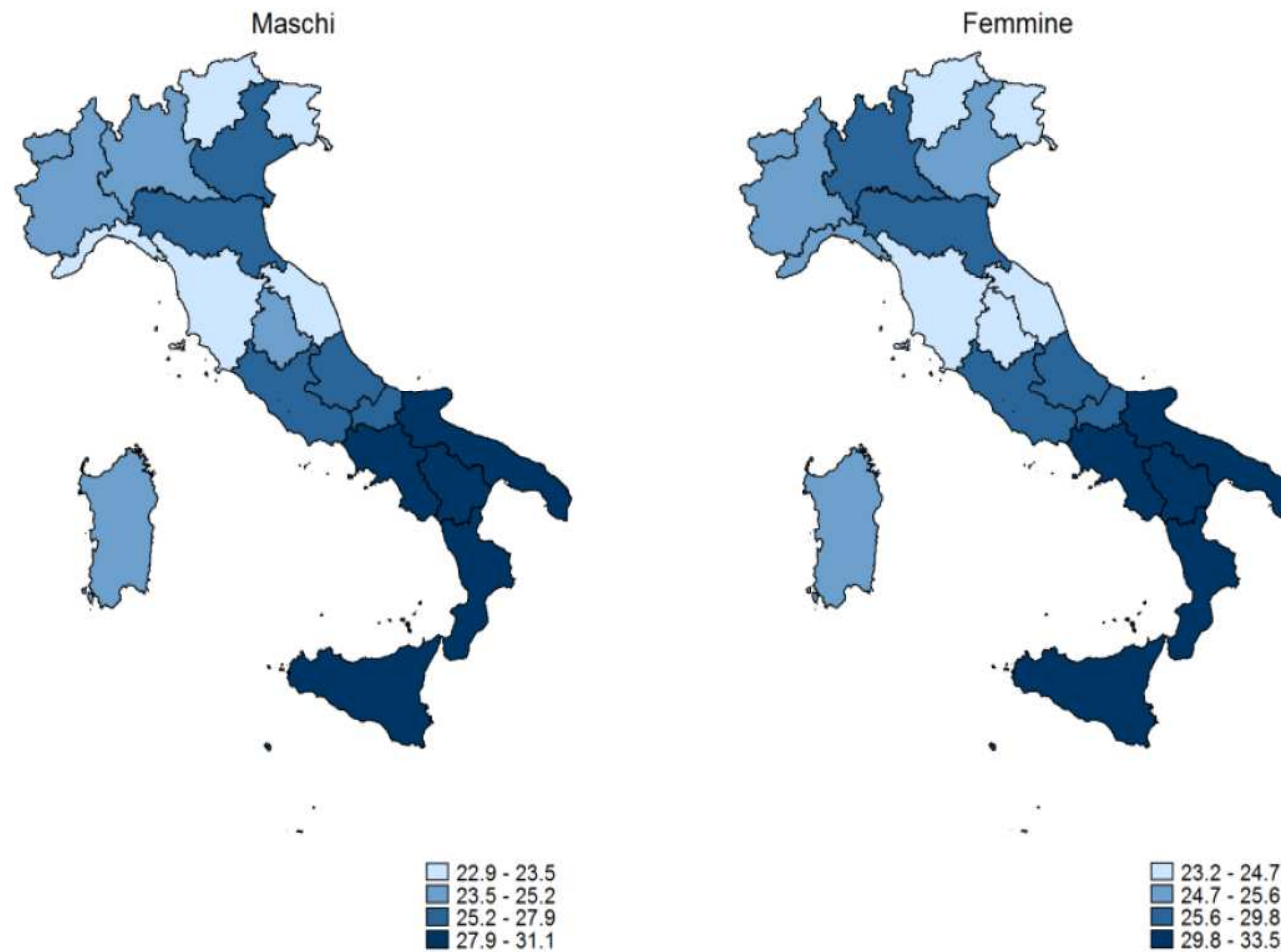


Figura 3.2c Prevalenza (%) "lifetime" di Ipertensione arteriosa: analisi per sesso e fasce d'età (anno 2013)

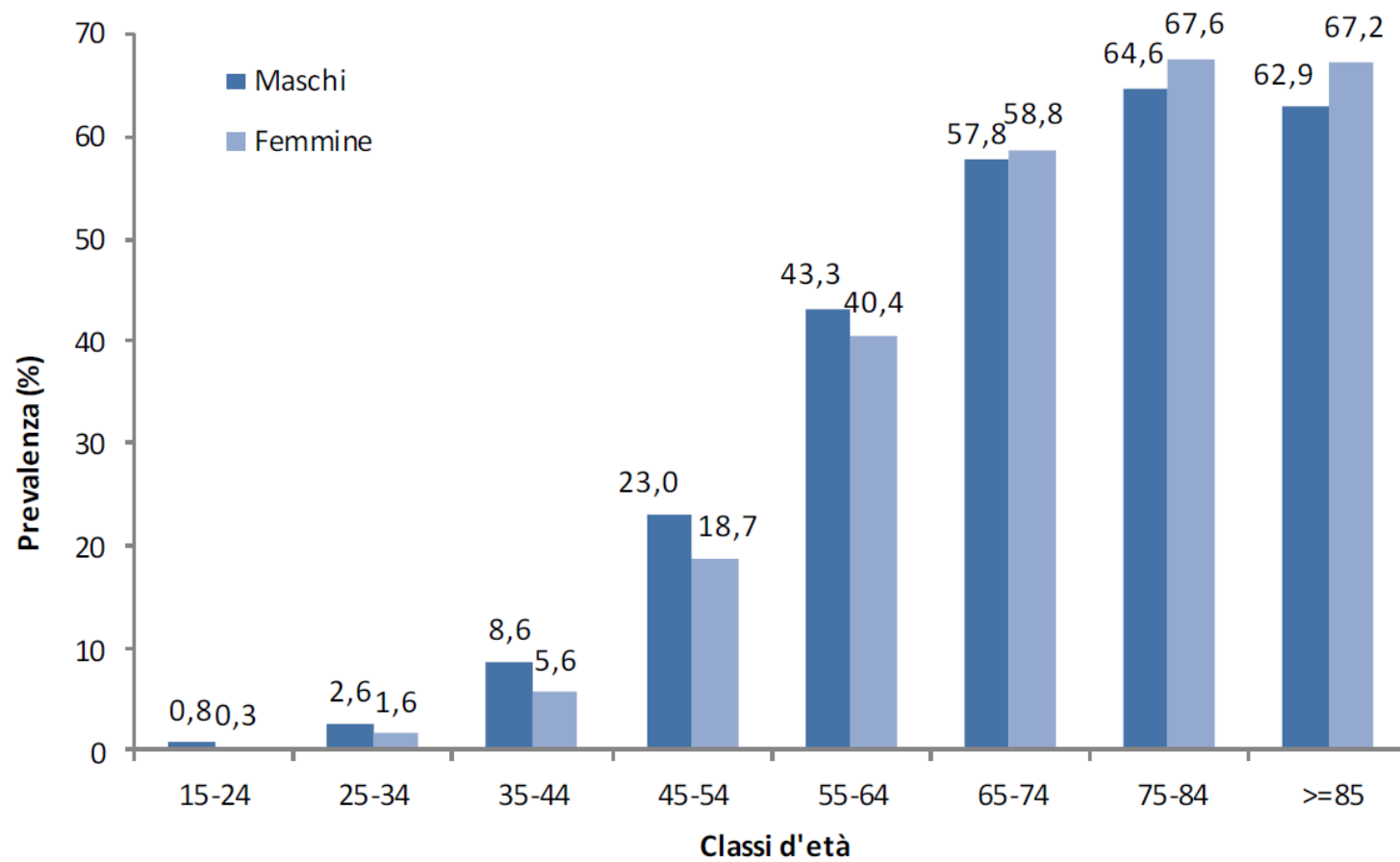


Figura 3.3a Prevalenza (%) "lifetime" di Ictus ischemico standardizzata per fasce d'età: analisi per sesso (anni 2005-2013)

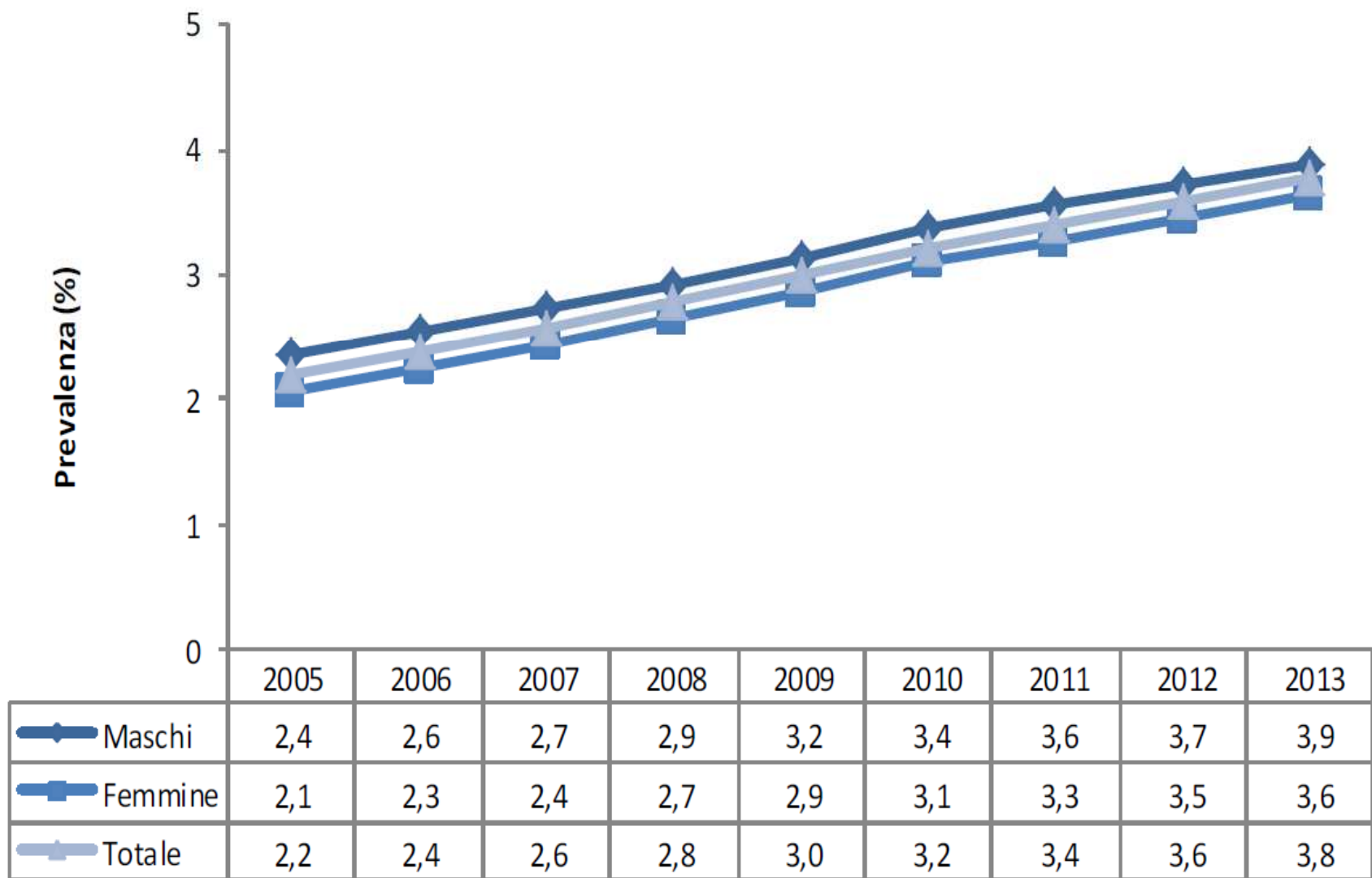


Figura 3.3b Prevalenza (%) "lifetime" di Ictus ischemico standardizzata per fasce d'età: analisi per Regione (anno 2013)

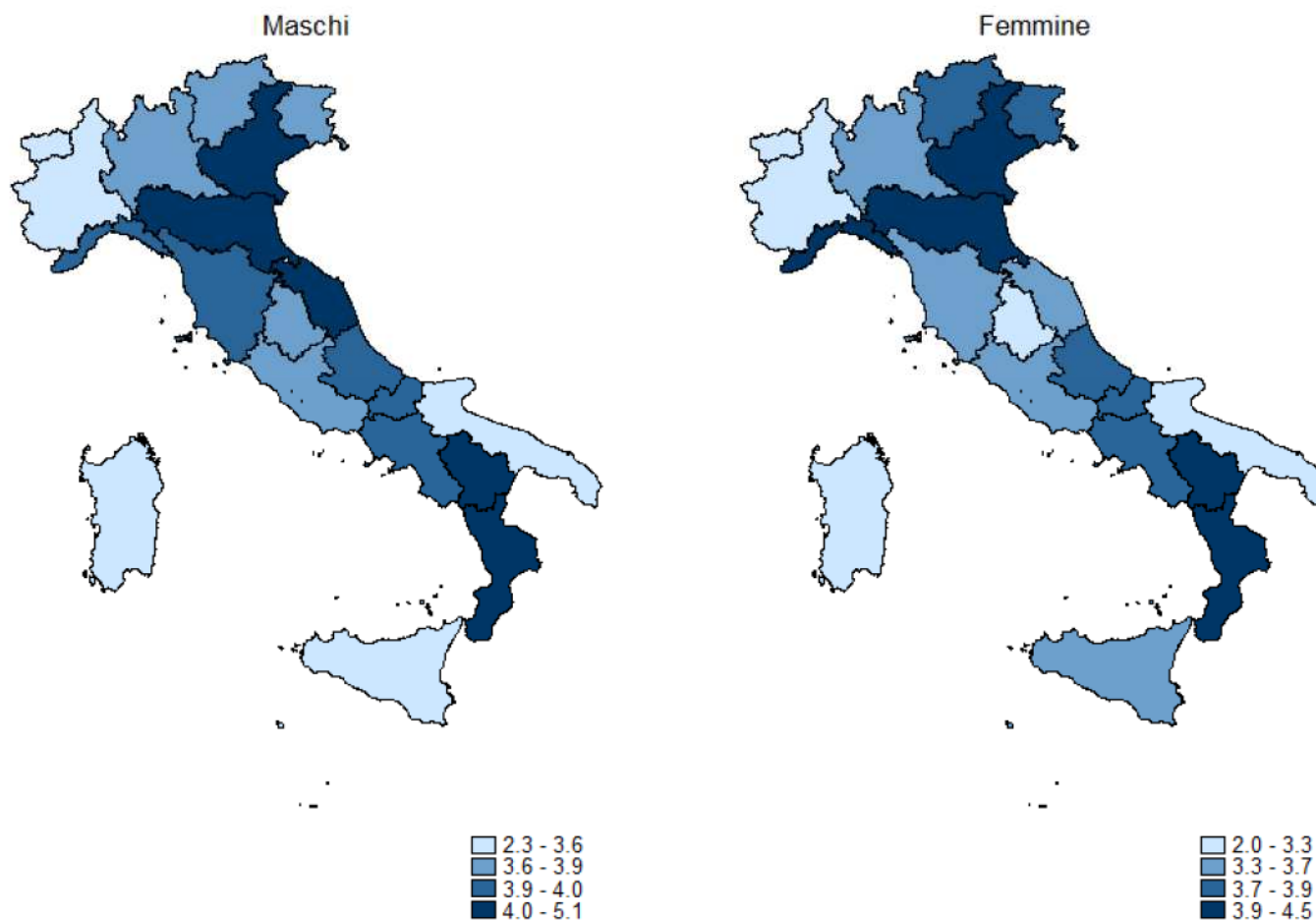


Figura 3.3c Prevalenza (%) "lifetime" di Ictus ischemico: analisi per sesso e fasce d'età (anno 2013)

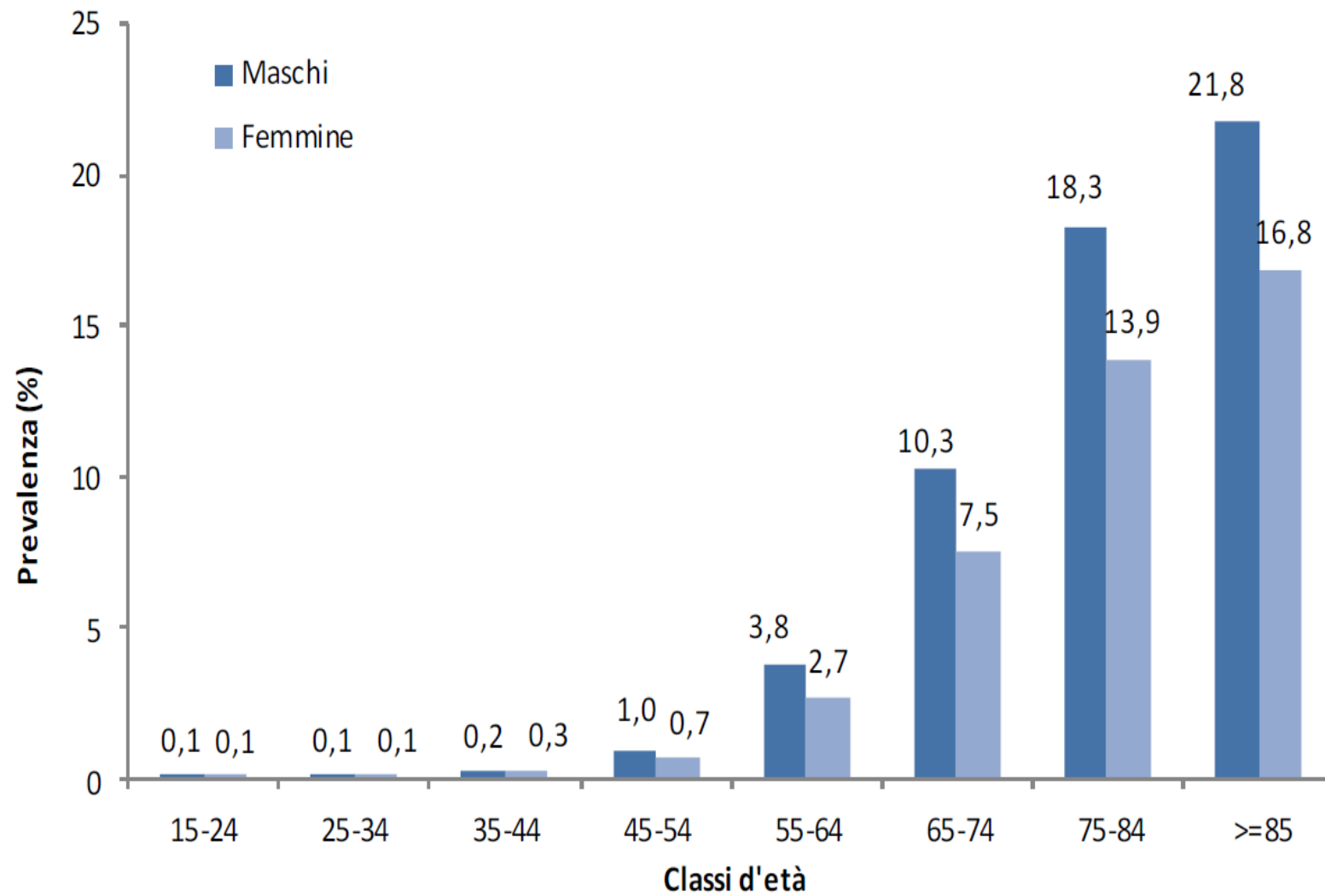


Figura 3.4a Prevalenza (%) "lifetime" di Malattie ischemiche del cuore standardizzata per fasce d'età: analisi per sesso (anni 2005-2013)

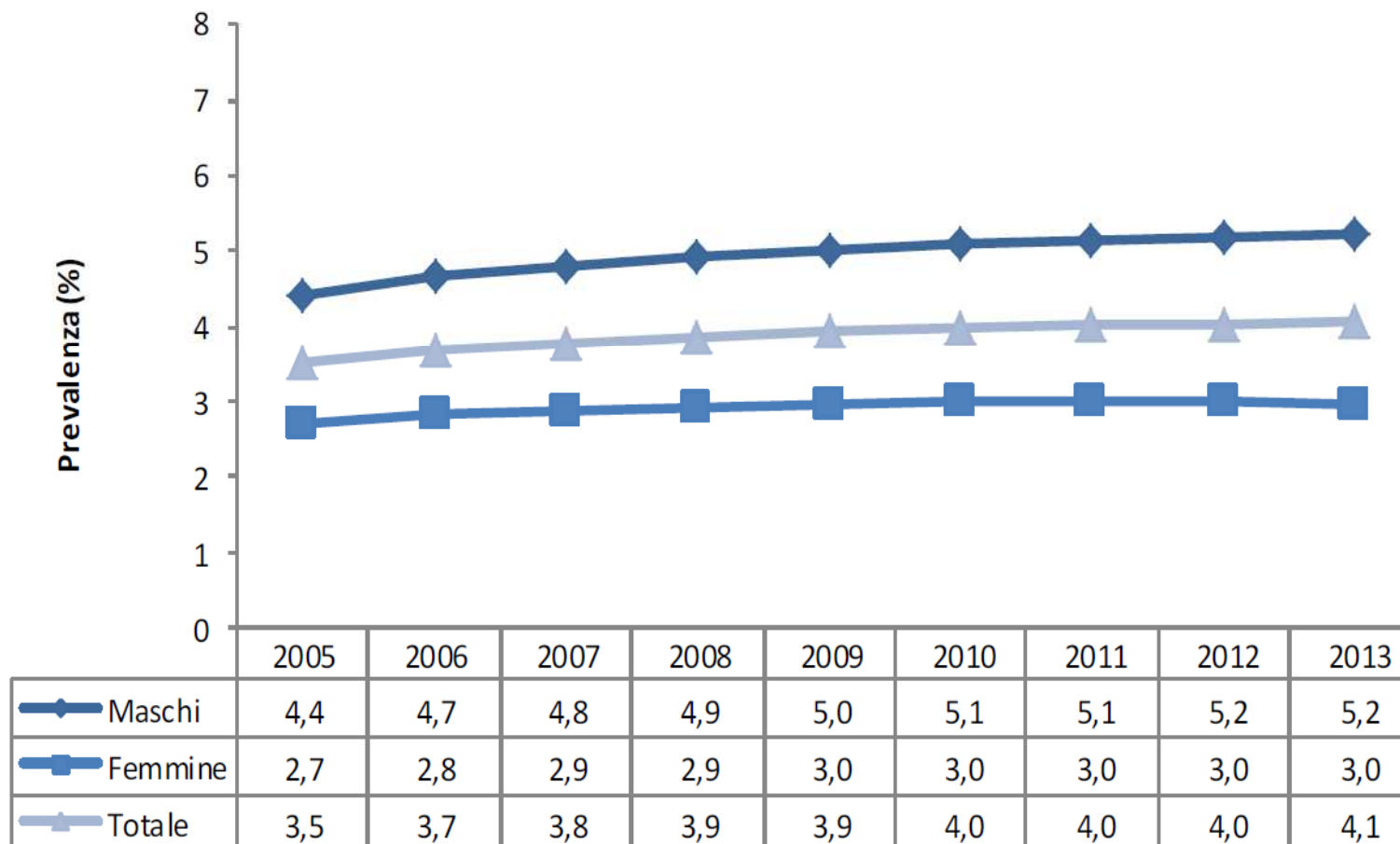


Figura 3.4b Prevalenza (%) "lifetime" di Malattie ischemiche del cuore standardizzata per fasce d'età: analisi per Regione (anno 2013)

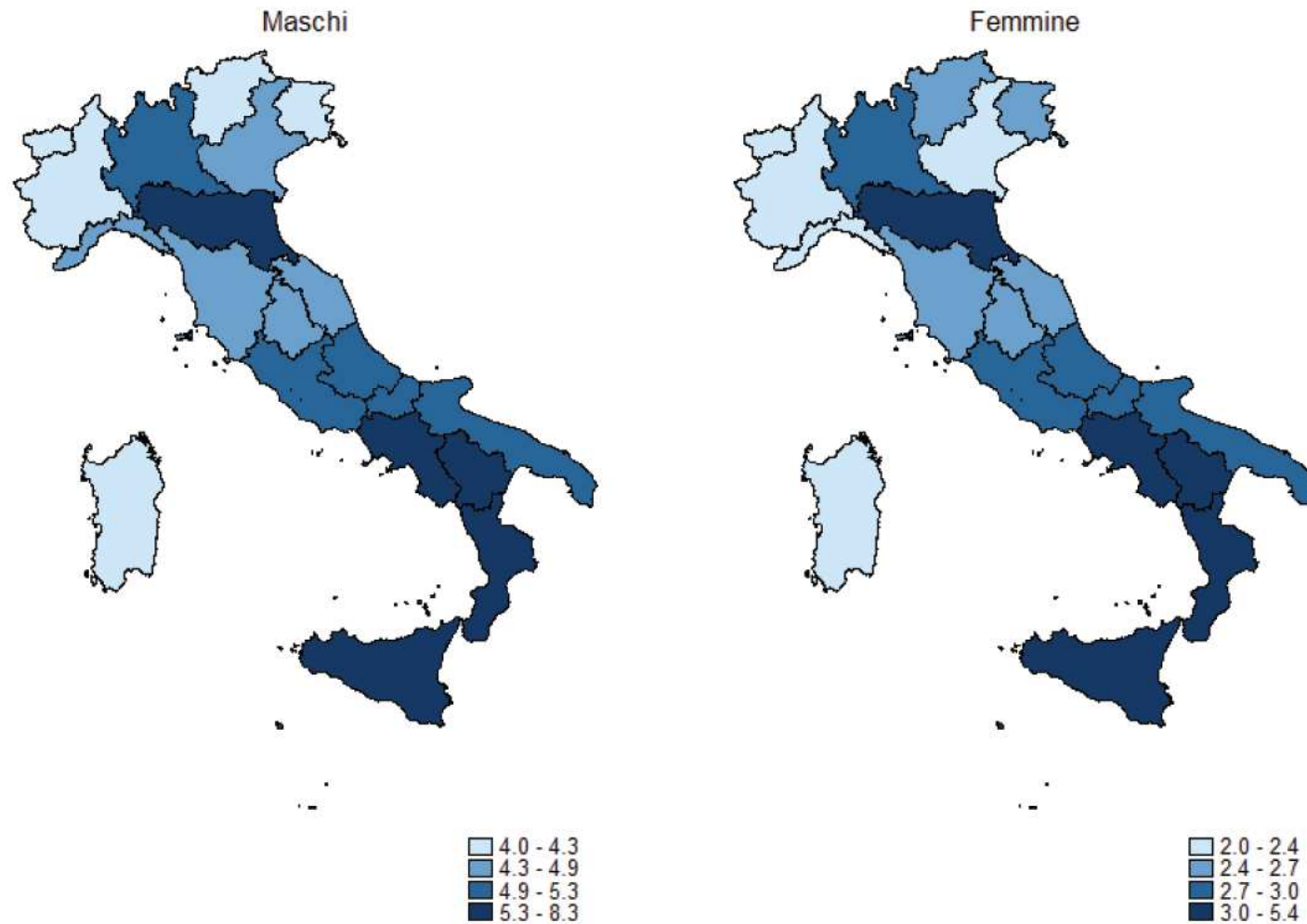


Figura 3.4c Prevalenza (%) "lifetime" di Malattie ischemiche del cuore: analisi per sesso e fasce d'età (anno 2013)

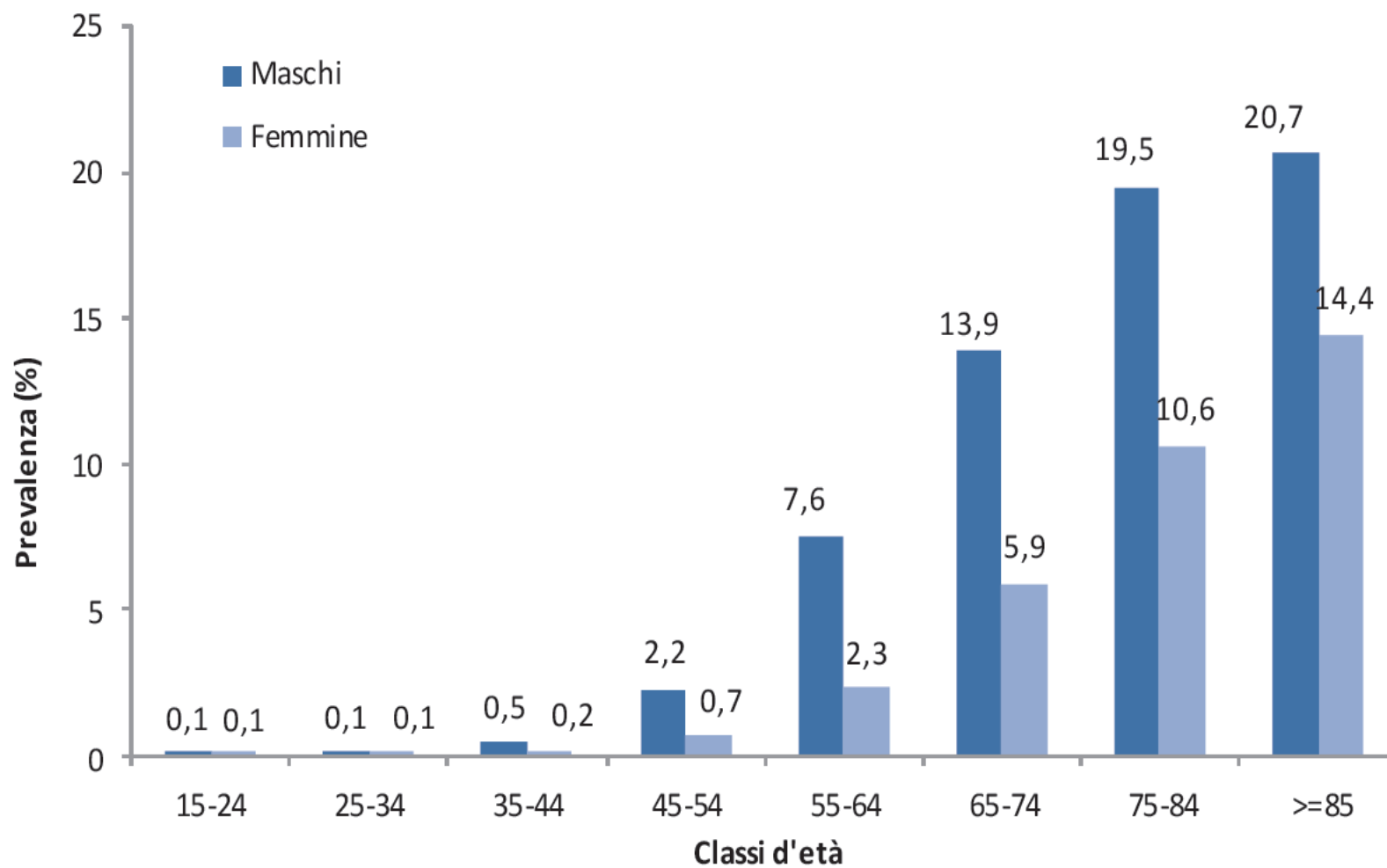


Figura 3.6a Prevalenza (%) "lifetime" di Diabete mellito tipo 2 standardizzata per fasce d'età: analisi per sesso (anni 2005-2013)

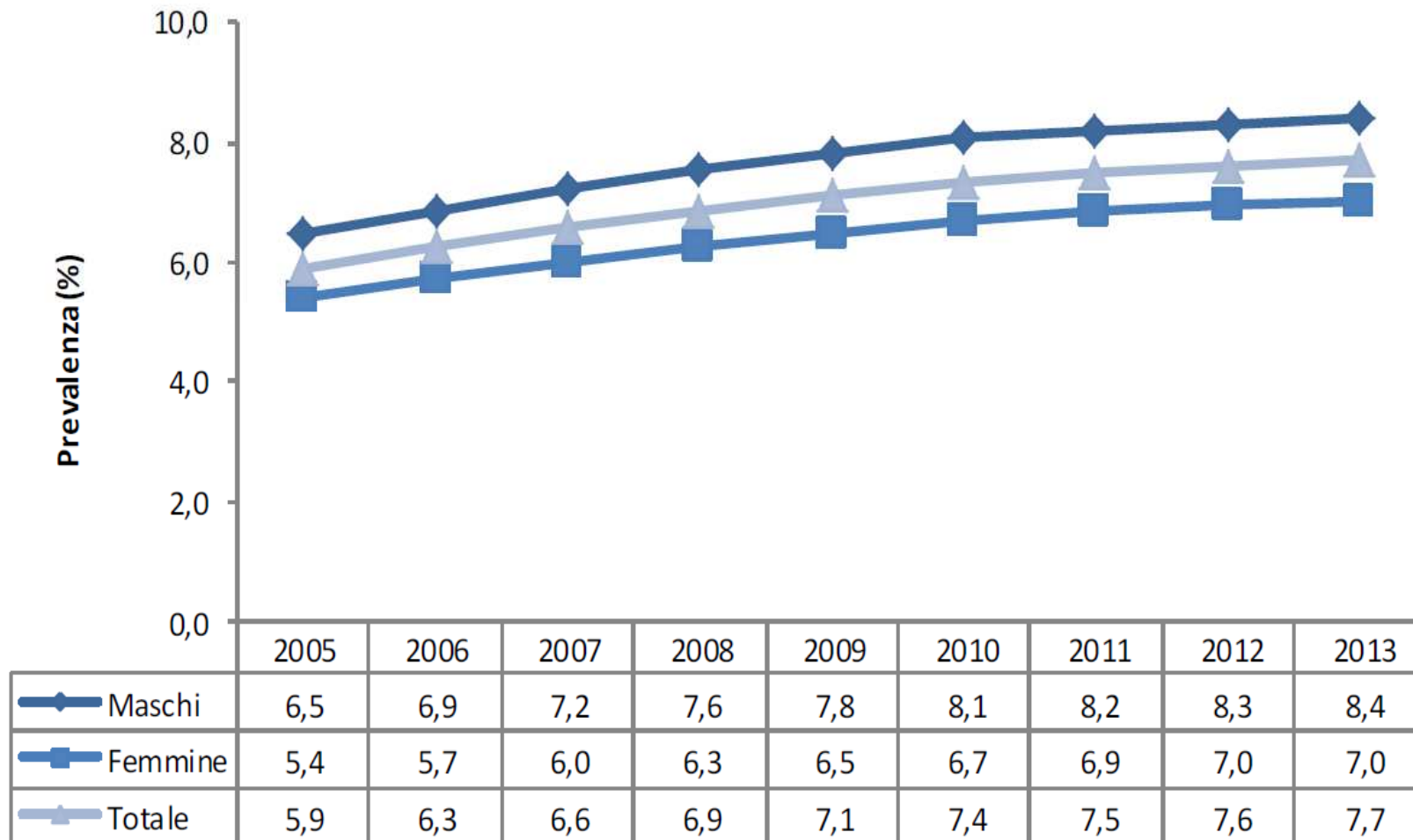


Figura 3.6b Prevalenza (%) "lifetime" di Diabete mellito tipo 2 standardizzata per fasce d'età: analisi per Regione (anno 2013)

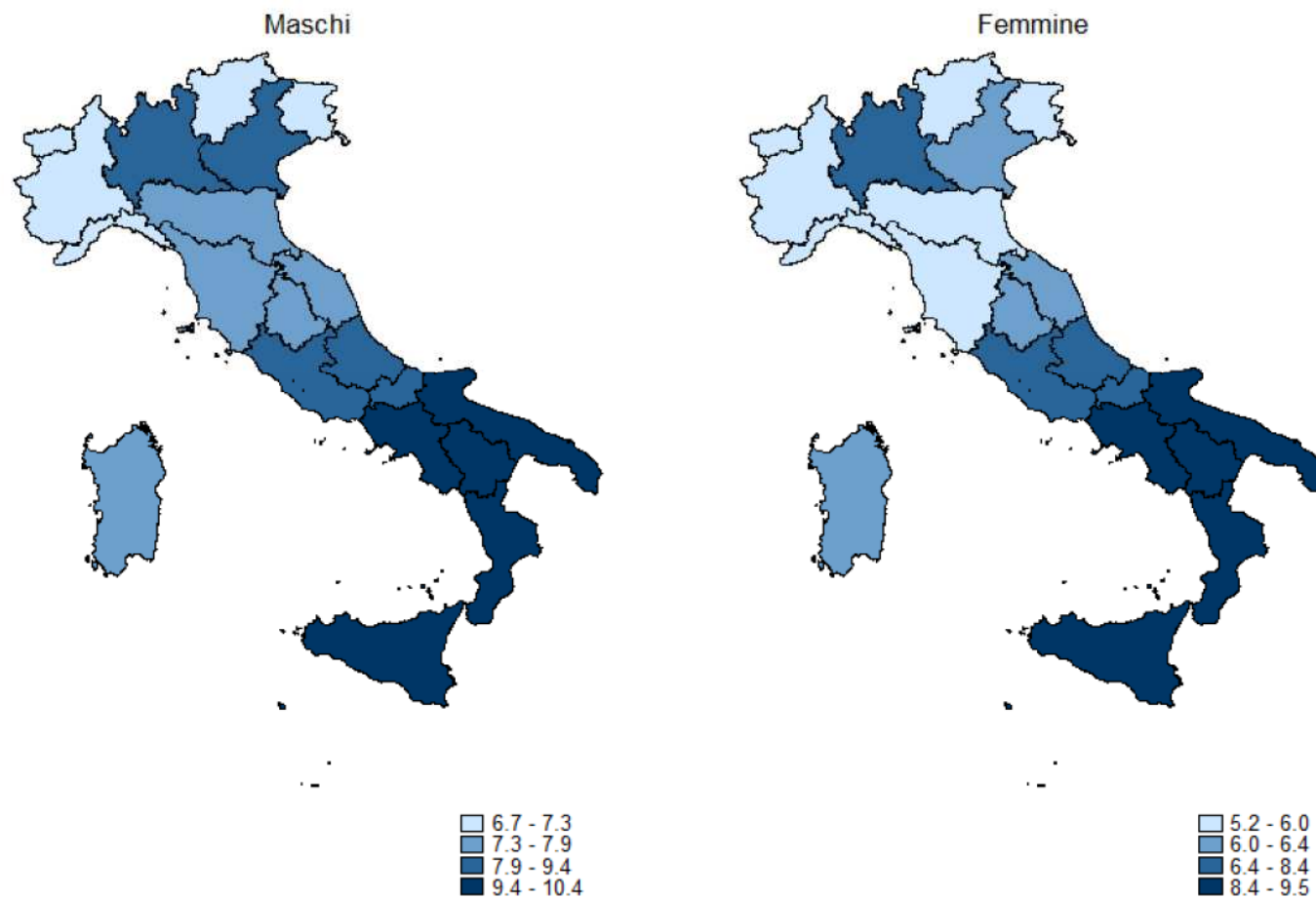
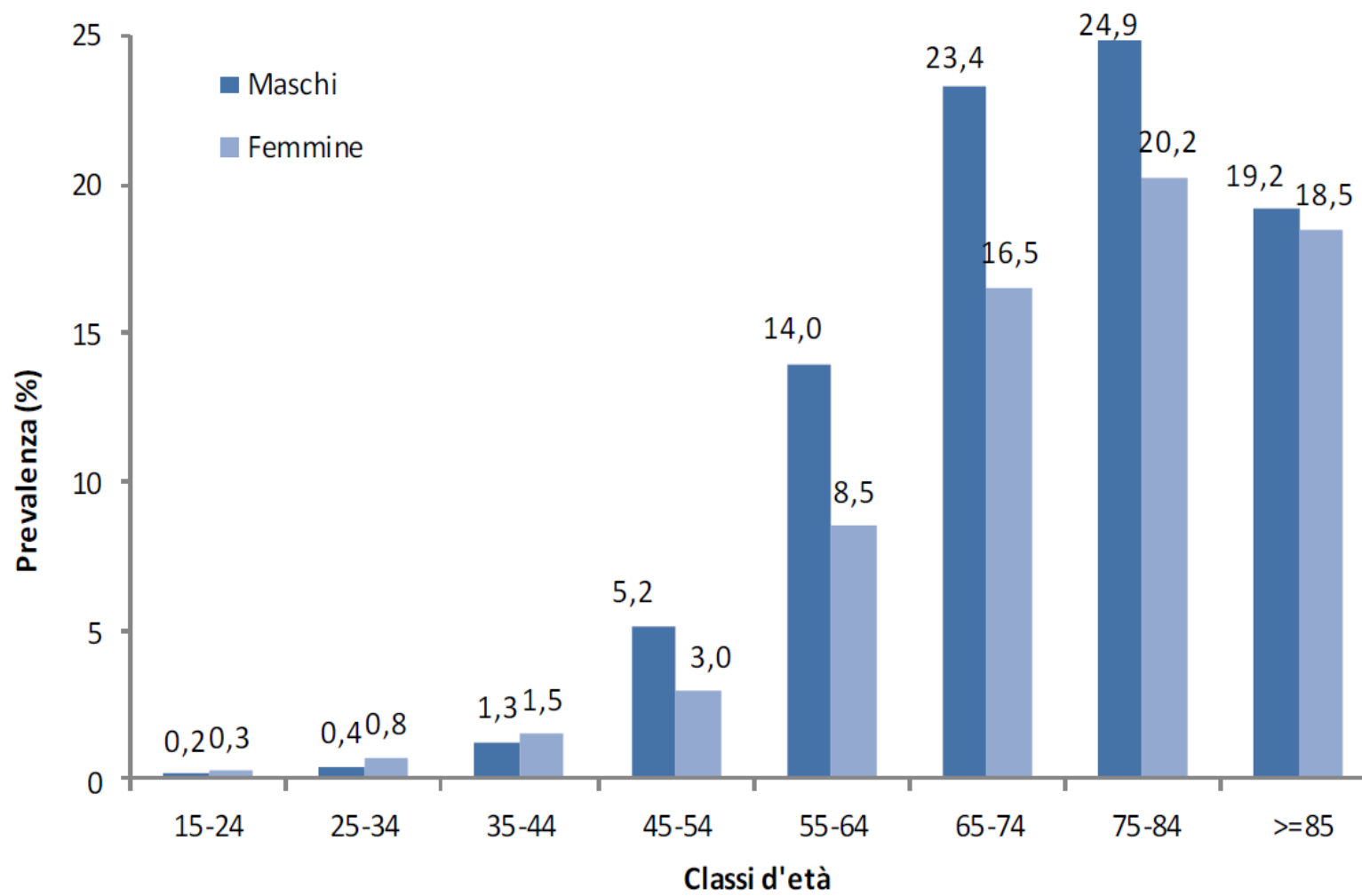


Figura 3.6c Prevalenza (%) "lifetime" di Diabete mellito tipo 2: analisi per sesso e fasce d'età (anno 2013)



Epidemiologia

- Le malattie cardiovascolari rappresentano la prima causa di morte nel mondo
- In Europa rappresentano il 47% di tutti i decessi (**42% negli uomini e il 52% nelle donne**)
- Tra il 2005 e il 2013 in aumento la prevalenza di ipertensione arteriosa dal 21% al 26%
- Malattie ischemiche cardiache dal 3,5% al 4,1%
- Ictus dal 2,2 % al 3,8%



Tabella 4.2.10. Aderenza (%) al trattamento ipolipemizzante tra i soggetti affetti da Ipercolesterolemia poligenica suddivisi per rischio cardiovascolare (secondo Nota AIFA 13)

	Medio (score 2-3%)	Moderato (score 4-5%)	Alto (score >5%<10% o patologie a rischio*)	Molto alto (score >10% o patologie ad alto rischio**)
ANALISI GEOGRAFICA	Aderenza terapeutica (%)			
Nord	28,2	32,8	34,5	48,5
Centro	31,8	37,2	39,8	47,2
Sud e isole	36,0	32,5	41,1	50,6
ANALISI PER GENERE				
Maschi	32,4	33,8	38,2	52,7
Femmine	29,8	32,3	38,0	43,6
ANALISI PER ETÀ				
≤40	-	-	-	-
41-50	23,9	-	37,7	51,4
51-60	28,0	32,8	38,6	47,5
61-70	33,1	33,7	37,9	50,3
71-80	-	-	-	-
>80	-	-	-	-
ANALISI PER CLASSE				

Tabella 4.2.16. Aderenza al trattamento per Asma e BPCO tra i soggetti affetti da Asma e BPCO

	Asma	BPCO
ANALISI GEOGRAFICA	Aderenza terapeutica (%)	
Nord	13,0	31,9
Centro	13,1	27,7
Sud e isole	9,8	24,6
ANALISI PER GENERE		
Maschi	12,8	31,0
Femmine	10,9	23,6
ANALISI PER ETA'		
<45	5,3	7,8
46-65	12,1	21,8
66-75	17,8	30,2
>75	20,5	29,8

4. Appropriata d'uso dei farmaci: profili prescrittivi e di utilizzazione

Tabella 4.3.4. Numero di pazienti trattati con farmaci antiipertensivi aderenti al trattamento [numeratore], sul totale dei pazienti trattati con antiipertensivi [denominatore].

	2014 N = 4.354.334		2013 N = 4.253.410		2012 N = 4.163.262	
	%	Var. %	%	Var. %	%	Var. %
TOTALE	55,5	0,2	55,3	1,3	54,7	/
Area geografica						
Nord	56,8	1,7	55,8	0,9	55,3	/
Centro	50,4	-7,7	54,6	0,4	54,4	/
Sud	56,2	3,0	54,5	3,4	52,7	/
Genere						
Maschio	57,4	-0,1	57,4	1,1	56,8	/
Femmina	53,9	0,5	53,6	1,3	52,9	/
Classi di età						
≤45	33,1	0,7	32,8	2,4	32,1	/
46-65	50,6	-0,4	50,8	0,8	50,4	/
66-75	60,1	-0,1	60,2	0,8	59,7	/
>75	60,1	0,4	59,8	1,1	59,2	/

Tabella 4.4.6. Numero di pazienti trattati aderenti al trattamento con statine [numeratore], sul totale dei pazienti trattati con statine [denominatore].

	2014		2013		2012	
	N = 1.768.218		N = 1.690.168		N = 1.597.006	
	%	Var. %	%	Var. %	%	Var. %
TOTALE	43,1	0,0	43,1	3,9	41,5	/
Area geografica						
Nord	47,6	0,9	47,2	4,0	45,4	/
Centro	35,2	-8,1	38,4	2,9	37,3	/
Sud	38,3	5,0	36,5	5,0	34,8	/
Genere						
Maschio	46,4	-0,5	46,6	3,3	45,1	/
Femmina	40,0	0,5	39,8	4,5	38,1	/
Classi di età						
≤45	26,2	-0,6	26,3	2,9	25,6	/
46-65	40,8	-1,0	41,2	2,9	40,0	/
66-75	46,1	0,0	46,1	4,4	44,2	/
>75	43,7	0,4	43,5	3,8	41,9	/

-
- Si stima che circa l'**80%** degli eventi cardiovascolari che insorgono prima dei 75 anni è ***prevenibile !!!***
 - La correzione degli stili di vita consentirebbe una riduzione della mortalità di oltre il 50%
 - Il trattamento farmacologico del 40%



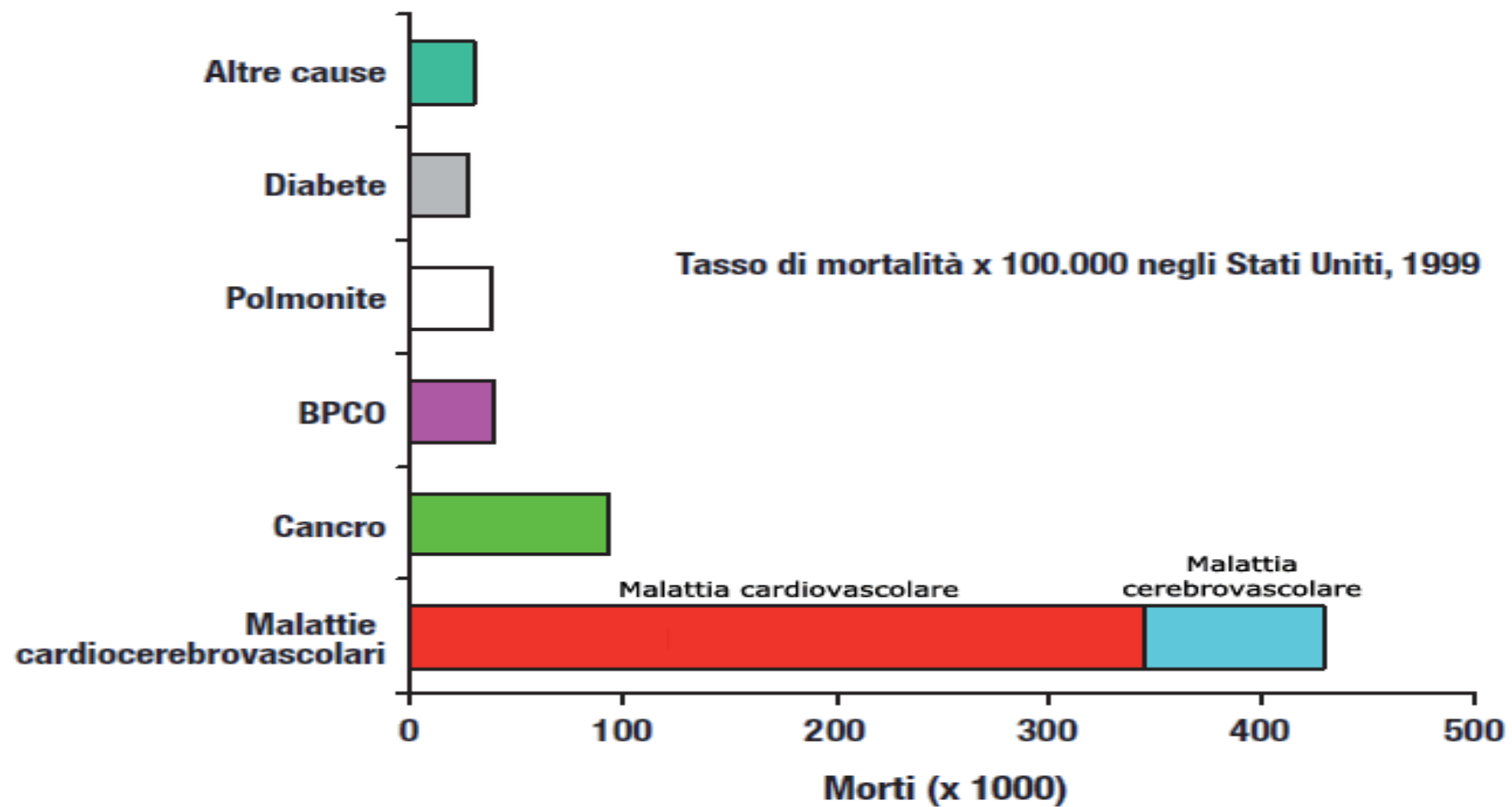


Figura 1
Cause di morte nelle donne negli Stati Uniti (da *Center for Disease Control and Prevention*, mod.).

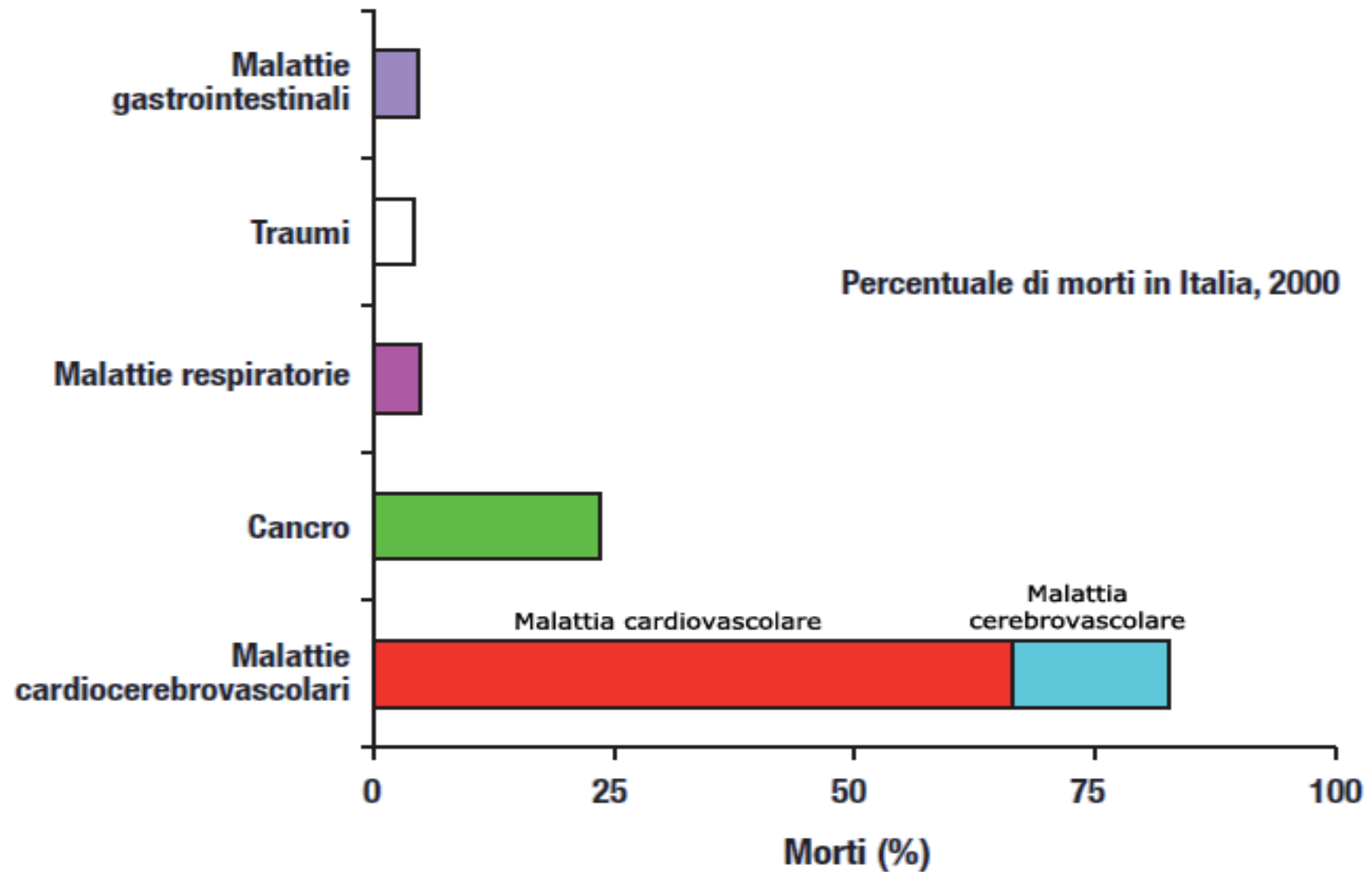


Figura 2

Cause di morte nelle donne in Italia (da dati ISTAT, mod.; elaborazione ISTISAN 95/34).

- uno studio condotto dall'American Heart Association, pubblicato sul numero di febbraio 2005 di Circulation ¹ ha mostrato che solo il 13% delle donne percepisce le malattie cardiovascolari come il più importante problema di salute da trattare e solo un terzo pensa che esse rappresentino la principale causa di morte.
- le donne continuano a ricevere le informazioni sulle malattie cardiovascolari dai mass-media, mentre solo il 24% delle intervistate le riceve dai medici.

L'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare e la Health Examination Survey hanno messo a confronto la prevalenza in Italia di ipertensione arteriosa tra le donne in menopausa (età media 62 anni) negli anni 1998-2002 e 2008-2012 .

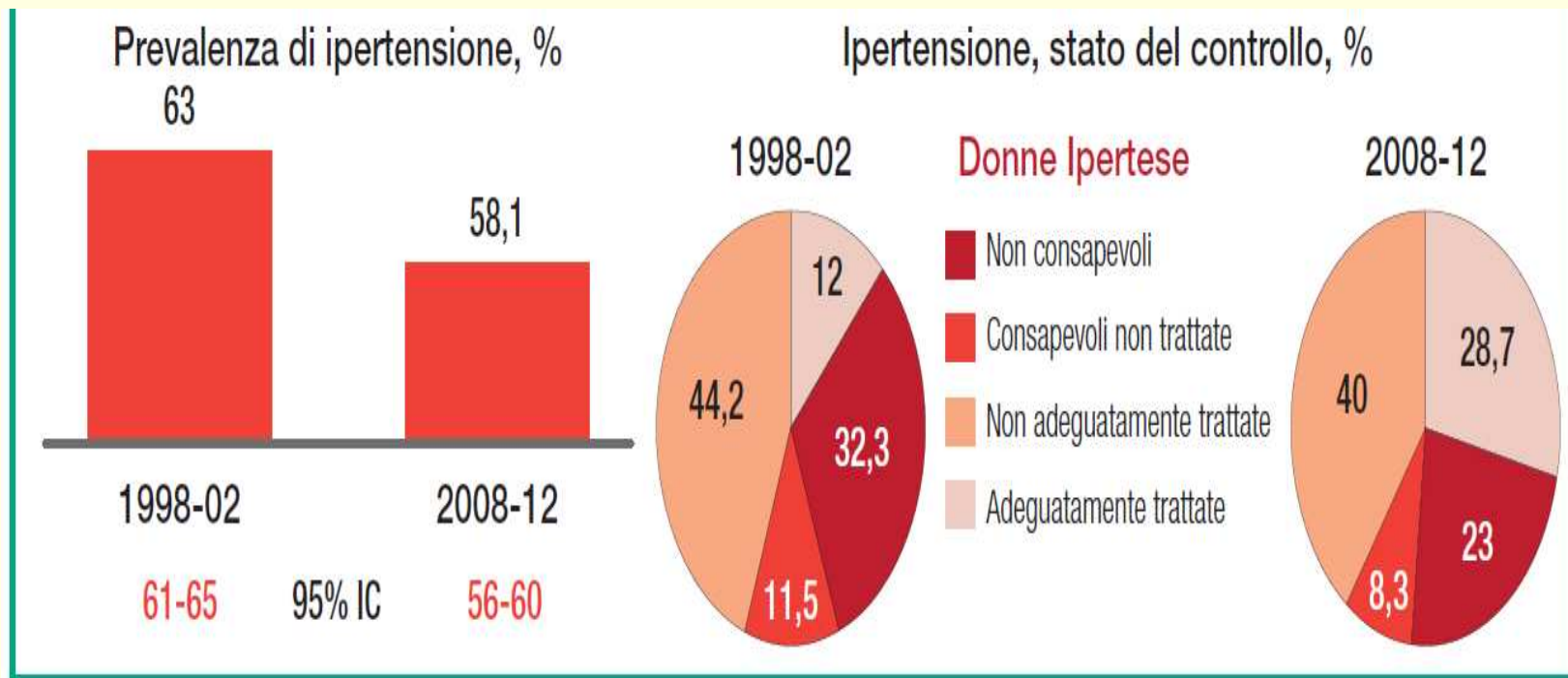
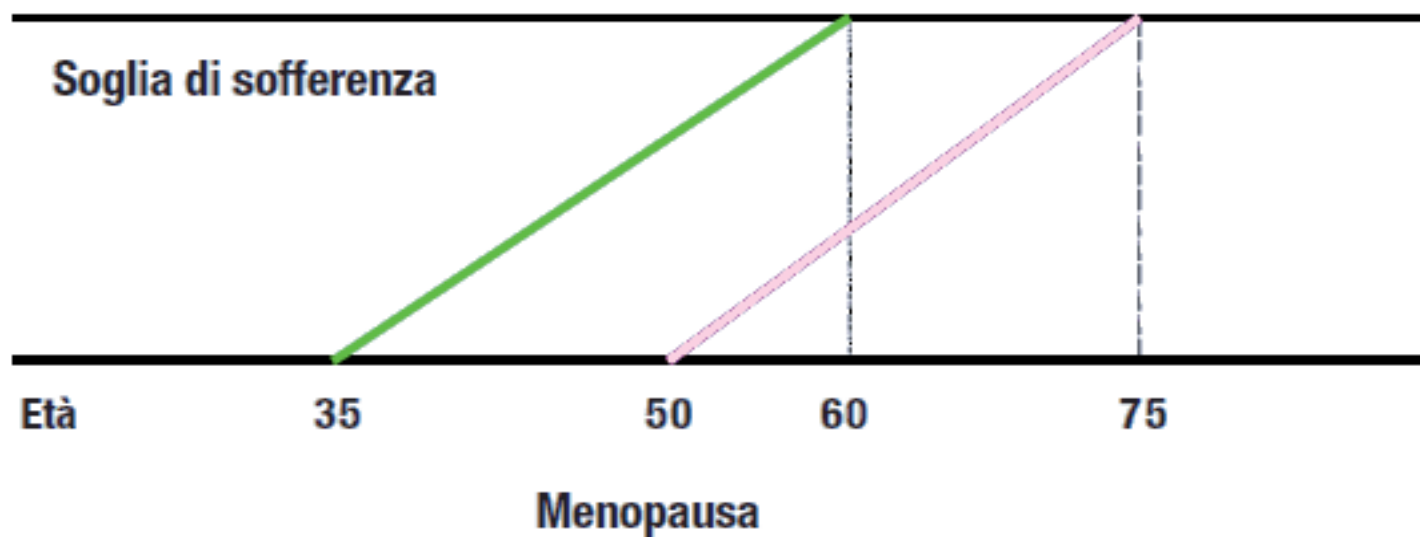


FIGURA 3.

Pressione arteriosa in donne in menopausa: confronto tra 1998-02 e 2008-12.

-
- malattia aterosclerotica è diversa nei due sessi. La donna infatti ha proprie peculiarità di tipo biologico-ormonale, diverse caratteristiche anatomiche dei vasi, una massa magra e una massa grassa diverse, con conseguenze che condizionano lo sviluppo della malattia e la risposta ai farmaci



La donna diventa simile all'uomo all'età di circa 75 anni

Figura 3

Ipotesi della formazione della placca.

Fattori di rischio CV extra SCORE ISS e danni d'organo considerati

Familiarità di 1° grado per malattie CV in età precoce (< 55 aa. per l'uomo e < 60 aa. per la donna)

Obesità (BMI > 29)

Ipertrofia ventricolare sinistra

Ateromasia carotidea non emodinamicamente significativa e/o ispessimento mio intimale

Danno renale (micro-macroalbuminuria o FG <60 ml/min)

Queste condizioni conferiscono un rischio CV elevato, superiore a quanto stratificabile con la carta del rischio

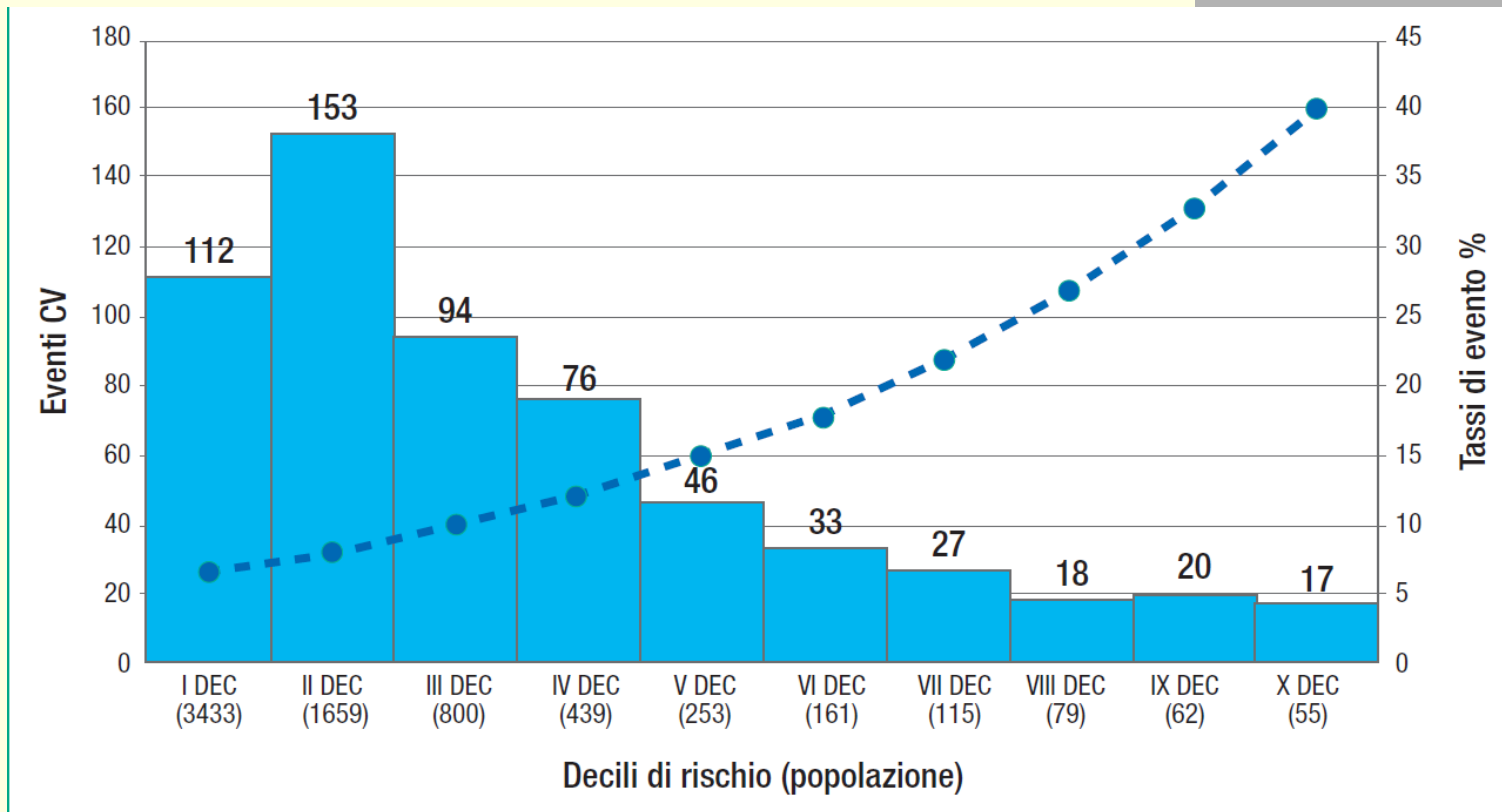


FIGURA 1.

Eventi CV (barre) in relazione ai tassi di evento (curva tratteggiata) per decile di rischio CV; uomini 35-69 anni.

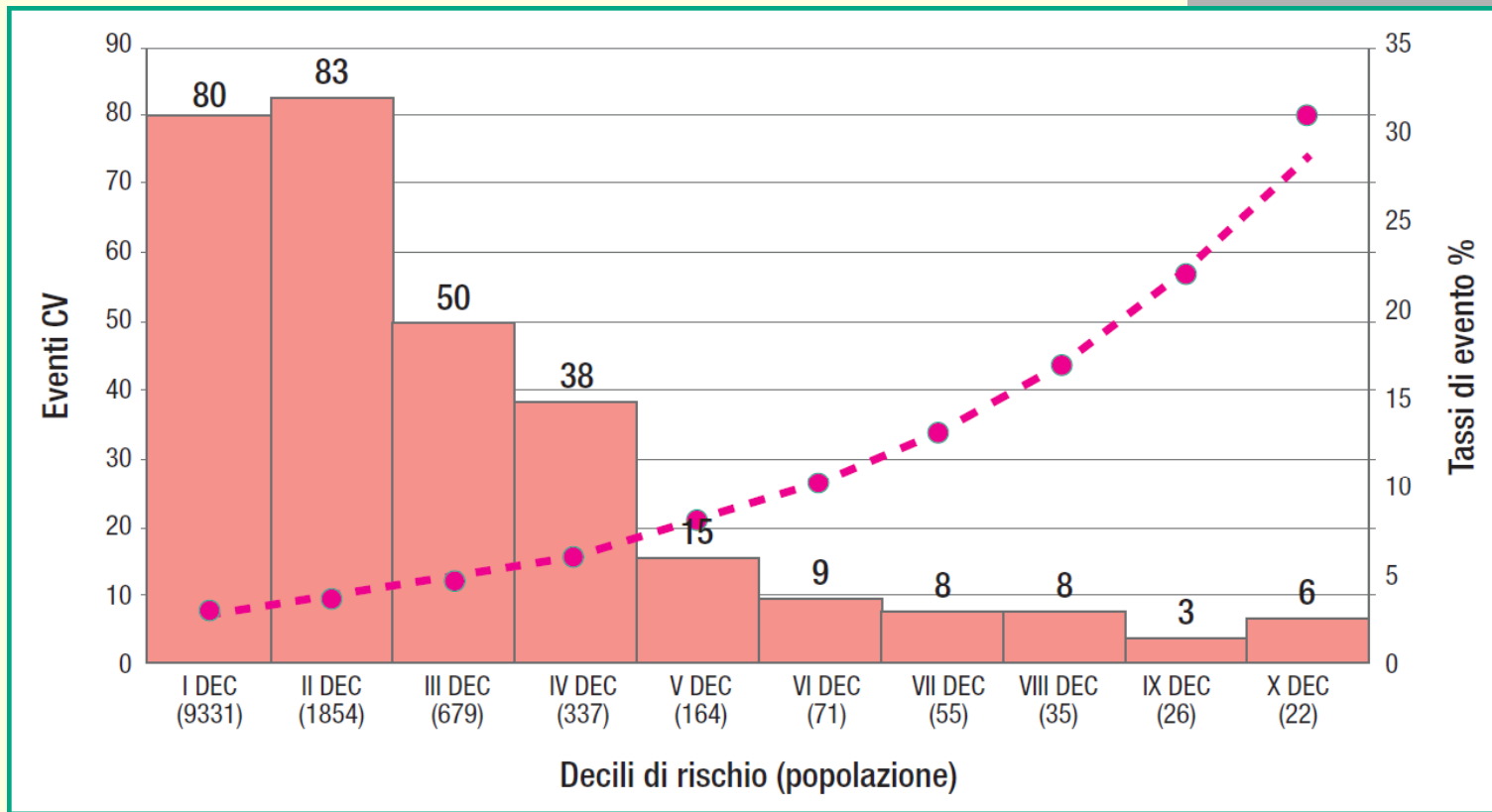


FIGURA 2.

Eventi CV (barre) in relazione ai tassi di evento (curva tratteggiata) per decile di rischio CV; donne 35-69 anni.

La maggioranza di eventi si registra dunque nella sottopopolazione a rischio CV lieve o moderato, poiché si tratta di una fascia molto numerosa. Una buona strategia preventiva non deve quindi preoccuparsi solo degli individui ad alto rischio, ma comprendere anche un approccio mirato alle persone a rischio lieve e moderato, e questo vale soprattutto per le donne, in cui la prevalenza di basso rischio è superiore rispetto agli uomini.

Fattori di rischio modificabili

- Fumo : prevalenza nel sesso maschile va dal **35,1%** del 1994 al **29,9%** del 2008; nel sesso femminile invece passa dal **16,8%** al **17,1%**
- Sedentarietà : le ***donne sono molto più sedentarie 42,8% verso il 33,5% degli uomini***



ASA e prevenzione primaria e secondaria

- Fuori dubbio l'efficacia in prevenzione secondaria
- Più intrigante e controversa in prevenzione primaria

	Soggetti (numero)	% maschi /femmine	Referenze
<i>Physician's Health Study Group, 1989</i>	Soggetti sani (22.071), 40-85 di età Durata dello studio: 5 anni doppio cieco Dose: 325 mg /die Placebo: sì Terapia aggiuntiva: beta carotene Qualità: buono	100/0	14
<i>British Doctors Trial, 1988</i>	Soggetti sani (5139) Durata dello studio: 5 anni Open-label 500 mg /die Senza placebo Qualità: sufficiente	100/0	15
<i>Thrombosis Prevention Trial (solo aspirina), 1998</i>	Soggetti ad alto rischio di malattia CAD (5085) Durata dello studio: 6,8 anni Doppio cieco Dose: 75 mg /die Placebo: sì Terapia aggiuntiva: warfarin Qualità: buono	100/0	21
<i>Hypertension Optimal Treatment Study, 1998</i>	18.790 soggetti con pressione arteriosa diastolica tra 100-115 mmHg (18.790) Durata dello studio: 3,8 anni Doppio cieco Dose: 75 mg /die Placebo: sì Terapia aggiuntiva: felodipine con o senza ACE-inibitori e beta-bloccanti Qualità: buono	53/47	22
<i>Primary Prevention Project, 2001</i>	Almeno un fattore di rischio per malattie cardiovascolari (4495 soggetti) Durata dello studio: 3,8 anni Open-label Dose: 100 mg /die Placebo: no Terapia aggiuntiva: vitamina E Qualità: sufficiente	43/57	23
<i>Womens Health Study, 2005</i>	Femmine sane (39.876) Durata dello studio: 10,1 anni Doppio cieco Dose: 100 mg /die Placebo: sì Terapia aggiuntiva: vitamine E e carotene (quest'ultimo sospeso dopo 2,2 anni) Qualità: buono	0/100	13

TABELLA I. Studi clinici dell'aspirina in prevenzione primaria.

■ una metanalisi specificamente dedicata all'effetto del genere ²⁰. Condotta su 51.342 donne e 44.114 uomini, evidenzia che l'uso dell'aspirina è associato nelle **donne** ad una riduzione (12%) di eventi cardiovascolari maggiori, e ciò è soprattutto legato alla **riduzione del rischio di ictus (17%)**, mentre non si osserva nessuna significativa riduzione dell'infarto del miocardio o della mortalità. Negli **uomini**, l'uso dell'aspirina è associato ad una significativa (14%) **riduzione degli eventi cardiovascolari che sale al 32%** se si considera solo **l'infarto del miocardio**, mentre non è ridotto il rischio di infarto cerebrale e la mortalità cardiovascolare.

analysis of randomized controlled trials. JAMA 2006;295:306-13.

Thrombosis prevention trial: randomised trial of low-intensity oral anticoagulation with warfarin and low-dose aspirin in the primary prevention of

-
- la riduzione di eventi cardiovascolari è significativa e molto simile fra i due sessi, tuttavia è necessario trattare 333 donne e 270 uomini per 6,5 anni per avere una diminuzione di 3 e 4 eventi su 1000.
 - Con aumento del rischio effetti collaterali: sanguinamenti e disturbi intestinali

- Gli studi di cost-effectiveness, eseguiti considerando uomini e donne di diverse età e con diverso rischio cardiovascolare, concludono che il trattamento con acido acetilsalicilico è appropriato sia per gli uomini di età compresa tra 55 e 65 anni con moderato rischio cardiovascolare che per gli uomini di 75 anni con rischio cardiovascolare a 10 anni maggiore del 10%, mentre nelle donne si ha cost-effectiveness favorevole a 65 anni se ad alto rischio ed a 75 anni con rischio moderato ²⁶.

subgroups based on age, gender, and varying cardiovascular risk. Circulation 2008;117:2875-83.

U.S. Preventive Services Task Force. Aspirin for the prevention of cardiovascular disease: U.S. Preventive

services Task Force recommendation

- Esistono problemi di sotto utilizzo e di scarsa aderenza/persistenza terapeutica.
- Uno studio (3) realizzato nell'ambito della Medicina Generale italiana (dall'istituto di ricerca Health Search) ha evidenziato come solo poco più del 52% dei pazienti con precedenti eventi fosse in terapia con ASA. Se osserviamo poi i soli pazienti con pregresso infarto miocardico, nel primo anno dopo l'evento circa il 75% dei pazienti assume ASA, ma la percentuale scende al 60% dopo cinque anni.

Cosa deve fare il MMG e lo Specialista

- prevenzione dei fattori di rischio cardiovascolari
- Migliorare l'aderenza al trattamento sia in prevenzione primaria ma soprattutto in prevenzione secondaria dove l'efficacia è maggiormente dimostrata

-
- Le donne giocano un ruolo importante nel determinare la salute dei propri cari e la loro salute è doppiamente importante perché una donna sana è garanzia della salute delle future generazioni



Grazie e buon lavoro a tutti !!!

