



XIX CONGRESSO NAZIONALE AMD

Roma, 29 maggio - 1 giugno 2013
Rome Marriott Park Hotel

MEDICINA di GENERE :

ANNALI di GENERE

**Valeria Manicardi
Ospedale di Montecchio, AUSL di Reggio E**



La medicina di genere studia le differenze biologiche e psico sociali tra i sessi e la loro influenza sullo stato di salute e di malattia.

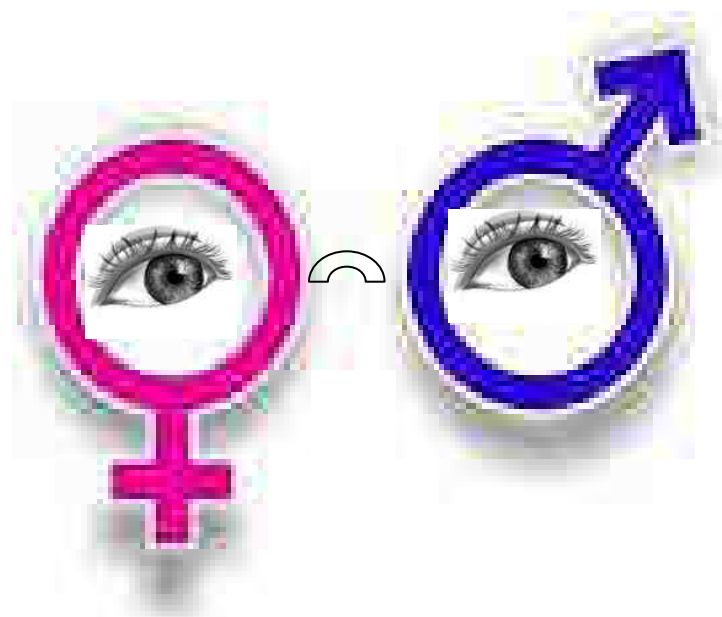
- Con il termine “genere” (gender) si intende definire la categoria “uomo” e “donna”, non solo fondata su differenze biologiche, ma anche condizionata da fattori ambientali, sociali e culturali.
- Con il termine “sesso” (sex), invece, si intende più semplicemente la caratterizzazione biologica dell’individuo.



Medicina di genere



Non è una nuova disciplina, ma un nuovo approccio che attraversa tutte le discipline mediche





WHO : Women are not little men



Perchè gli Annali di Genere ?

Il diabete è il più importante fattore di rischio di mortalità per malattie cardiovascolari

Il rischio di morte per malattia Cardiaca è

nella donna diabetica : 3-5 volte più alto rispetto alla donna non diab.

nell'uomo diabetico : 2-3 volte più alto rispetto al non diabetico

The Framingham study: historical insight on the impact of cardiovascular risk factors in men versus women.
-Metanalisi di 37 studi prospettici di coorte - J Gend Specific Med 2002; 5: 27



eventi cardiovascolari nelle Donne

Perché le donne con diabete hanno beneficiato meno della riduzione degli eventi cardiovascolari verificatesi nella popolazione USA e Europea alla fine del 2° millennio?

- ✓ Differente accessibilità alle cure ?
- ✓ Differente controllo dei fattori di rischio ?
- ✓ Differente aderenza alla terapia ?

Diabetes Care 28:514–520, 2005



Annali AMD 2011- 2013 - TARGET raggiunti in Italia
In 450000 Diabetici seguiti in 220 servizi di Diabetologia



Indicatori di outcome	DT2 (%) Anno 2010	DT2 (%) Anno 2012
HbA1c < 7%	43,8	43,8
PA < 130/85	15,2	17,4
LDL -C < 100	41,8	48,1

Excess risk of fatal coronary heart disease associated with diabetes in men and women: meta-analysis of 37 prospective cohort studies

Rachel Huxley, Federica Barzi, Mark Woodward

BMJ, 21 December 2006]

Abstract

Objective To estimate the relative risk for fatal coronary heart disease associated with diabetes in men and women.

Design Meta-analysis of prospective cohort studies.

Data sources Studies published between 1966 and March 2005, identified through Embase and Medline, using a combined text word and MESH heading search strategy, in addition to studies from the Asia Pacific Cohort Studies Collaboration.

Review methods Studies were eligible if they had reported estimates of the relative risk for fatal coronary heart disease comparing men and women with and without diabetes. Studies were excluded if the estimates were not adjusted at least for age.

Results 37 studies of type 2 diabetes and fatal coronary heart disease among a total of 447 064 patients were identified. The rate of fatal coronary heart disease was higher in patients with diabetes than in those without (5.4 v 1.6%). The overall summary relative risk for fatal coronary heart disease in patients with diabetes compared with no diabetes was significantly greater among women than it was among men: 3.50, 95% confidence interval 2.70 to 4.53 v 2.06, 1.81 to 2.34. After exclusion of the eight studies that had adjusted only for age, the difference in risk between the sexes was substantially reduced but still highly significant. The pooled ratio of the relative risks (women: men) from the 29 studies with multiple adjusted estimates was 1.46 (1.14 to 1.88).

Conclusions The relative risk for fatal coronary heart disease associated with diabetes is 50% higher in women than it is in men. This greater excess coronary risk may be explained by more adverse cardiovascular risk profiles among women with diabetes, combined with possible disparities in treatment that favour men.

RR F vs M nei 29 studi corretti per fattori confondenti = 1,49

Le Donne Diabetiche hanno il 50% in più di rischio di Eventi CV fatali rispetto ai Maschi.

Cause :

- Peggior profilo di rischio
- Sottotrattamento con Statine, ASA, Antiipertensivi

Recent studies found that men with diabetes or established cardiovascular disease are more likely to receive aspirin, statins, or antihypertensive drugs than are women. For example, one study found that only 35% of women with diabetes or cardiovascular disease were prescribed a statin compared with 45% of men with similar medical histories.³⁸ Similar findings were reported from the United Kingdom prospective diabetes study,³⁹ where women with diabetes were significantly less likely to use aspirin compared with men. In two recent studies from the United States, women with diabetes were also less likely to be treated with aspirin and lipid lowering agents or to achieve recommended levels of blood pressure or low density lipoprotein cholesterol than were men.^{40 41} Therefore more

Il genere influenza le scelte Terapeutiche ?



European Heart Journal (2011) 32, 1337–1344
doi:10.1093/eurheartj/ehr027

CLINICAL RESEARCH

Factors influencing underutilization of evidence-based therapies in women[†]

Raffaele Bugiardini^{1*}, Andrew T. Yan², Raymond T. Yan², David Fitchett², Anatoly Langer², Olivia Manfrini¹, and Shaun G. Goodman², on behalf of the Canadian Acute Coronary Syndrome Registry I and II Investigators*

[†]Dipartimento di Medicina Interna, Cardioangiologia, Epatologia (Padiglione 11), University of Bologna, Via Massarenti 9, 40138 Bologna, Italy; and ²Terrence Donnelly Heart Centre, Division of Cardiology, St. Michael's Hospital, University of Toronto and the Canadian Heart Research Centre, Toronto, Ontario, Canada

Received 18 October 2010; revised 8 January 2011; accepted 25 January 2011; online publish-ahead-of-print 7 March 2011

See page 1313 for the editorial comment on this article (doi:10.1093/eurheartj/ehr083)

Aims

Previous studies have reported differences in the use of cardiovascular medications for acute coronary syndromes (ACSs) according to the sex of the patient. We analysed which clinical factors are associated with underutilization of evidence-based therapies in women.

Methods and results

From the Canadian Registry of ACS I and II, 6558 patients (4471 men and 2087 women) with a final diagnosis of ACS were selected for the current analysis. Covariates were chosen using the approach described by Blackstone. The final selected model included 23 patient clinical variables. Women were less likely than men to receive beta-blockers (75.76 vs. 79.24%; $P < 0.01$), lipid-modifying agents (56.37 vs. 65.44%; $P < 0.0001$), and angiotensin-converting enzyme (ACE)-inhibitors (55.52 vs. 59.99%; $P < 0.01$). Female sex and clinical decision not to investigate with cardiac catheterization were the strongest independent predictors for not receiving lipid-modifying agents and ACE-inhibitors. Age, Killip class 2, and Killip class 3/4 were significant independent predictors of underutilization of beta-blocker use. Women were older (69 ± 12 vs. 64 ± 12 ; $P < 0.01$) with a higher prevalence of Killip class ≥ 2 (19.95 vs. 15.54%; $P < 0.068$), and they were less likely to be referred for cardiac catheterization (41.9 vs. 49.6%; $P < 0.001$).

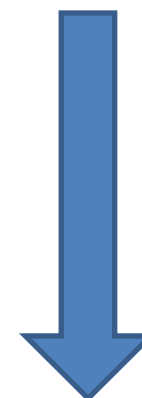
Conclusions

The current findings demonstrate that underutilization of evidence-based therapies in women with ACS compared with men is associated with multiple factors related to the patient (age), the consequences of the disease (congestive heart failure), and the physician's assessment of patient risk (decision to catheterize). Female gender remains associated with underutilization of lipid-modifying agents and ACE-inhibitors despite adjustment for these confounders.

Keywords

Women • Evidence-based therapies

Il genere femminile
Resta un predittore
indipendente di sotto
Utilizzo di Statine
e ACE-I



Sottotrattamento
delle donne con
Diabete vs uomini



Annali di Genere in Diabetologia

- Esistono differenze legate al genere nel profilo di rischio ?
- Esistono differenze legate al genere nella Qualità della Cura erogata ?



DATI ottenuti dal mondo reale: DATA BASE AMD 2010

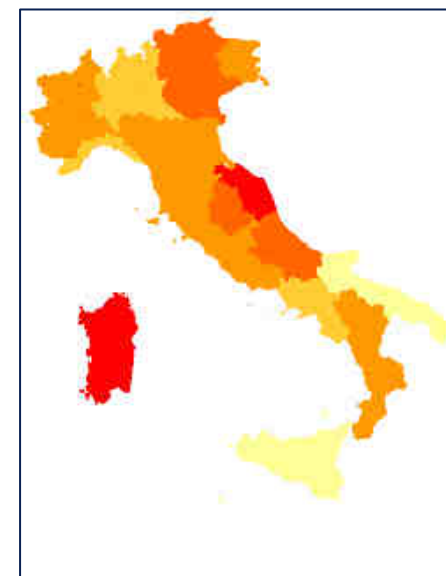
251 Centri – **236** analizzati

451.859 pazienti visti nel **2009**
(mediana 1575 pazienti per centro; range 100-7507).

439.748 con diagnosi di diabete :

DM T1 N = 24.428

DM T2 N = 415.320



DM2 – Primo accesso in Diabetologia Anno 2009

Caratteristiche in base al genere:



Variabile	Categorie	Totale	Maschi	Femmine
N (%)		46513	26753 (57.5)	19760 (42.5)
Età media (anni)		63.6 (12.1)	62.2 (11.8)	65.5 (12.2)
Età in classi (%)				
	<50 anni	13.7	15.7	10.9
	50-70 anni	54.3	57.2	50.4
	>70 anni	32.0	27.1	38.7
Fumatori (%)		19.1	23.24	13.25
BMI medio (Kg/m2)		30.1 (5.5)	29.6 (5.0)	30.8 (6.2)
BMI in classi (%)				
	<=30 Kg/m2	54.5	58.3	49.3
	>30 Kg/m2	45.5	41.7	50.7
Durata del diabete (anni)		1.0 (0.0-6.0)	0.0 (0.0-6.0)	1.0 (0.0-7.0)
Durata del diabete in classi (%)				
	0-2 anni	57.0	58.1	55.5
	2-5 anni	16.0	15.9	16.0
	>5 anni	27.1	26.0	28.5
HbA1c (%)		8.00 (2.05)	8.04 (2.06)	7.96 (2.04)
HbA1c in classi (%)				
	<=7%	39.0	38.6	39.6
	7-8%	22.9	22.1	24.0
	>8%	38.1	39.3	36.4
Trattamento per il diabete				
	Solo dieta	11.9	12.1	11.7
	Iporali	69.2	69.5	68.9
	Insulina	11.8	11.8	11.8
	Ipo+Ins	7.1	6.6	7.6
PAD (mmHg)		80.9 (10.5)	81.1 (10.5)	80.6 (10.4)
PAS (mmHg)		138.8 (19.7)	138.0 (19.3)	139.8 (20.2)
Soggetti con PA >=140/90 mmHg (%)		57.4	56.4	58.8
Soggetti con PA <=130/80 mmHg (%)		37.2	37.9	36.2
Trattati con farmaci antiipertensivi (%)		54.7	52.2	58.2
Colesterolo totale (mg/dl)		202.2 (47.1)	197.7 (47.1)	208.4 (46.4)
Trigliceridi (mg/dl)		178.3 (162.0)	189.2 (187.9)	163.1 (114.8)
Colesterolo HDL (mg/dl)		47.5 (13.2)	44.7 (12.1)	51.6 (13.6)
Colesterolo LDL (mg/dl)		120.3 (38.4)	117.4 (38.1)	124.2 (38.4)
Soggetti con colesterolo LDL >=130 mg/dl		39.1	36.1	43.1
Soggetti con colesterolo LDL <100 mg/dl		31.2	33.8	27.4
Soggetti trattati con statine (%)		30.3	30.1	30.6
Score Q medio		22.1 (8.4)	22.3 (8.4)	21.8 (8.3)
Score Q in classi (%)				
	<15	12.6	12.2	13.1
	15-25	60.8	60.3	61.5
	>25	26.6	27.5	25.5
Trattati con aspirina (%)		22.8	24.1	21.0

I risultati sono espressi come frequenza (%), media (ds), o mediana (range interquartile).

Distribuzione per genere



Sono stati ottenuti i dati di :

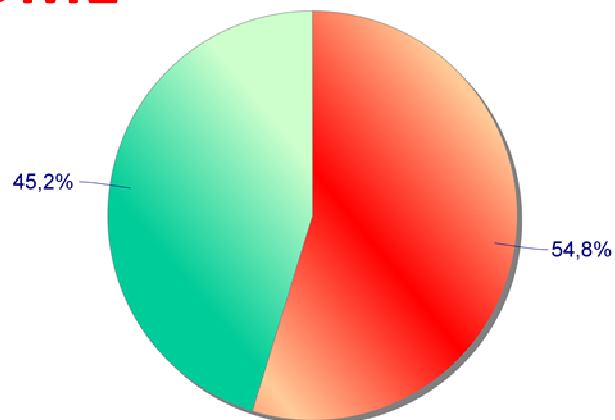
•**180000 Donne**

vs

230000 maschi

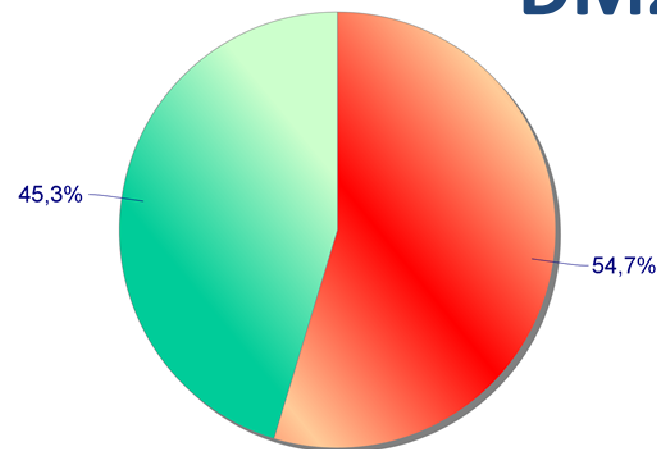
Distribuzione per sesso della popolazione assistita per tipo di diabete

DM1



Maschi Femmine

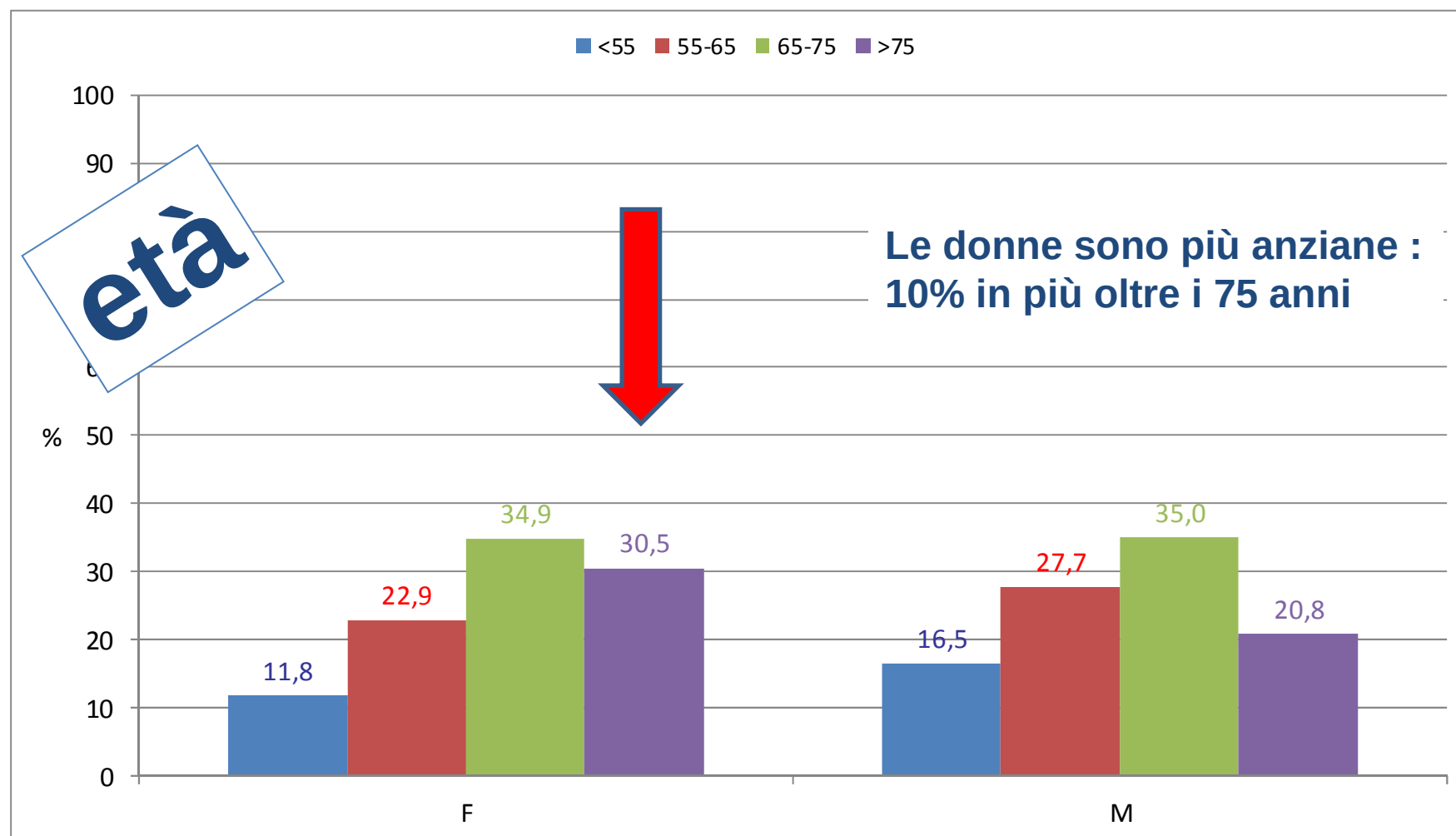
DM2



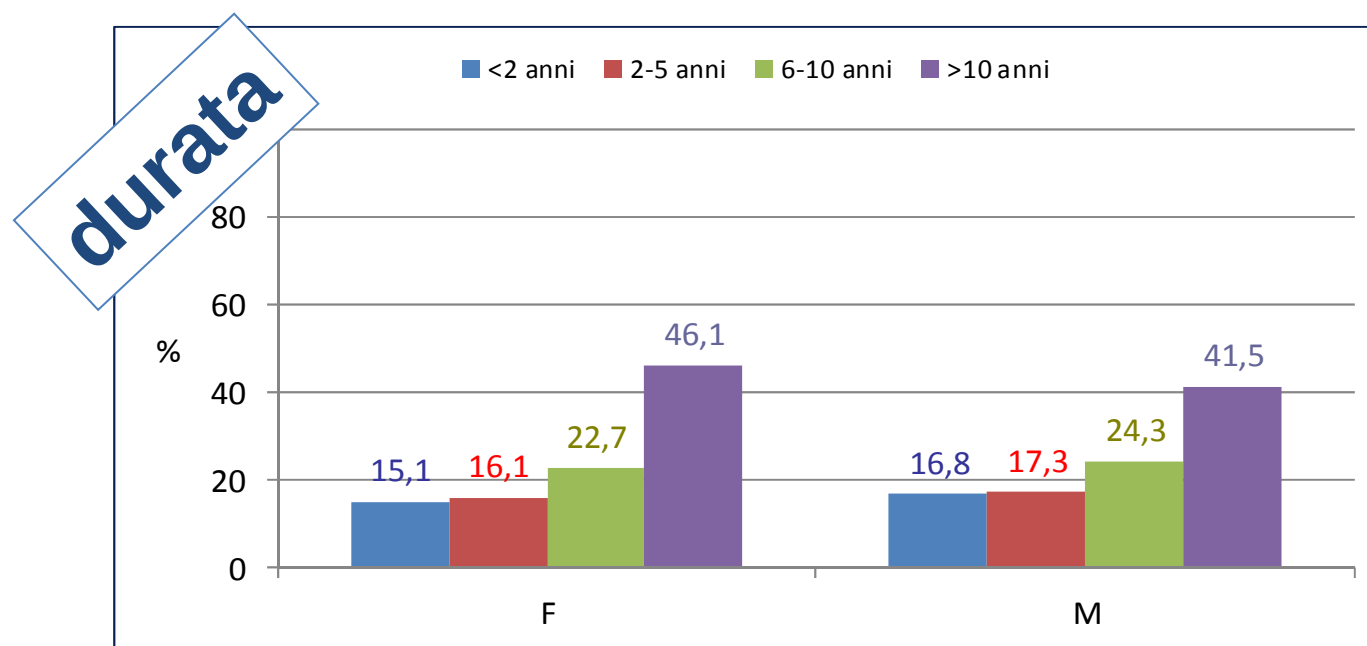
Maschi Femmine

In entrambi i tipi di diabete si evidenzia una lieve prevalenza del sesso maschile.

Distribuzione della popolazione per genere e classi di età (%):



Distribuzione della popolazione per genere e durata del diabete (%):



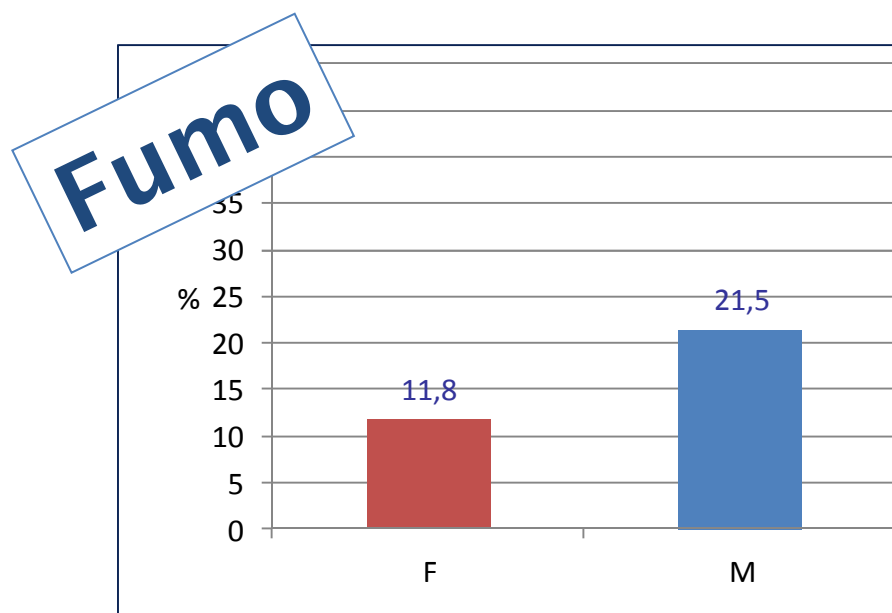
Non ci sono differenze sostanziali tra i sessi nella distribuzione per durata del diabete, con l'eccezione di una percentuale più elevata di soggetti con durata di diabete superiore a 10 anni tra le donne.

La durata media nella popolazione femminile è pari a 11.1 ± 9.8 anni, mentre è pari a 10.0 ± 9.1 anni in quella maschile.

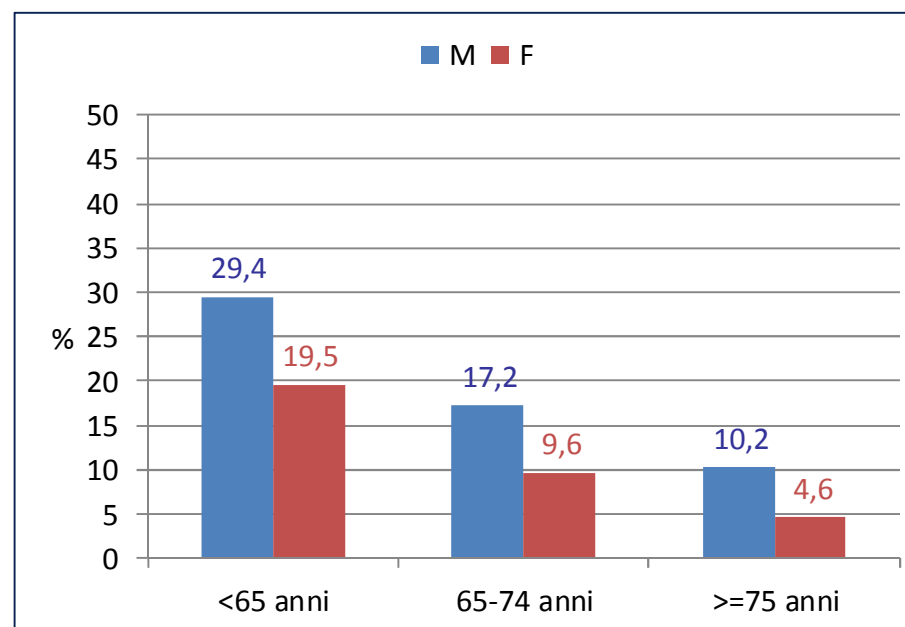
Abitudine al Fumo



Distribuzione dei fumatori per genere (%):



E per Classi di età:



Da dove partiamo?

Neodiagnosi

**Esistono
differenze
legate
al genere
presenti già
all'avvio del
processo
assistenziale?**

	Indicatore	M	F	M vs. F (Differenza)
PROCESSO	HbA1c	88.3	88.3	0
	Pressione arteriosa	76.3	77.0	-0.7
	Profilo lipidico	69.8	71.3	-1.5
OUTCOME FAVOREVOLI	HbA1c ≤ 7% →	41.0	43.8	-2.8
	PA < 130/80 mmHg	15.9	15.4	0.5
	LDL-C < 100 mg/dl →	29.1	23.5	5.6
OUTCOME SFAVOREVOLI	HbA1c > 8%	38.5	33.6	4.9
	PA ≥ 140/90 mmHg	55.5	56.9	-1.4
	LDL-C ≥ 130 mg/dl →	40.7	48.2	-7.5
FARMACI	Insulina ± OHA	12.4	12.4	0
	≥ 2 antiipertensivi	65	67.5	-2.5
	Ipolipemizzanti	30.4	29.3	1.1
CURA COMPLESSIVA	SCORE Q < 15	12.9	13.1	-0.2
	Q SCORE > 25	26.4	25.7	0.7

E dove arriviamo?

**Esistono
differenze
legate al genere
nella qualità di
cura ricevuta?**

HbA1c

PAS/PAD

LDL-C

Trattamento

Con Farmaci

	Indicatore	M	F	M vs. F (differenza)
PROCESSO	HbA1c	92.6	92.2	+0.4
	Pressione arteriosa	79.1	78.4	+0.7
	Profilo lipidico	74.1	72.4	+1.7
OUTCOME FAVOREVOLI	HbA1c ≤ 7% →	45.5	41.6	+3.9
	PA ≤ 130/80 mmHg	15.4	14.9	+0.5
	LDL-C < 100 mg/dl →	44.6	38.4	+6.2
OUTCOME SFAVOREVOLI	HbA1c > 8%	26.9	29.1	-2.2
	PA ≥ 140/90 mmHg	56.1	58.1	-2
	LDL-C ≥ 130 mg/dl	23.6	28.9	-5.3
FARMACI	Insulina ± OHA	29.3	33.8	-4.5
	≥ 2 antiipertensivi	36.1	33.0	+3.1
	Ipolepizzanti	41.2	41.3	-0.1
CURA COMPLESSIVA	SCORE Q < 15	7.2	8.5	-1.3
	Q SCORE > 25	38.0	34.2	3.8

DIFFERENZE DI POPOLAZIONE?



	M	F
Età (anni)	65.7±11.1	68.4±11.4
BMI (Kg/m ²)	29.1±4.6	30.2±5.9
Fumo (%)	21.5%	11.8%
Durata del diabete (anni)	10.0±9.	11.1±9.7

- Le disparità possono essere spiegate da differenze nelle caratteristiche della popolazione legate al genere?
- Le Donne hanno **età, BMI e durata di malattia più elevati**



L'ESITO INTERMEDIO: HbA1c

Indicatori di qualità Le Donne hanno età, BMI e durata di malattia più elevati

Aggiustamento per età , durata del diabete e BMI

Indicatori di esito intermedio:

HbA1c $\leq 7.0\%$



HbA1c $> 8.0\%$



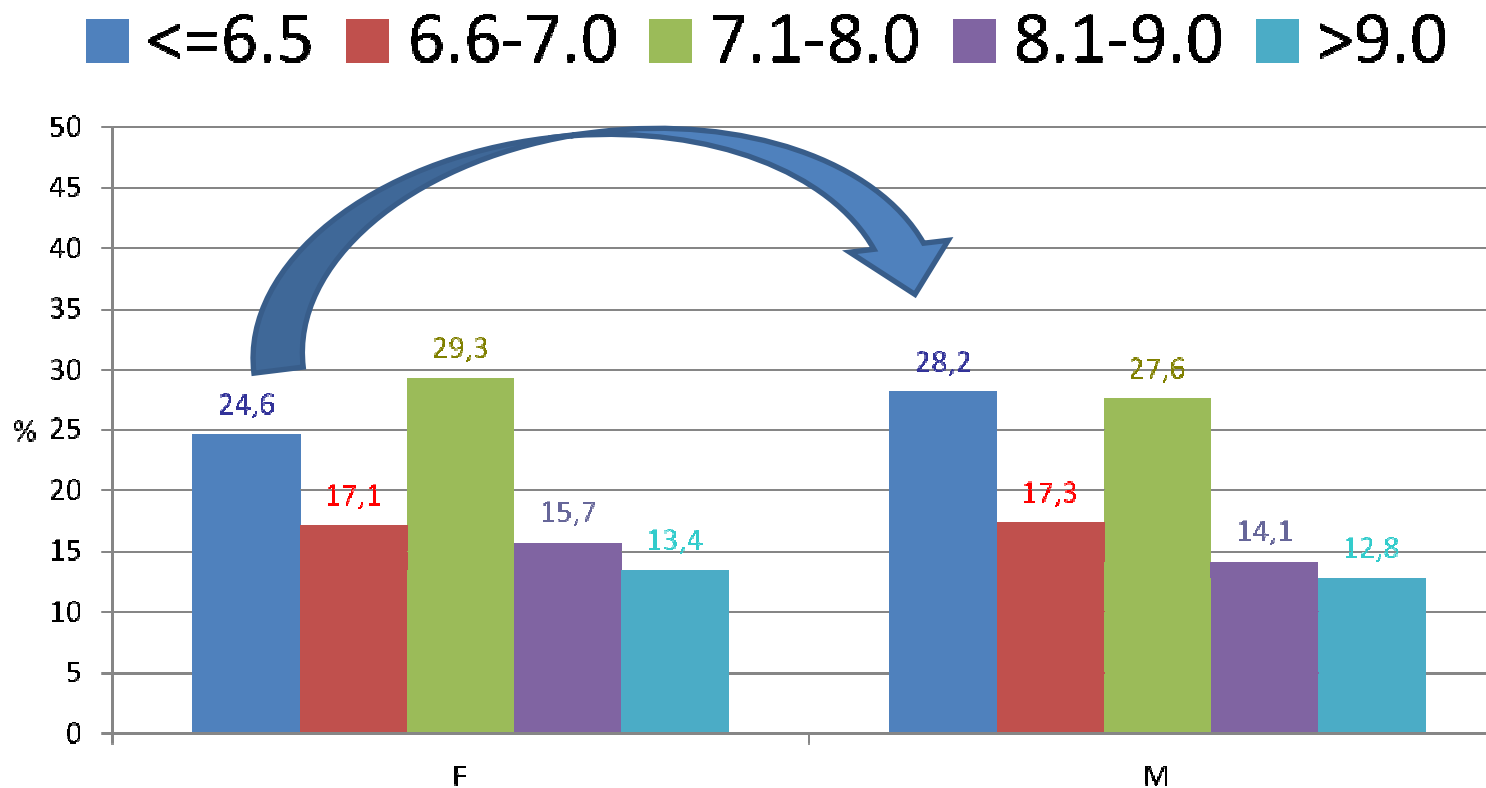
F	M	delta
41.0	44.8	- 3.8
29.9	27.2	+ 2.7

Nonostante una maggiore intensità di cura nelle donne con diabete (maggior utilizzo di insulina e Ter combinata)



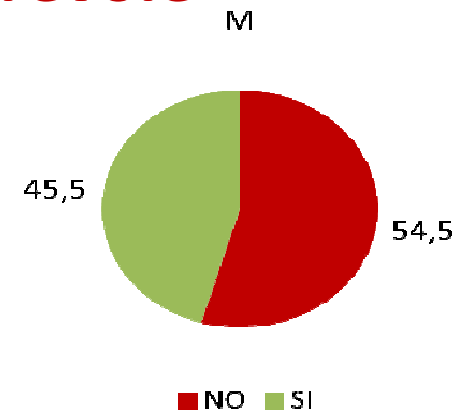
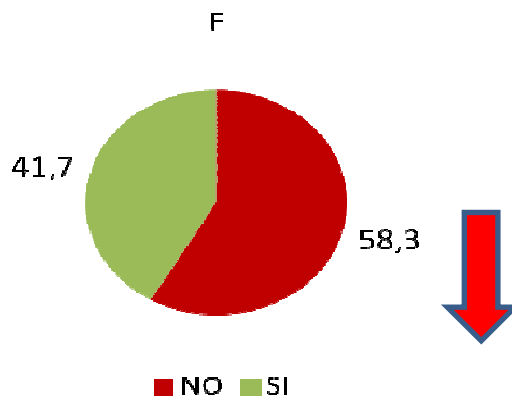
L'ESITO INTERMEDIO: HbA1c

Andamento per classi dell'HbA1c % (normalizzata a 6.0)



L'ESITO INTERMEDIO : HbA1c

Percentuale di soggetti con $HbA1c \leq 7.0\%$
outcome favorevole



	< 55 anni		55-65 anni		65-75 anni		>75 anni	
<i>Indicatori</i>	<i>F</i>	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>M</i>
$HbA1c \leq 7\%$	43.0	41.2	42.9	45.2	42.3	47.2	39.3	46.4
	< 2 anni		2-5 anni		6-10 anni		>10 anni	
<i>Indicatori</i>	<i>F</i>	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>M</i>
$HbA1c \leq 7\%$	53.7	52.7	57.2	58.9	45.5	48.1	30.0	35.2



Terapie del Diabete in base al genere:

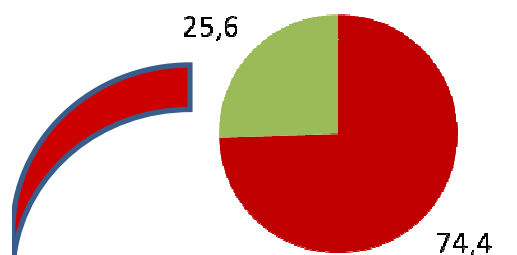
	F	M
N	188,125	227,169
Diet only	6.4	7.8
OADs	60.4	63.4
OADs+Insulin	17.7	13.3
Insulin	16.4	15.5
Metformin	55.3	54.5
Sulphonylurea	34.8	34.4
Glinides	9.5	9.6

Le Donne Diabetiche in Italia NON sono sottotrattate

TRATTAMENTO INSULINA

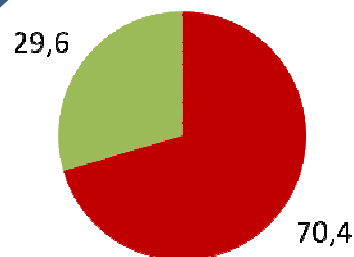
Distribuzione valori HbA1c <7

F



■ NO ■ SI

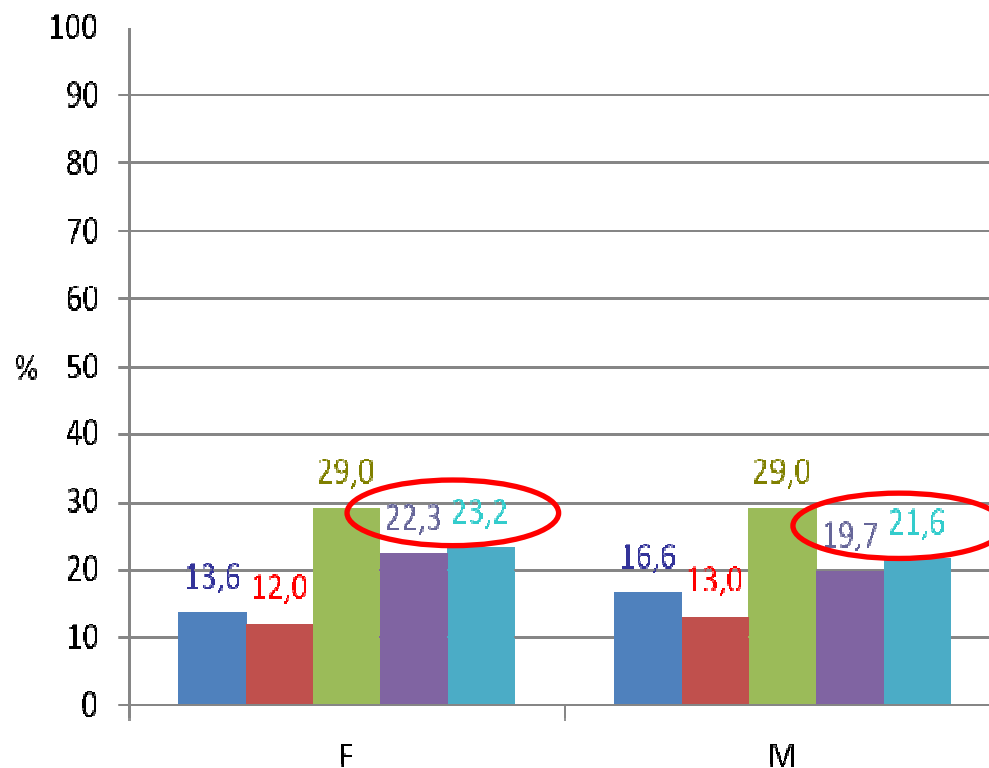
M



■ NO ■ SI

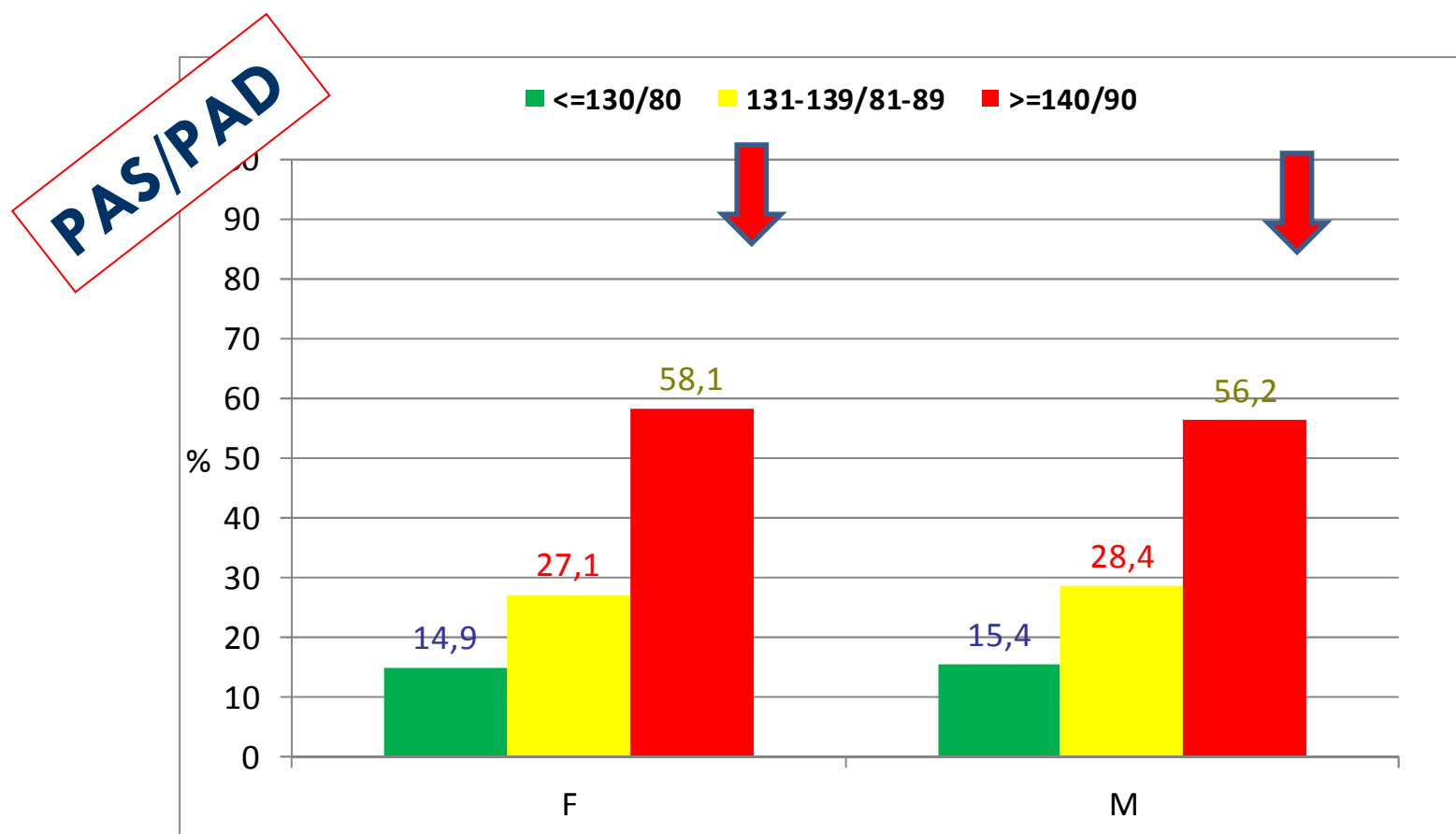
Distribuzione valori HbA1c ...

■ ≤6.5 ■ 6.6-7.0 ■ 7.1-8.0 ■ 8.1-9.0 ■ >9.0



L'esito intermedio: controllo pressorio

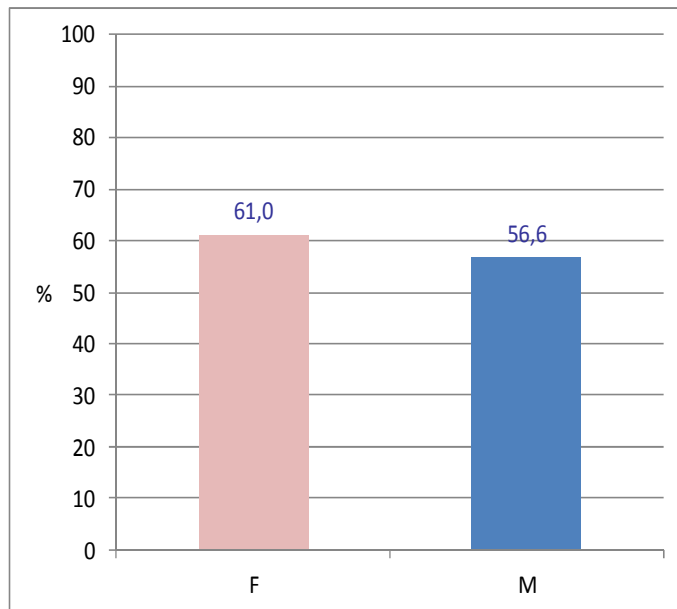
Andamento per classi della pressione arteriosa (mmHg)





Il trattamento: appropriatezza e intensità

Le donne sono più frequentemente trattate con farmaci antiipertensivi

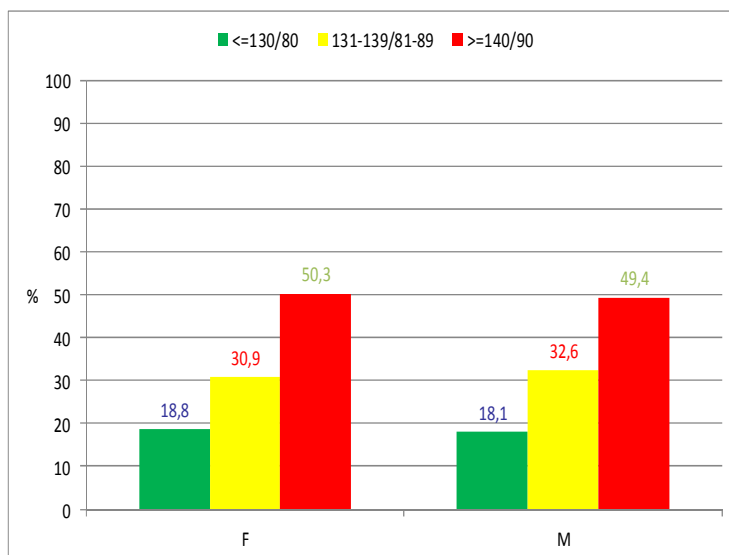


Non ci sono differenze di raggiungimento dei Target per la PA, che è scarsamente controllata sia nei M che nelle F.

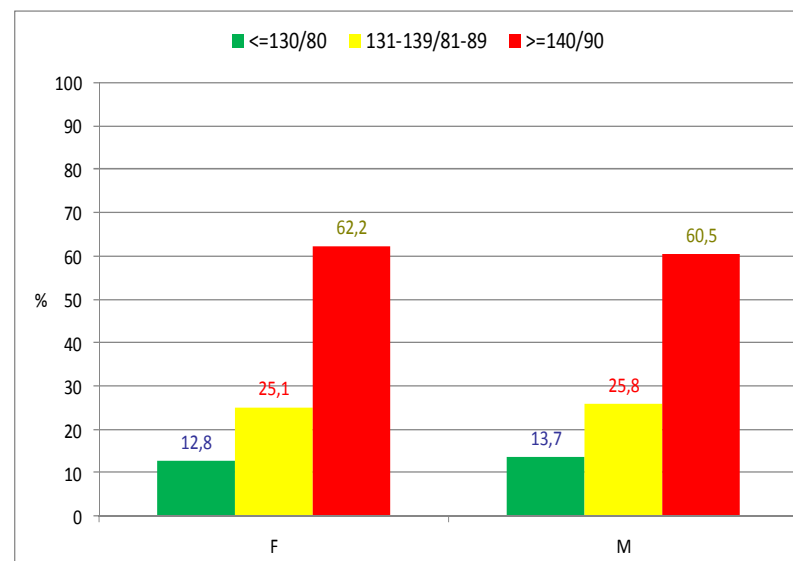
E con più di 2 farmaci

Inerzia terapeutica?

Paz. non in trattamento
antiipertensivo
per classi di PA



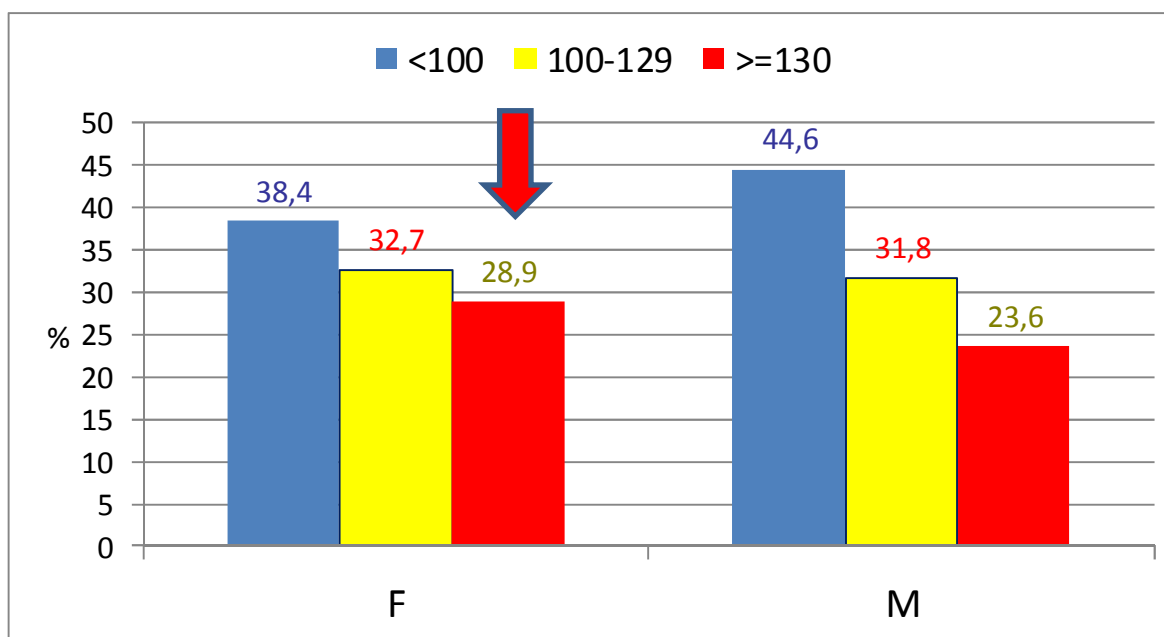
e paz. in trattamento
antiipertensivo per classi di
pressione arteriosa



LDL - Colesterolo



Andamento per classi del colesterolo LDL (mg/dl)

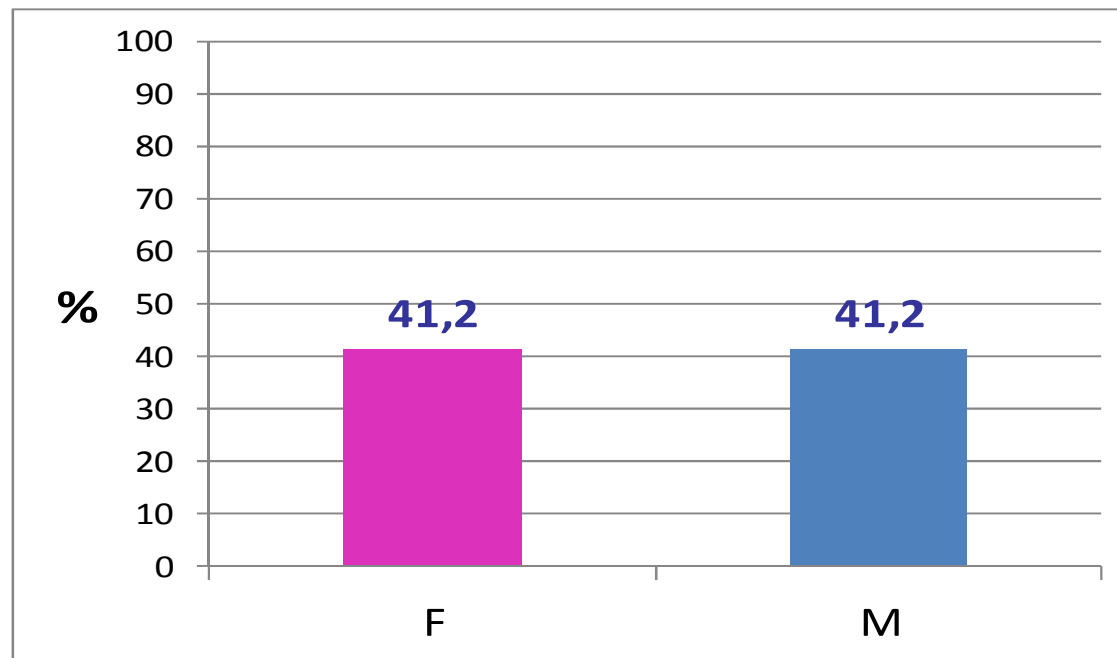


Il controllo del colesterolo LDL sembra essere più difficoltoso nella popolazione femminile, anche se anche tra i maschi un quarto dei pazienti presenta valori francamente elevati.

Terapia : Farmaci Ipolipemizzanti



Percentuale di pazienti trattati con ipolipemizzanti per genere

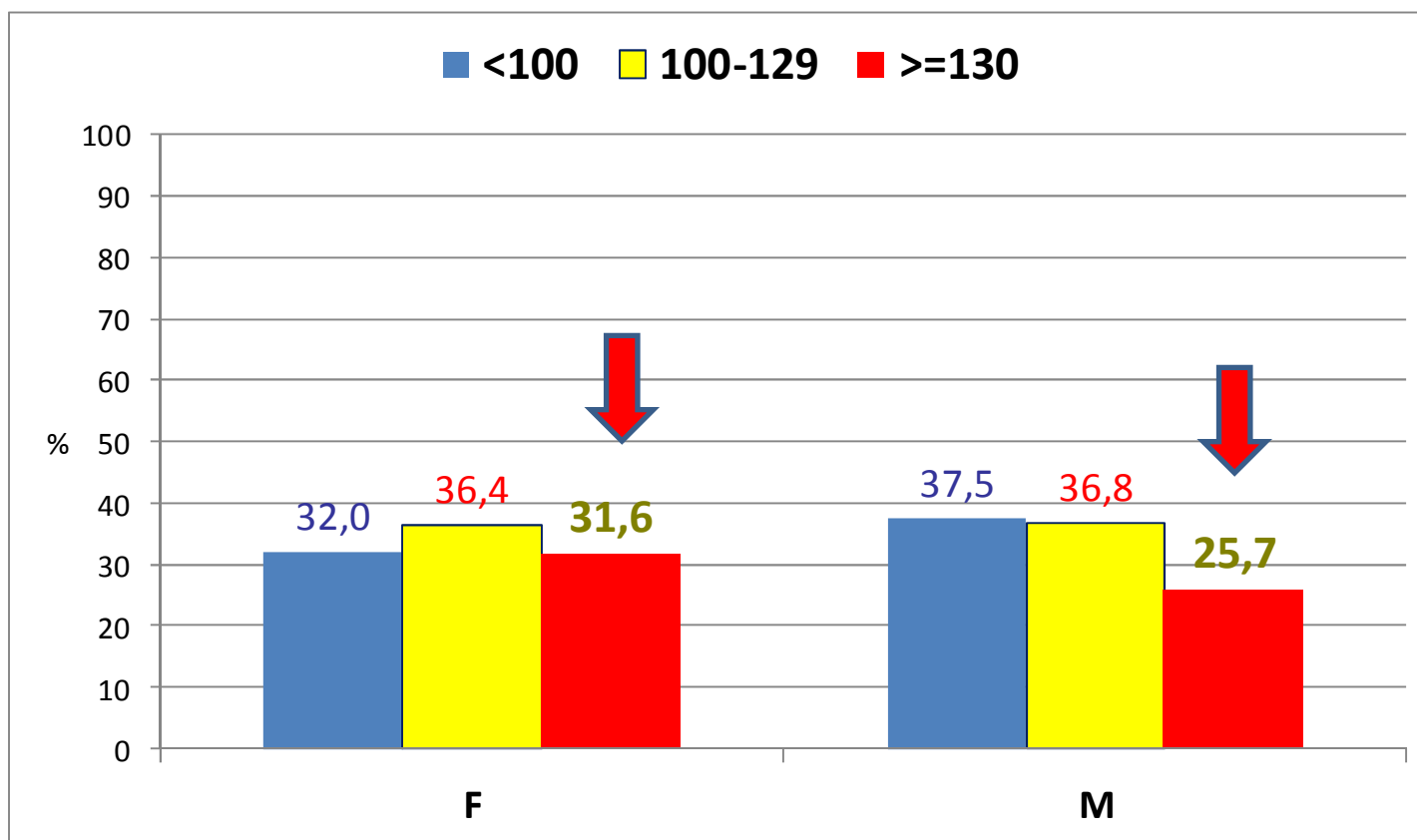


La percentuale di pazienti in trattamento ipolipemizzante risulta del tutto sovrapponibile nei due sessi.

Classi di Col LDL nei NON trattati : inerzia terapeutica

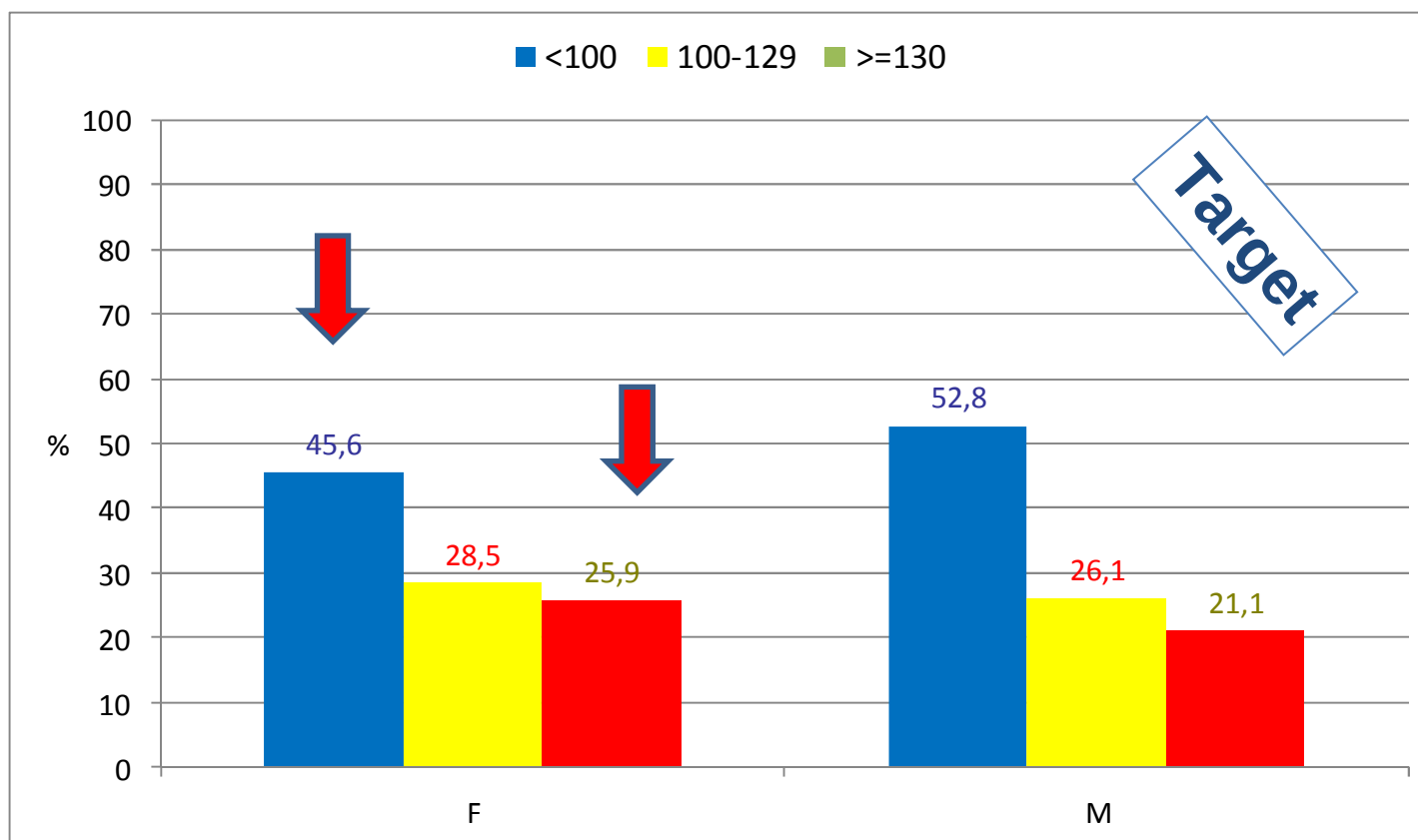


Distribuzione della popolazione non in trattamento x Classi di LDL C



Fra i pazienti non trattati con ipolipemizzanti, una donna su tre e un uomo su quattro presenta valori di LDL particolarmente elevati.

Target Lipidici : Classi di Col LDL nei trattati



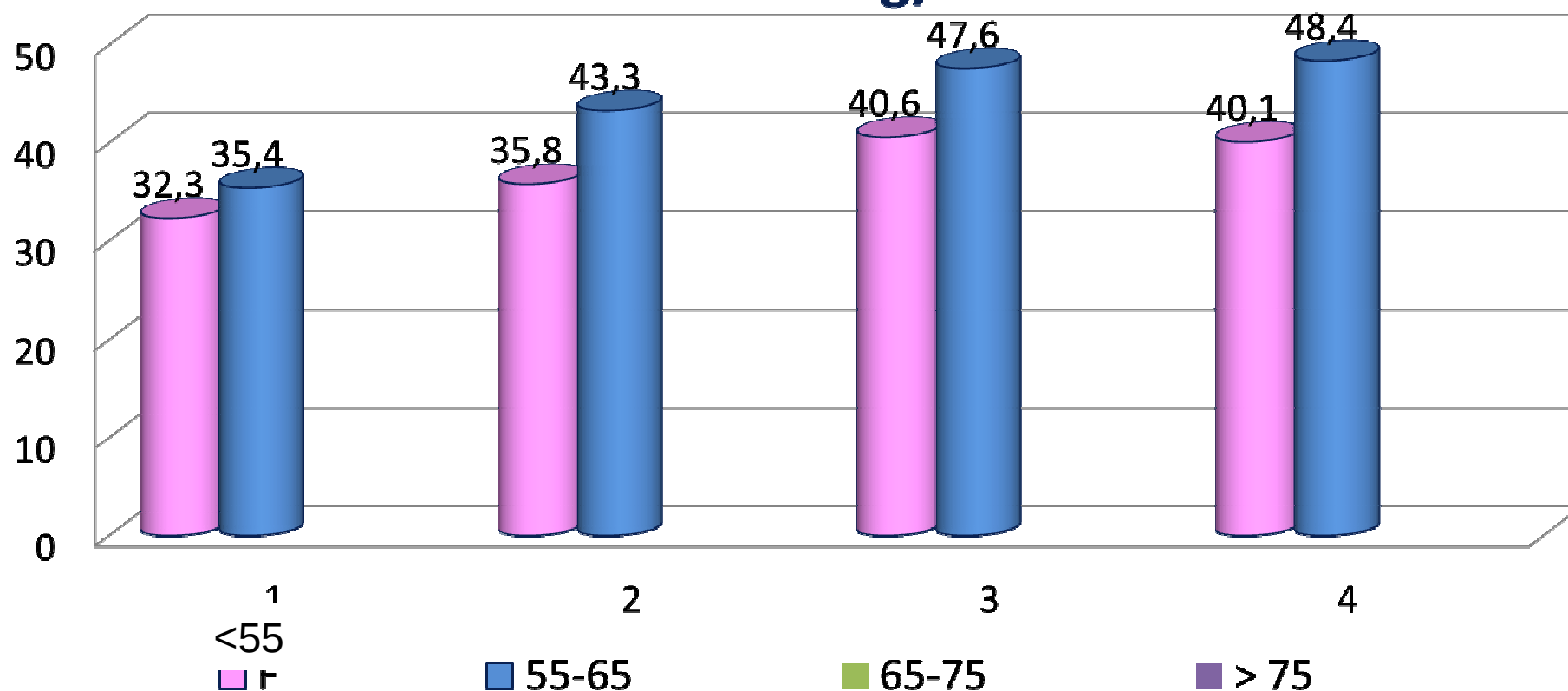
Fra i pazienti trattati con ipolipemizzanti, il raggiungimento del target raccomandato è più frequente negli uomini che nelle donne; di converso, una quota maggiore di donne presenta valori di LDL particolarmente elevati.

Outcome Favorevoli ed età: LDL Col < 100 mg/dl



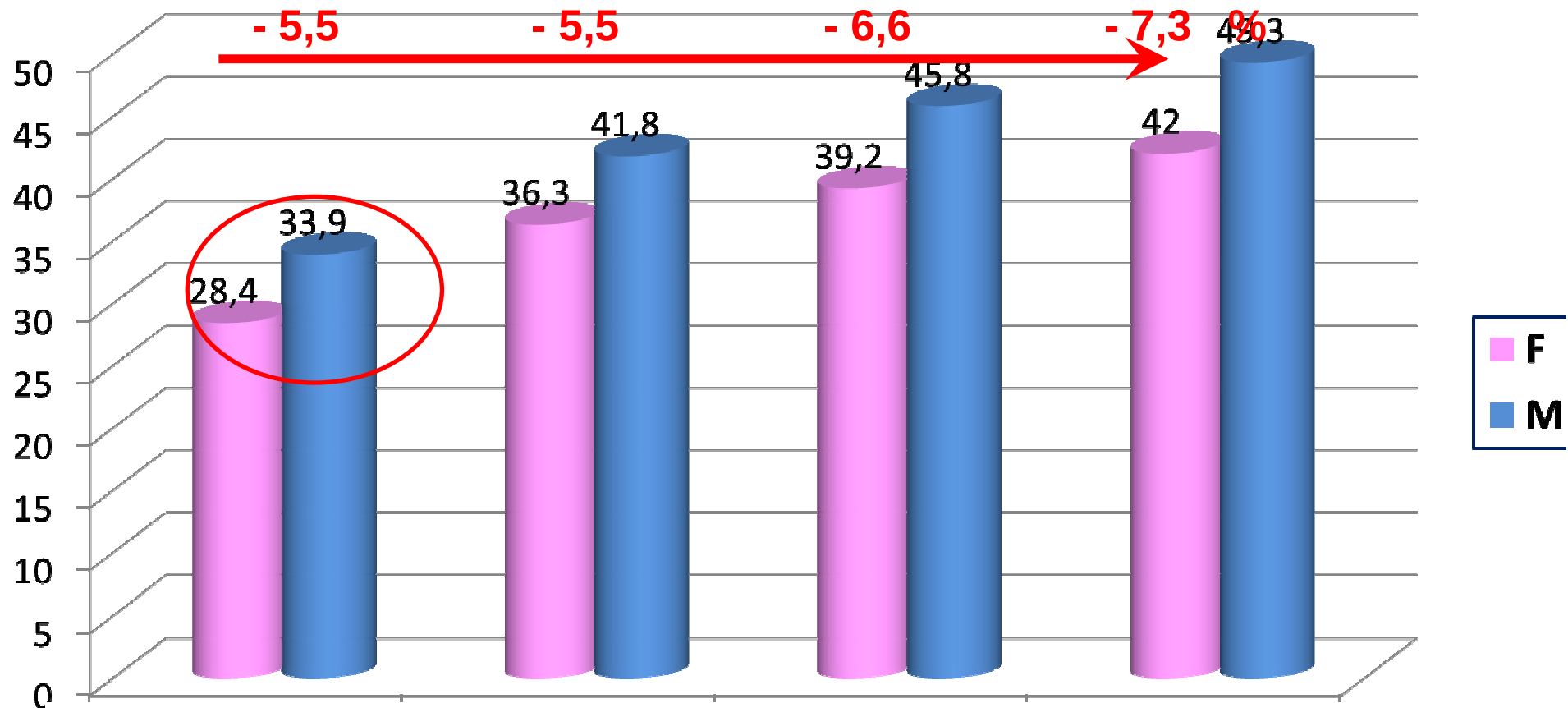
- 3,1 - 7,5 - 7,0 - 8,3 %

Col LDL < 100 mg/dl



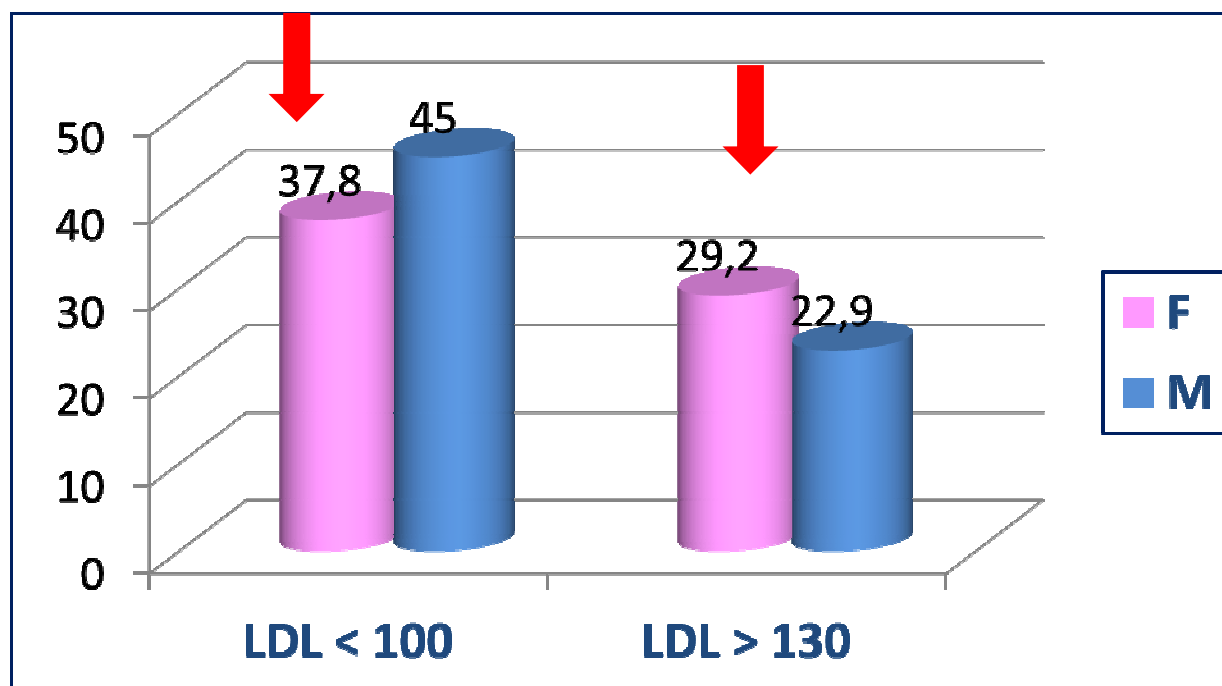
**In ogni classe di Età la % di LDL a Target è inferiore
nelle F vs i M**

Outcome Favorevoli e Durata DM: LDL Col < 100 mg/dl



Già alla diagnosi di diabete e in ogni fascia di Durata di malattia la % di LDL a Target è inferiore nelle F vs i M e il divario cresce con la Durata

Indicatori di qualità aggiustati per età e durata del diabete



L'assetto Lipidico nelle Donne resta significativamente peggiore anche dopo correzione dei dati per Età e Durata di malattia

Dati corretti	F	M	Diff %
LDL-C<100	37.8	45.0	- 7,2
LDL-C>=130	29.2	22.9	+ 6,3

Ci sono differenze di Genere : SI'



- **quali le ragioni ?**

✓ **Differente accessibilità alle cure - NO**

Pari opportunità di trattamento

Ma differente raggiungimento dei target e controllo dei fattori di rischio



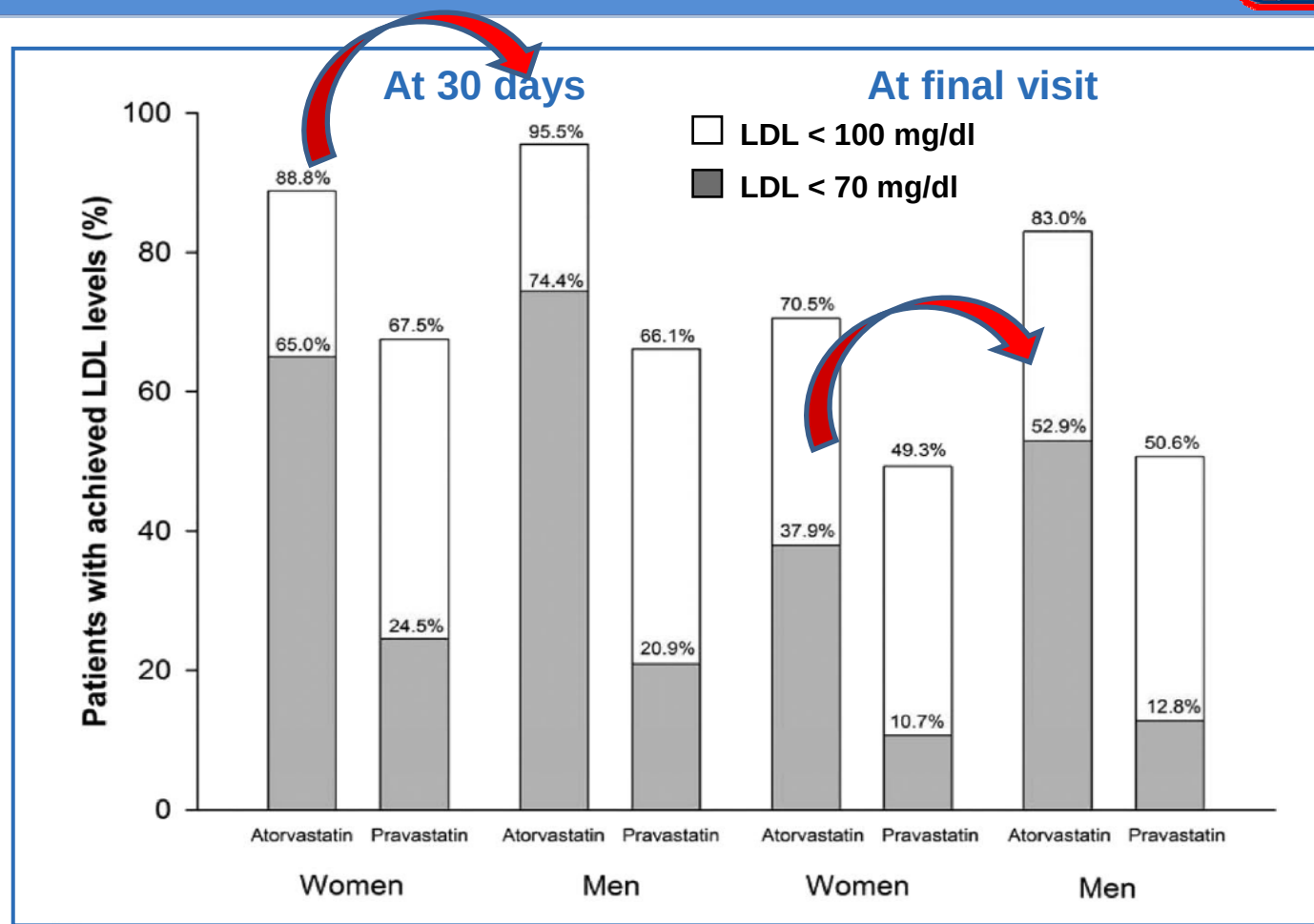
- ✓ **Differente aderenza alla terapia ?**
- ✓ **Differenze biologiche ?**
- ✓ **Diversa risposta ai farmaci ?**



Aderenza al trattamento

- Circa **il 50% dei pazienti interrompe il trattamento** con statine entro circa un anno dalla prescrizione iniziale.
- **Il trattamento viene seguito in modo irregolare e discontinuo in oltre il 50% dei casi.**
- **Una maggiore aderenza favorisce il raggiungimento dei valori target di Colesterolemia LDL.**
- Solo **un'Aderenza al trattamento superiore al 75%** consente una reale diminuzione nel numero degli eventi vascolari e coronarici
- ***L'interruzione del trattamento e l'assunzione intermittente non sono dovute ad effetti collaterali o reazioni avverse nella quasi totalità dei casi.***
- I pazienti **sembrano essere inconsapevoli** del reale valore della terapia che gli viene prescritta. → medici poco convincenti ?

Differenza tra uomini e donne nel raggiungimento del target di LDL

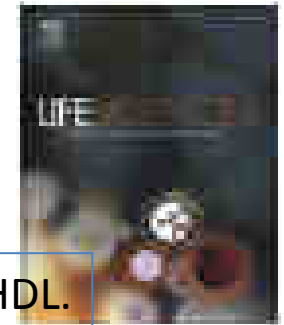


Truong QA Circ Cardiovasc Qual Outcomes. 2011;4:328-336

Diabetes induces gender gap on LCAT levels and activity

Manouchehr Nakhjavani^{*}, Afsaneh Morteza, Reza Karimi, Zahra Banihashmi, Alireza Esteghamati

Endocrinology and Metabolism Research Center (EMRC), Vahd-Ar Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran



Lecithin-cholesterol acyltransferase (LCAT) is a key enzyme in the metabolism of HDL. It converts cholesterol into cholesteryl esters and eventually making mature HDL.

Aim: High density lipoprotein (HDL) decreases in diabetic women more rapidly than what is observed in diabetic men. Here we aimed to study serum LCAT levels and LCAT activity in men and women with type 2 diabetes (T2DM) as well as healthy controls.

Main methods: We measured serum LCAT activity and levels in 40 patients with T2DM plus 40 age-sex and body mass index (BMI)-matched controls. The correlation between LCAT levels and activity was measured in the studied groups, stratified according to gender.

Key findings: Patients had a lower LCAT activity, diastolic blood pressure, fasting blood sugar, triglyceride, low density lipoprotein cholesterol and a higher LCAT levels than controls. The lower LCAT activity in patients with T2DM was significant after multiple adjustments for age, LCAT levels and BMI, using general linear model (67.9 ± 1.8 vs. 86.5 ± 1.8 ; $P < 0.001$). Women with T2DM had a lower LCAT activity and a higher LCAT and HDL levels compared to men. The lower LCAT activity in women remained significant after multiple adjustments for age, BMI and LCAT levels; (61.9 ± 3.1 vs. 74.17 ± 3.61 ; $P < 0.05$). Statin treatment did not have any significant value on the results. HDL was not correlated with LCAT levels or activity in any of the studied populations.

Significance
Patients
with

CONCLUSION:

- while LCAT activity is decreased in patients with T2DM, LCAT levels is increased.
- Patients with T2DM exhibit opposing effects on LCAT activity and LCAT production which is more severe in women.



Statin Therapy for Secondary Prevention: Is There a Gender Difference? Test for Interaction in Meta-Analysis Revisited

Gutierrez et al,¹ in an analysis of 11 trials with 43,193 patients, concluded that statin therapy has no benefit on stroke and all-cause mortality in women. The investigators found statistically significant 21% and 18% reductions in mortality and stroke with statins for men but only 19% and 8% reductions in women, which did not reach statistical signifi-

Risposta alle Statine

- 1 – donne meno rappresentate**
- 2 – la terapia con Statine non ha effetti benefici sullo Stroke e su tutte le cause di morte nelle Donne Diabetiche in Prev 2aria.**



Ricerca sugli animali



Ricerca sugli umani



Donne poco rappresentate nei trials clinici!!!!





I risultati ottenuti dall'analisi dei dati degli **Annali 2010 per genere** mostrano che

- la organizzazione dei servizi di Diabetologia è in grado di garantire pari opportunità di accesso e la medesima qualità di assistenza erogata

- Le donne evidenziano un peggior profilo lipidico e controllo metabolico e più alto BMI, (mentre per i target pressori non emergono differenze),

nonostante ricevano lo stesso trattamento (statine) o siano più trattate per il Diabete (insulina e ter combinata)

Score Q

Misura riassuntiva di qualità di cura*.

Correla con il rischio di sviluppare eventi cardiovascolari maggiori.



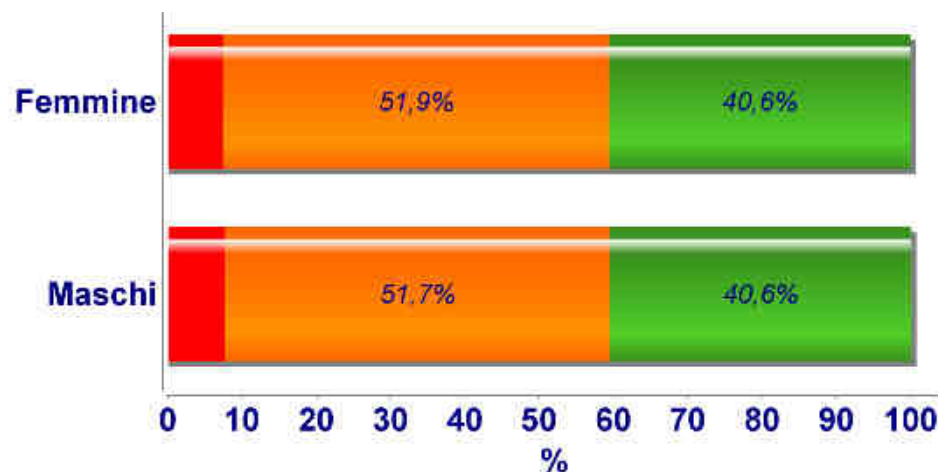
■ <15

■ 15-25

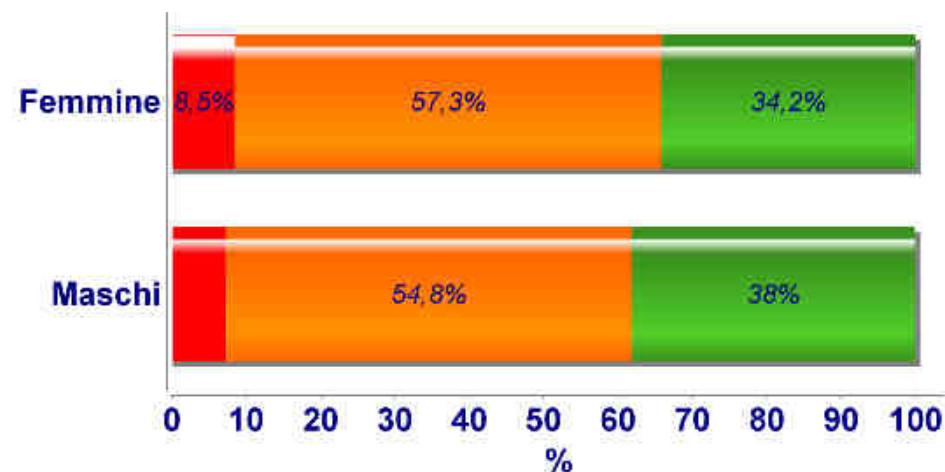
■ >25

Monitoraggio FdR e target raggiunti

DM1



DM2



L'analisi per genere mostra come, nel DM1, non ci sia alcuna differenza tra i sessi riguardo le classi di score di qualità. Nel DM2, la quota di soggetti con punteggi <15 e fra 15 e 25 è leggermente superiore nelle donne.



RIFLESSIONI e PROBLEMI APERTI

1. Le donne sottostimano per motivi diversi (culturali, economici, depressione ecc) la malattia, i sintomi, i segni con conseguente ritardo diagnostico e d'osservanza ?
2. Assumono meno i farmaci o si autoriducono i dosaggi ?
3. I medici sottostimano il rischio cardiovascolare delle loro pazienti ?
4. I farmaci sono meno efficaci nelle donne (più anziane, più insulinoresistenti , più obese, molte in menopausa) ?

Le origini del rischio cardio-vascolare ?



**Che fare per ridurre il rischio CV Globale
nella Donna con Diabete ?**



- **trattare SUBITO !**
- **Verificare l'aderenza !**
- **Intensificare il trattamento !**
- **Perseguire i Target !**

tenendo conto delle differenze



American Diabetes Association. Diabetes Care

Home | Current Issue | Archive | Contact Us | Subscribe | Help | Alerts | Podcasts

User Name

 Password

Search

[Advanced Search »](#)

[About Diabetes Care](#)

[Editorial Board](#)

[Instructions for Authors](#)

[Subscriptions](#)

Diabetes Care 2011 Impact Factor: 8.1

Current Issue : June 2013

Online Ahead of Print



Rossi MC, Cristofaro MR, Gentile S, Lucisano G, Manicardi V, Mulas MF, Napoli A, Nicolucci A, Pellegrini F, Suraci C, Giorda C, on behalf of the AMD Annals Study Group. **Gender-disparities in the quality of diabetes care: biologic and cultural factors may play a different role for different outcomes. A cross-sectional observational study from the AMD Annals initiative.** Diabetes Care 2013; [accepted]

TODAY Study Series
 Treatment Options for
 Type 2 Diabetes in

Article Statistics

Most Read | Most Cited

[Clinical Diabetes](#)

[Diabetes Spectrum](#)

WHO : Women are not little men

