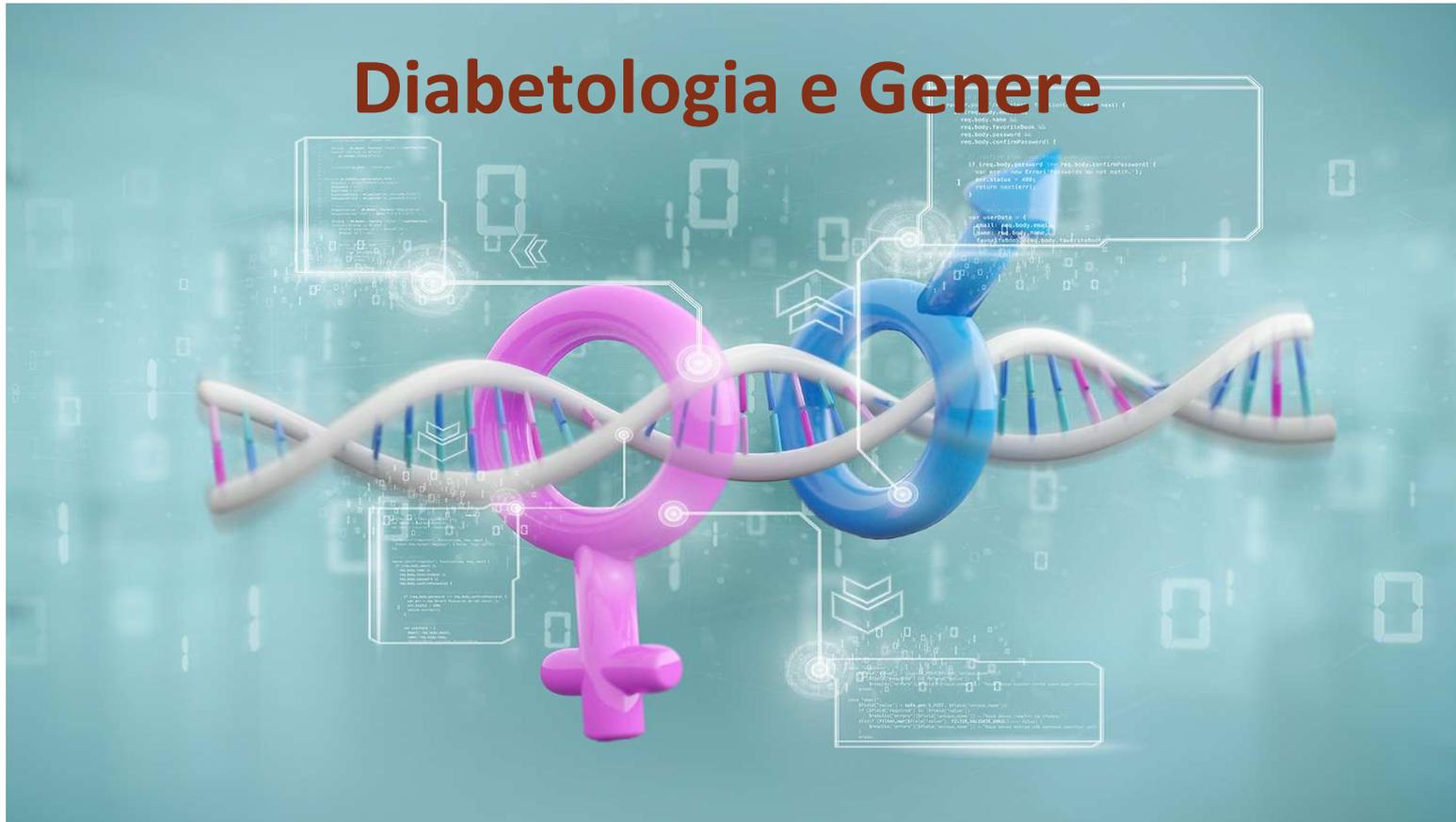


«Nuove sfide della Salute e Medicina di genere»



Diabetologia e Genere

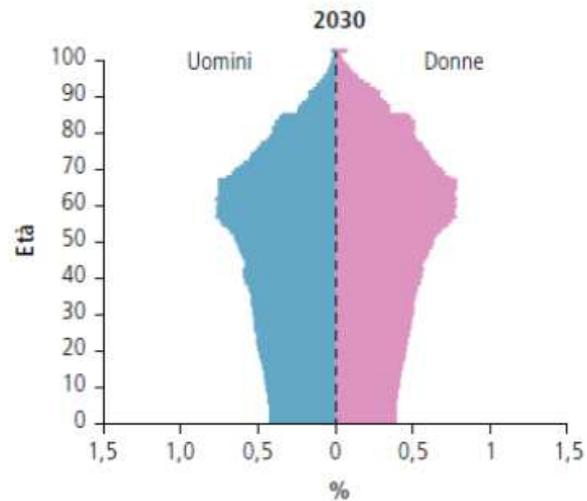
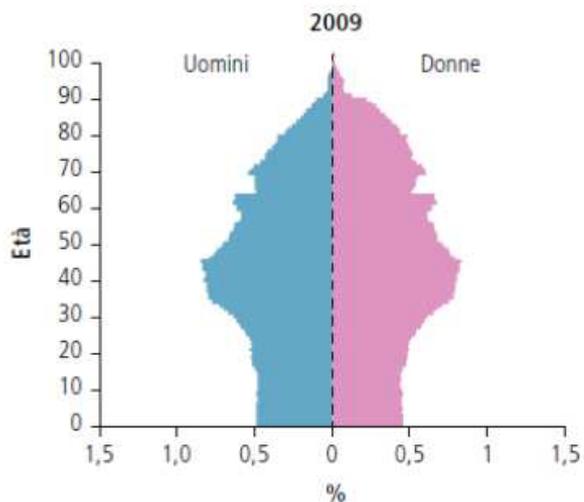
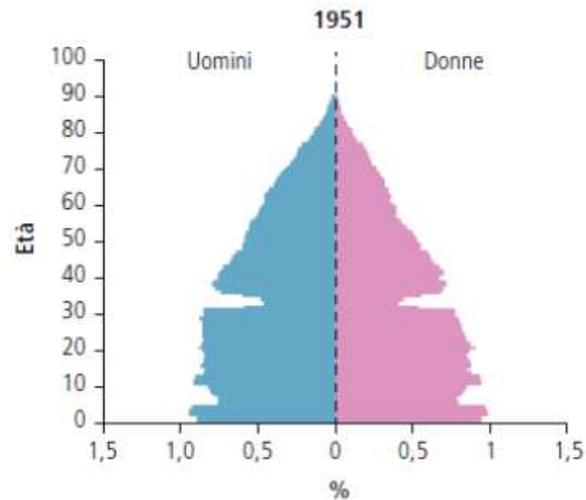
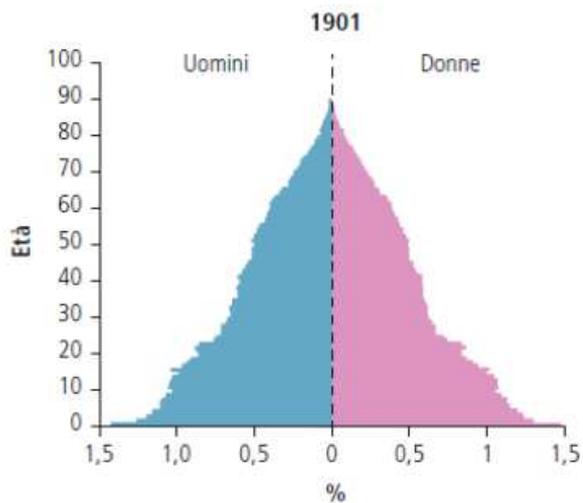
Maria Calabrese
SOS Diabetologia e Malattie del Metabolismo
USL Toscana Centro – Sede Prato

Quali vantaggi comporta l'approccio "di genere" rispetto a quello "generico"?

- consente di **migliorare la politica sanitaria**, garantendo equità di accesso e di fruizione alle cure nei due sessi
- permette di identificare **screening** di malattia appropriati in fasce di età diverse nei due sessi, e di **garantire l'appropriatezza terapeutica**



Distribuzione per età e per genere della popolazione italiana



«Paradosso donna»

*Le donne vivono più a lungo degli uomini ma vivono meno anni in salute
speranza di vita alla nascita:

F=84,2 aa vs M=80,8 aa



**Le donne si ammalano di più e sono le principali utilizzatrici dei servizi del SSN
pluripatologie croniche >65 aa:

F=63% vs M=51%

disabilità motoria >65 aa:

F=43% vs M=25.6%



***Le donne consumano più farmaci eppure godono di minori garanzie in termini
di efficacia, tollerabilità e sicurezza

nelle donne maggiore frequenza di reazioni avverse da farmaci (1,5-1,7 volte),
spesso di gravità superiore rispetto agli uomini e talvolta di tipologia specifica



Fonte dati:

*Rapporto Osservatorio Salute 2018

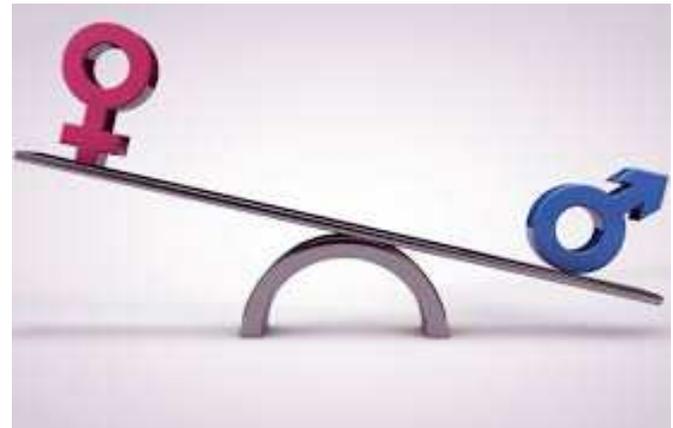
**ISTAT 2018

***AIFA

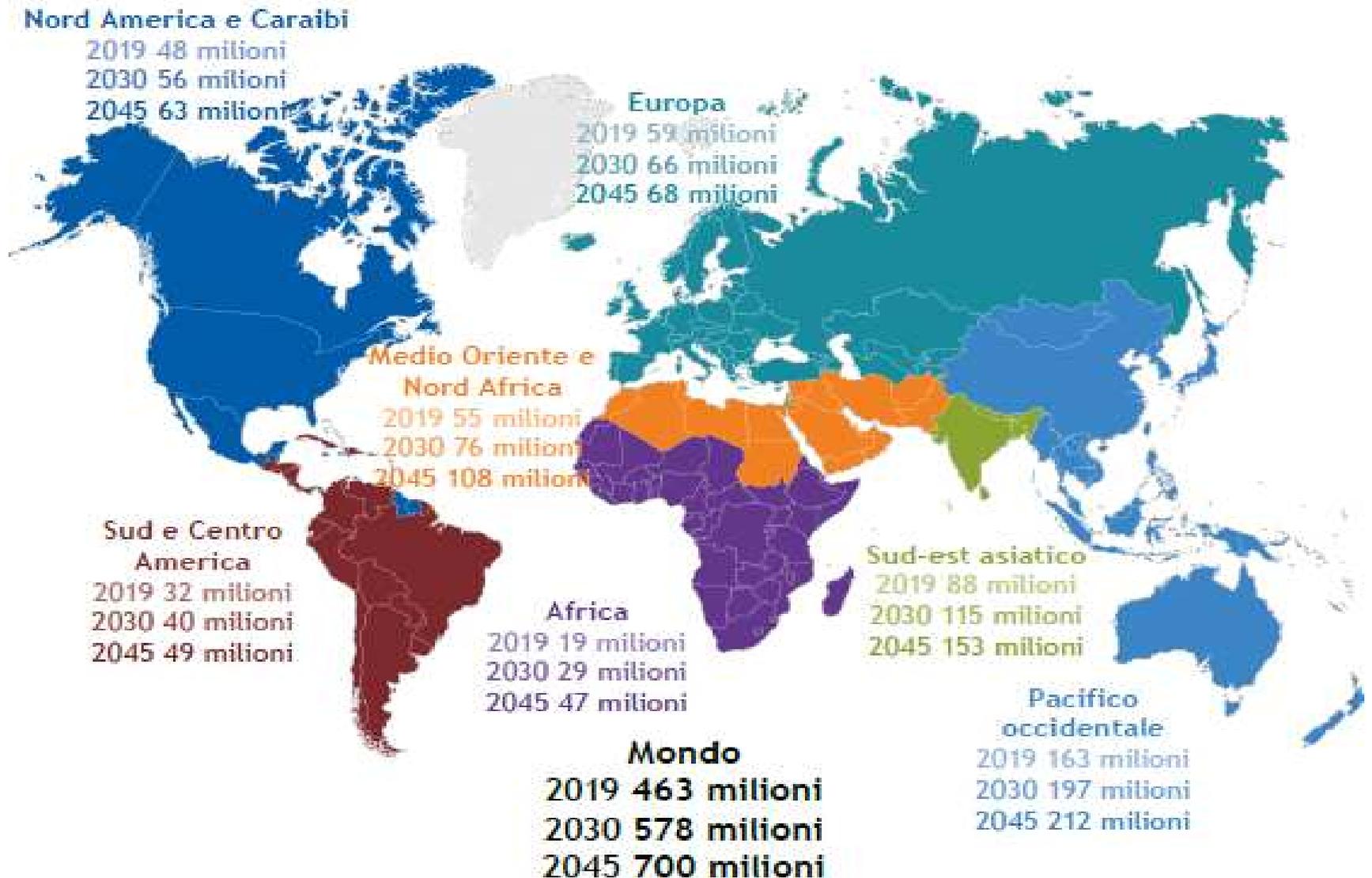
«Paradosso donna» (2)

Molte patologie tipicamente declinate al femminile colpiscono le donne in età fertile quindi nella fase più florida e riproduttiva della vita con un impatto pesante sulla vita familiare e lavorativa

Il multitasking ed il ruolo della donna come caregiver all'interno della famiglia incide negativamente sulla salute femminile



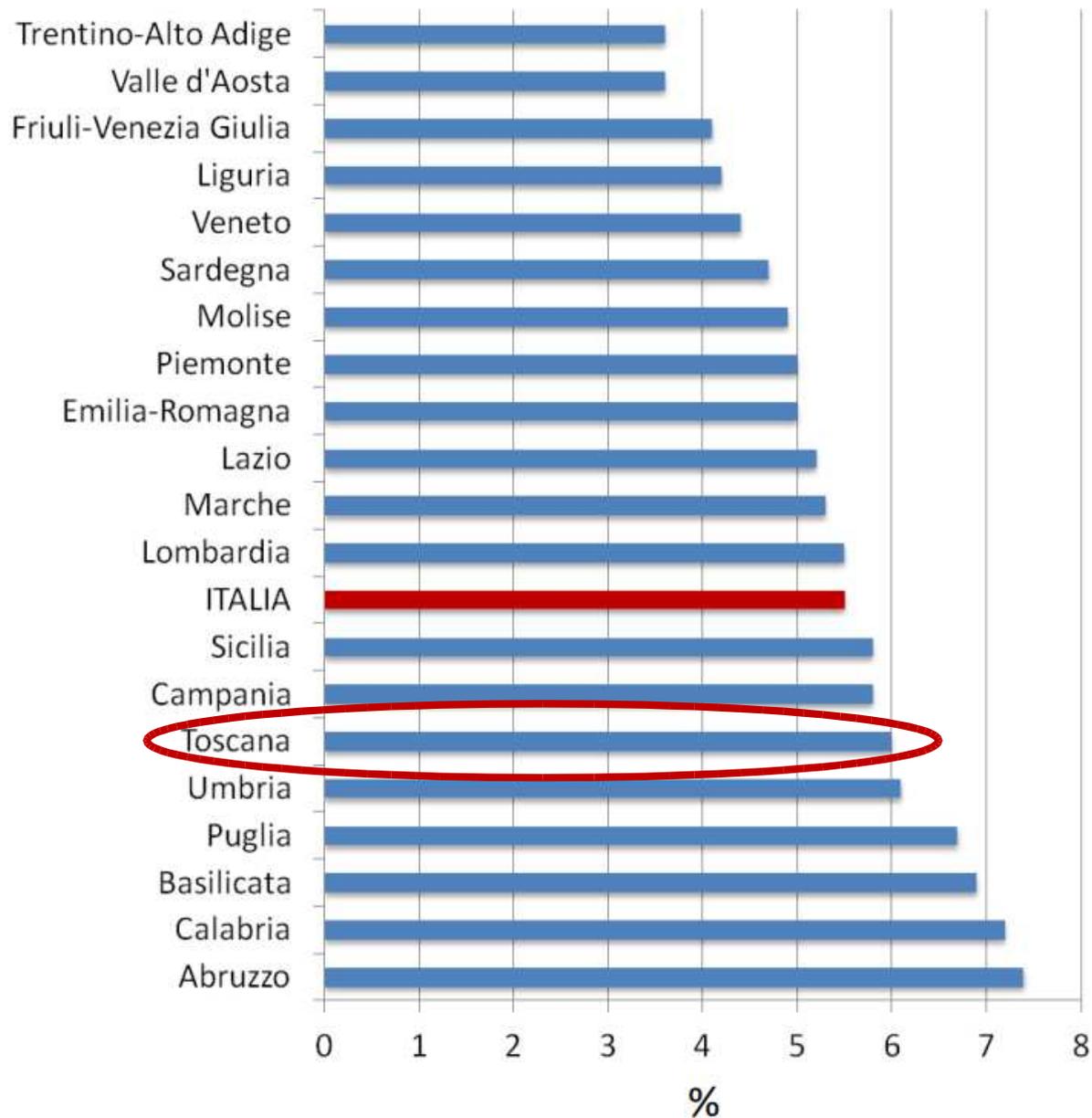
La prevalenza del Diabete Mellito



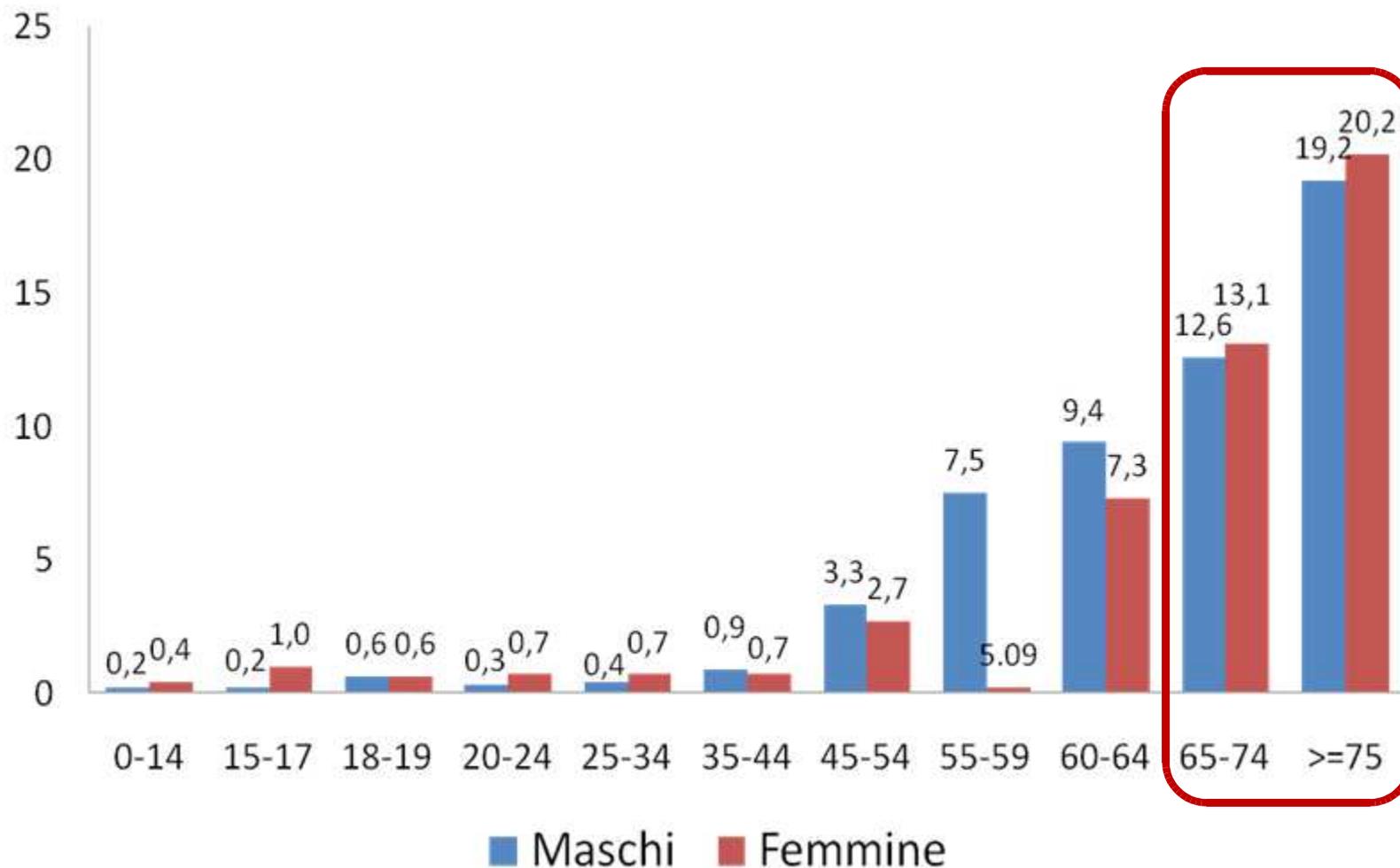
1. IDF Diabetes Atlas 9th edition. International Diabetes Federation, 2019.

È stato stimato che a livello mondiale ben 231,9 milioni di persone, cioè **la metà (50,1%)** di tutte le persone con diabete, **non sono consapevoli** della loro malattia.

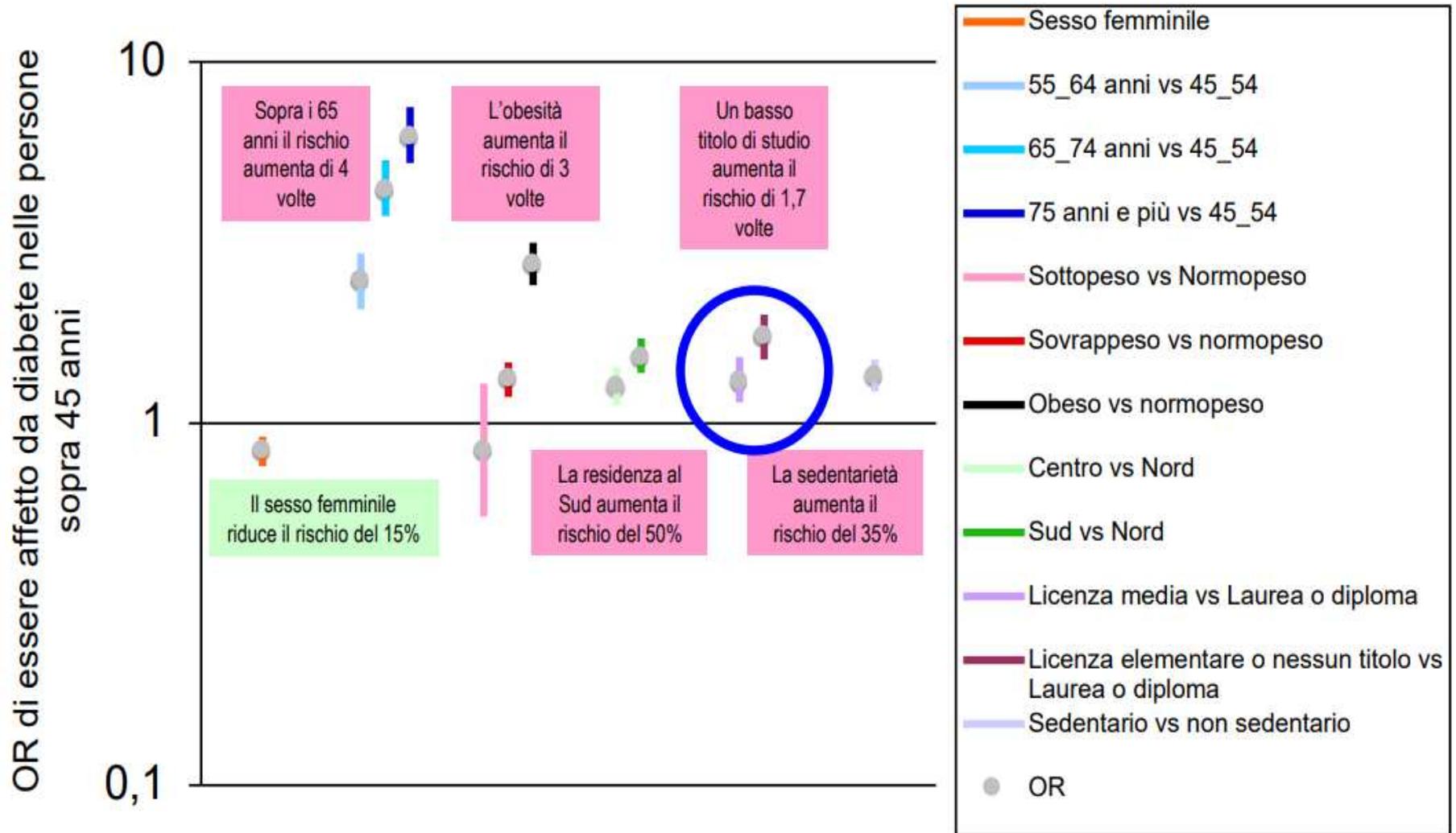
Prevalenza del Diabete Mellito in Italia



Prevalenza del Diabete Mellito in Italia per fasce di età e sesso



Fattori di rischio per Diabete sopra i 45 aa



Diabete Mellito tipo 2

Rischio di coronaropatia aumentato del 44% rispetto a uomini diabetici

Rischio di ictus aumentato del 27% rispetto a uomini diabetici; ogni punto percentuale di aumento della HbA1c si associa ad un aumento del rischio di ictus del 6%

Obesità addominale aumenta il rischio di malattie cardiovascolari, più comune tra le donne

Ipertensione arteriosa, elevati livelli di colesterolo LDL e trigliceridi con bassi livelli di colesterolo HDL amplificano ulteriormente l'impatto del diabete come fattore di rischio cardiovascolare nella popolazione femminile

Diabete Mellito tipo 2

Neuropatia più frequente e più precoce nella sua insorgenza, più facilmente evolve verso il piede diabetico e l'amputazione

Retinopatia diabetica due volte maggiore nei maschi

Annali AMD



La Medicina di Genere in Diabetologia nasce in AMD nel 2010: il patrimonio degli Annali in ottica di Genere

Esistono differenze legate al genere?

- nell'accesso alle cure
- nella qualità della cura erogata
- nel profilo di rischio cardiovascolare
- nella appropriatezza ed intensità di cura



Monografie di Genere

Differenze di genere in DM2 e DM1

415.320 DM2 seguiti da 236 Diabetologie in Italia nel 2009

2012



Diabetes Care, 2013

2014



PLOS One, 2016

28.802 DM1 seguiti da 320 Diabetologie in Italia nel 2011

2019-2020



531.732 (2019) e 383.441 (2020) DM2 e 37.445 (2019) e 31.087 (2020) DM1 seguiti da 282 Diabetologie in Italia

Sex Disparities in the Quality of Diabetes Care: Biological and Cultural Factors May Play a Different Role for Different Outcomes

A cross-sectional observational study from the AMD Annals initiative

MARIA CHIARA ROSSI, MSCPHARMCHEM¹
 MARIA ROSARIA CRISTOFARO, MD²
 SANDRO GENTILE, MD³
 GIUSEPPE LUCISANO, MSCSTAT¹
 VALERIA MANICARDI, MD⁴
 MARIA FRANCA MULAS, MD⁵
 ANGELA NAPOLI, MD⁶

ANTONIO NICOLUCCI, MD¹
 FABIO PELLEGRINI, MSCSTAT¹
 CONCETTA SURACI, MD⁷
 CARLO GIORDA, MD⁸
 ON BEHALF OF THE AMD ANNALS STUDY
 GROUP*

Gender medicine integrates aspects of biology, sociology, ethnicity, and culture responsible for different responses to care in women and men (1). Gender medicine applied to the field of diabetes care is particularly relevant because women with diabetes, regardless

Obesità (BMI)

Compenso

licometabolico (HbA1c)

Profilo lipidico (LDL-C)

PA

OBJECTIVE—To investigate the quality of type 2 diabetes care according to sex.

- ✓ 236 centri
- ✓ 188,125 donne
- ✓ 227,169 uomini

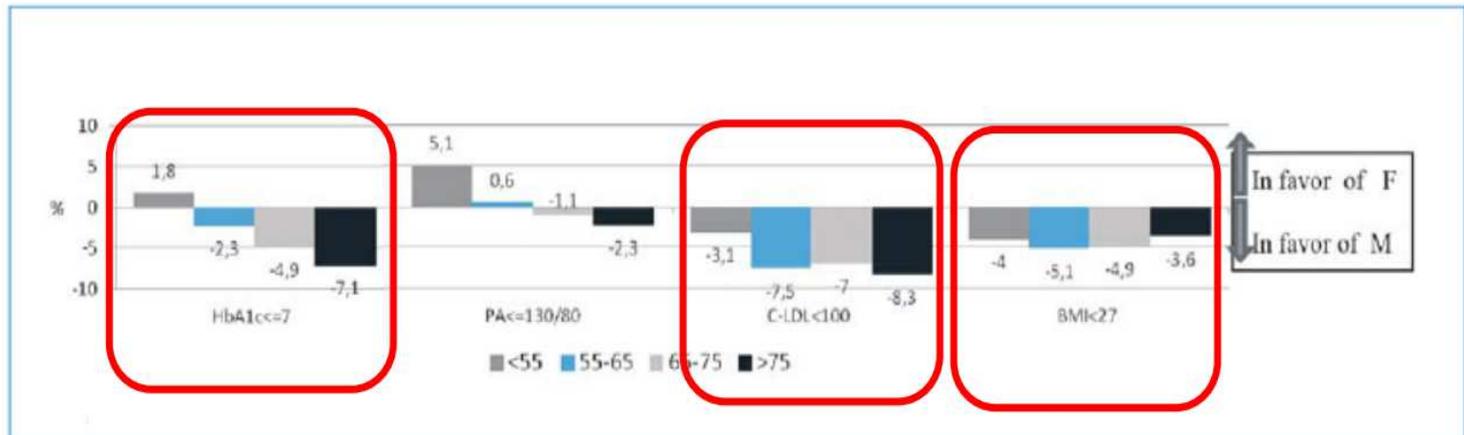


Figure 1. Favorable outcomes in diabetic men and women and age (AMD Annals). The intermediate outcomes (target of HbA1c, PA, C-LDL, BMI) are systematically in favor of men, independently of age.

Compenso glicometabolico peggiore in con DM2

	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

Indicatori di esito intermedio:	F	M	delta
HbA1c ≤7.0% →	41.0	44.8	- 3.8
HbA1c >8.0% →	29.9	27.2	+ 2.7

Profilo lipidico peggiore in ♀ con DM2

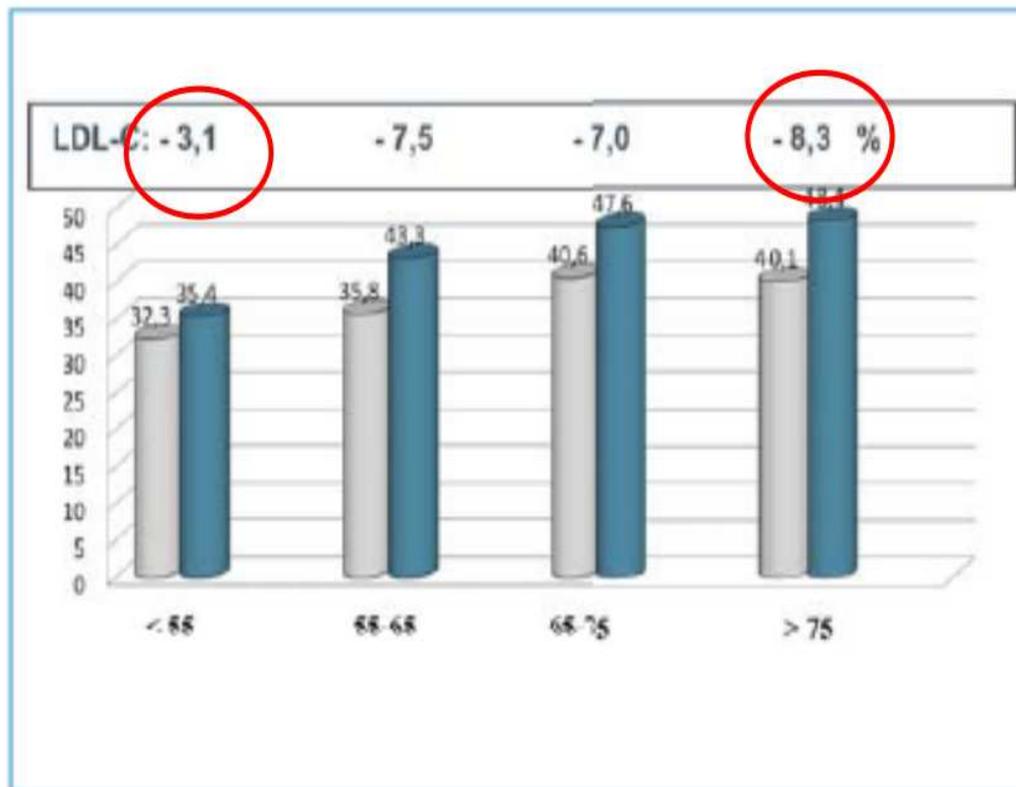


Figure 2. Target of LDL-C in men (blue) and women (grey) and age. The intermediate outcomes (target of HbA1c, PA, C-LDL, BMI) are systematically in favor of men, independently of age. The proportion of men and women with LDL-C target value is unfavorable to women, and the gap increases with age.

LDL-C < 100 mg/dl

L'outcome (favorevole) per LDL-C a target è sistematicamente a sfavore delle donne.

Inoltre il gap aumenta con l'età e la durata del Diabete

Il mancato raggiungimento dei target di LDL-C è sempre a sfavore delle donne con DM2 sia trattate che non trattate con statine.

Le differenze aumentano con la età e la durata del Diabete.

NB:

le donne con DM2 più anziane sono a maggior rischio di CHD

Donne con DM2 senza CHD hanno lo stesso profilo di sottopopolazioni HDL di uomini con pregresso IMA: HDL meno atero-protettiva

Atherosclerosis, 2010

Research Article

Age- and Gender-Related Differences in LDL-Cholesterol Management in Outpatients with Type 2 Diabetes Mellitus

Giuseppina Russo,¹ Basilio Pintaudi,² Carlo Giorda,³ Giuseppe Lucisano,² Antonio Nicolucci,² Maria Rosaria Cristofaro,⁴ Concetta Suraci,⁵ Maria Franca Mulas,⁶ Angela Napoli,⁷ Maria Chiara Rossi,² and Valeria Manicardi⁸

¹Department of Internal Medicine, University of Messina, 98125 Messina, Italy

²Department of Clinical Pharmacology and Epidemiology, Fondazione Mario Negri Sud, Via Nazionale, 66030 S. Maria Imbaro, Italy

³Diabetes and Metabolism Unit, ASL TOS, 10023 Chieri, Italy

⁴Diabetes and Endocrinology Unit, Cardarelli Hospital, 86100 Campobasso, Italy

⁵Diabetes and Metabolism Unit, Sandro Pertini Hospital, 00157 Rome, Italy

⁶Diabetes and Metabolic Diseases Unit, San Martino Hospital, 09170 Oristano, Italy

⁷Department of Clinical and Molecular Medicine, Faculty of Medicine and Psychology, S. Andrea Hospital, Sapienza University, 00189 Rome, Italy

4 International Journal of Endocrinology

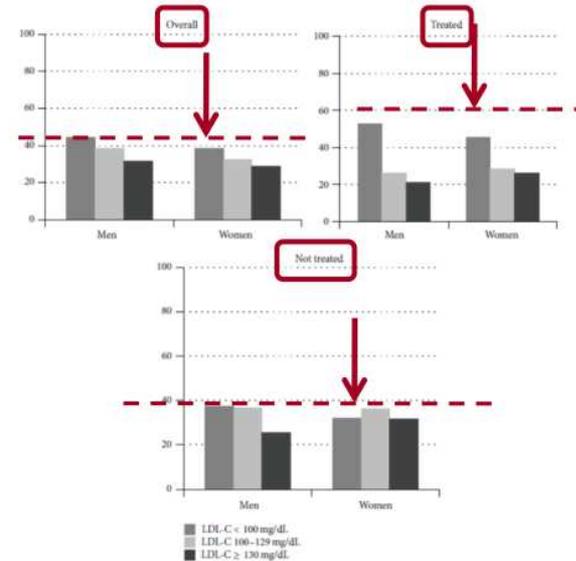


FIGURE 1: LDL-C classes according to gender and lipid-lowering treatment.

Diabetes as risk factor for incident coronary heart disease in women compared with men: a systematic review and meta-analysis of 64 cohorts including 858,507 individuals and 28,203 coronary events

Sanne A. E. Peters · Rachel R. Huxley · Mark Woodward

Diabetologia (2014) 57:1542–1551

Donne diabetiche hanno un rischio maggiore (circa 50%) di sviluppare eventi coronarici fatali e non fatali rispetto ai maschi diabetici, indipendentemente dai fattori di rischio cardiovascolari tradizionali

Diabetes as a risk factor for stroke in women compared with men: a systematic review and meta-analysis of 64 cohorts, including 775 385 individuals and 12 539 strokes

Sanne A E Peters, Rachel R Huxley, Mark Woodward

Lancet 2014; 383: 1973–80

Donne diabetiche hanno RR +27% di sviluppare ictus fatali e non fatali rispetto ai maschi diabetici, indipendentemente dai fattori di rischio cardiovascolari tradizionali

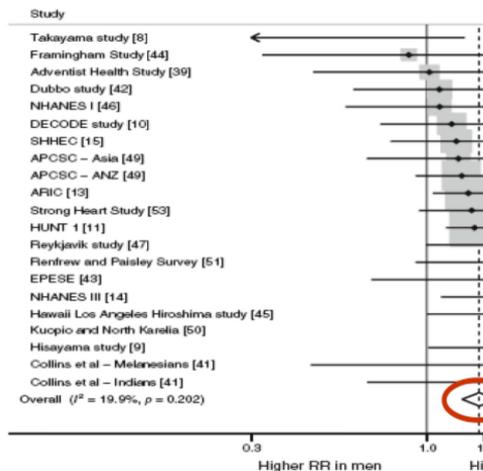


Fig. 3 Multiple-adjusted women-to-men RRR for incident CHD, comparing individuals with diabetes to those without diabetes. ANZ, Australia and New Zealand; EPESE, (National Institute on Aging) Established

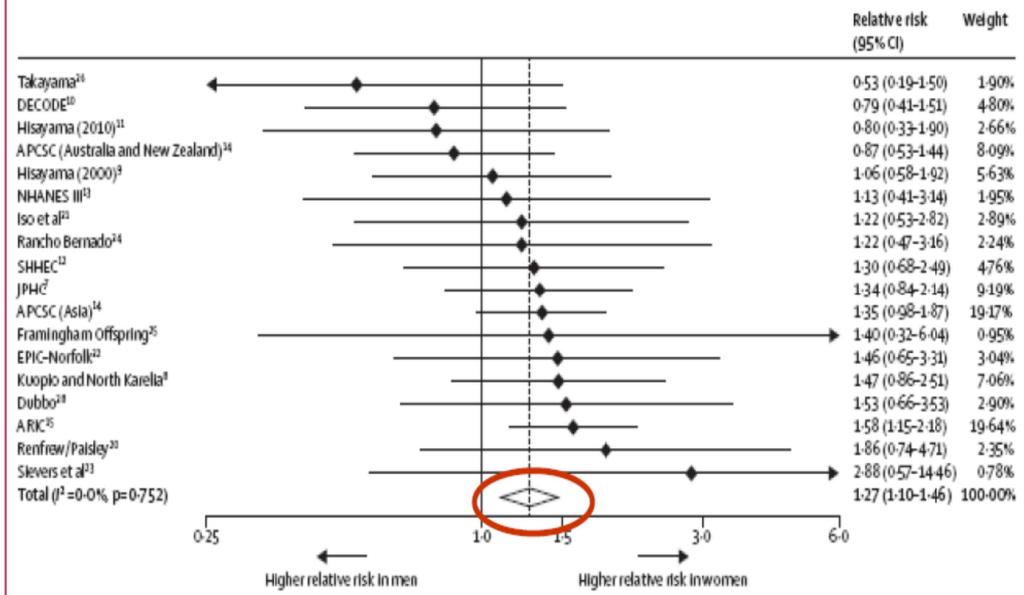
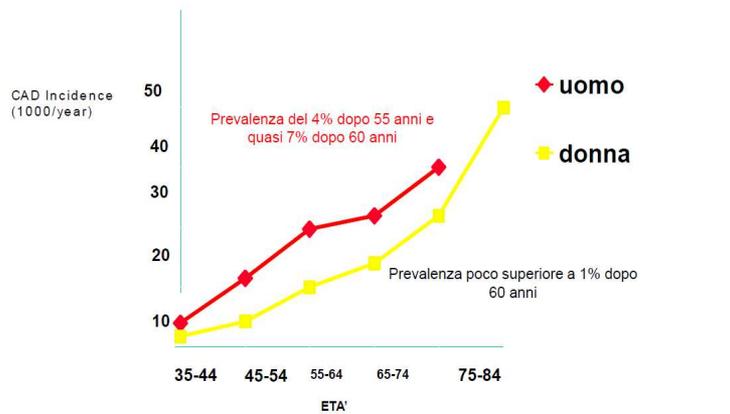


Figure 3: Maximum-adjusted women-to-men ratio of relative risks for any stroke, comparing individuals with diabetes to those without diabetes



Incidenza di Malattie delle Coronarie nella ♀ e nell'♂



Le ♀ sviluppano più frequentemente un NSTEMI e l'angina, quando presente, è più severa

Le ♀ hanno spesso una frazione di eiezione migliore dei ♂ ma sviluppano più facilmente scompenso cardiaco con prognosi peggiore

Le ♀ hanno una minore prevalenza di malattia multivasale e dei grossi vasi

Le ♀ sviluppano malattia coronarica con un ritardo di circa 10 aa rispetto ai ♂

Le ♀ sviluppano malattia coronarica quando hanno maggiori comorbidità (diabete, ipertensione arteriosa, dislipidemia, s. metabolica...)

Tako-tsubo Cardiomyopathie de stress



L'ECG è quello di un infarto acuto, ma alla Coronarografia non ci sono ostruzioni coronariche

Morire di crepacuore

I sintomi clinici sono atipici e sottostimati dalle donne stesse con conseguente ritardo di accesso in PS



WISE Study, Circ, 2006
Jacobs AK et al., Circ Cardiovasc Int, 2009
Jneid H et al., Circ, 2008

AHA Scientific Statement

Acute Myocardial Infarction in Women

A Scientific Statement From the American Heart Association

Abstract—Cardiovascular disease is the leading cause of mortality in American women. Since 1984, the annual cardiovascular disease mortality rate has remained greater for women than men; however, over the last decade, there have been marked reductions in cardiovascular disease mortality in women. The dramatic decline in mortality rates for women is attributed partly to an increase in awareness, a greater focus on women and cardiovascular disease risk, and the increased application of evidence-based treatments for established coronary heart disease. This is the first scientific statement from the American Heart Association on acute myocardial infarction in women. Sex-specific differences exist in the presentation, pathophysiological mechanisms, and outcomes in patients with acute myocardial infarction. This statement provides a comprehensive review of the current evidence of the clinical presentation, pathophysiology, treatment, and outcomes of women with acute myocardial infarction. (*Circulation*. 2016;133:00-00. DOI: 10.1161/CIR.0000000000000351.)

Obesity and Type 2 DM

compared with lean women.¹⁶⁹ Obesity is a major risk factor for AMI in women and increases their risk almost 3-fold.¹⁷⁰ The risk of AMI associated with the metabolic syndrome is higher in younger women than any of the other groups, increasing their odds of AMI almost 5-fold.¹⁷¹ DM, related to obesity and the metabolic syndrome, is associated with a higher relative risk of coronary events in women compared with men, in part as a result of a higher rate of coexisting risk factors in women with DM¹⁷⁰ and better survival (relative to men) of women without DM.¹⁷² DM is an especially powerful risk factor in young women, increasing their risk of CHD, including ACS, by 4- to 5-fold.¹⁷³ For both men and women with DM, mortality after STEMI or UA/NSTEMI is significantly increased compared with their nondiabetic counterparts at 30 days and 1 year.¹⁷⁴

Obesità:

maggior fattore di rischio
per la donna di sviluppare IMA (x3)

S. Metabolica e DM:

maggior fattore di rischio per le donne
giovani di mortalità dopo IMA (x4-5)

Le donne con DM2 hanno aumentato rischio di ICTUS

Diabetologia (2006) 49:2859–2865
DOI 10.1007/s00125-006-0493-z

ARTICLE

Risk of stroke in people with type 2 diabetes in the UK: a study using the General Practice Research Database

H. E. Mulnier · H. E. Seaman · V. S. Raleigh ·
S. S. Soedamah-Muthu · H. M. Colhoun ·
R. A. Lawrenson · C. S. De Vries

Age-adjusted HR for stroke in DM2 subjects vs non diabetic subjects was:
- **2.08 (95%CI:1.94-2.24) in men**
- **2.32 (95%CI: 2.16-2.49) in women.**

The increase in risk attributable to diabetes was highest
- **in young women (HR 8.18; 95%CI 4.31-15.51)**
and decreased with age.

Table 4 Hazard ratios (95% CI) for stroke in diabetes compared with no diabetes stratified by sex and attained age-group

	All	Men	Women
Diabetes/no diabetes (n)	41,799/ 202,733	22,178/ 107,285	19,621/ 95,448
Age (years)			
35–54	5.64 (3.91–8.13)	4.66 (2.96–7.33)	8.18 (4.31–15.51)
55–64	3.81 (3.23–4.49)	3.31 (2.69–4.07)	4.89 (3.71–6.45)
65–74	2.54 (2.31–2.79)	2.35 (2.07–2.65)	2.83 (2.45–3.28)
75–84	1.90 (1.75–2.06)	1.69 (1.49–1.90)	2.10 (1.89–2.34)
≥85	1.69 (1.49–1.92)	1.60 (1.28–1.99)	1.74 (1.49–2.03)
All ages	2.19 (2.09–2.32)	2.08 (1.94–2.24)	2.32 (2.16–2.49)



AHA/ASA Guideline

Guidelines for the Prevention of Stroke in Women A Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association

*The American Academy of Neurology affirms the value of this guideline as an educational tool for neurologists.
Endorsed by the American Association of Neurological Surgeons and Congress of Neurological Surgeons*

Obesity, Metabolic Syndrome, and Lifestyle Factors: Recommendations

1. A healthy lifestyle consisting of regular physical activity, moderate alcohol consumption (<1 drink/d for nonpregnant women), abstention from cigarette smoking, and a diet rich in fruits, vegetables, grains, nuts, olive oil, and low in saturated fat (such as the DASH [Dietary Approaches to Stop Hypertension] diet) is recommended for primary stroke prevention in women with cardiovascular risk factors (*Class I; Level of Evidence B*).
2. Lifestyle interventions focusing on diet and exercise are recommended for primary stroke prevention among individuals at high risk for stroke (*Class I; Level of Evidence B*).

Obesità e S. Metabolica:

Stile di vita:

alimentazione ed attività fisica regolare

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*

¹Dipartimento di Medicina Interna, Cardiologia, Epistologia (Padiglione 11), University of Bologna, Via Massarini 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 published 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%; $P < 0.001$).

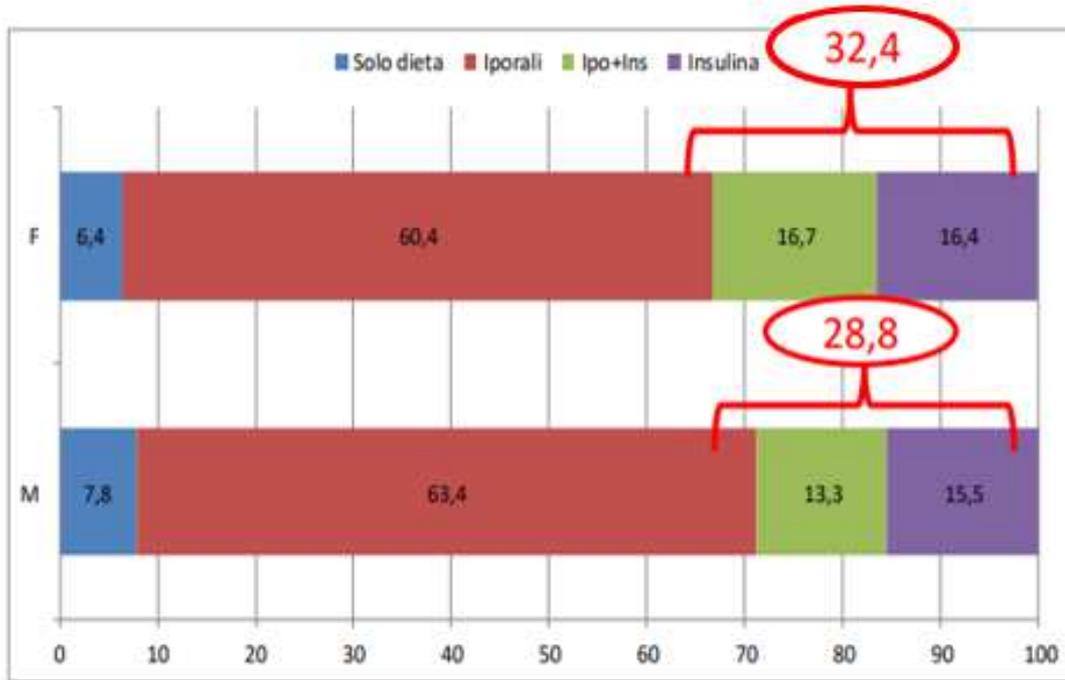
Conclusions The current findings demonstrate that underutilization of evidence-based therapies in women with ACS compared with men is associated with multiple factors related to the patient (age), the consequences of the disease (congestive heart failure), and the physician's assessment of patient risk (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 con Diabete

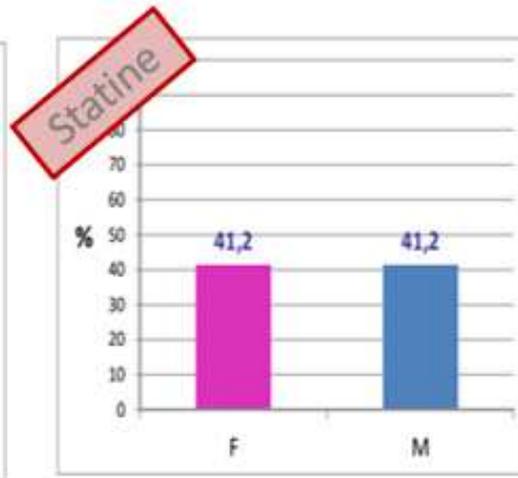
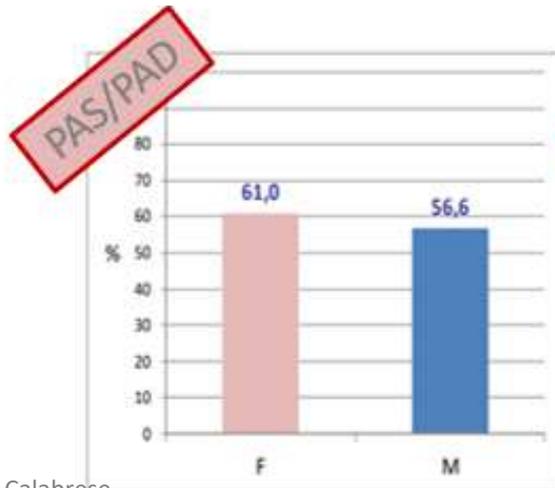
Trattamento del DM

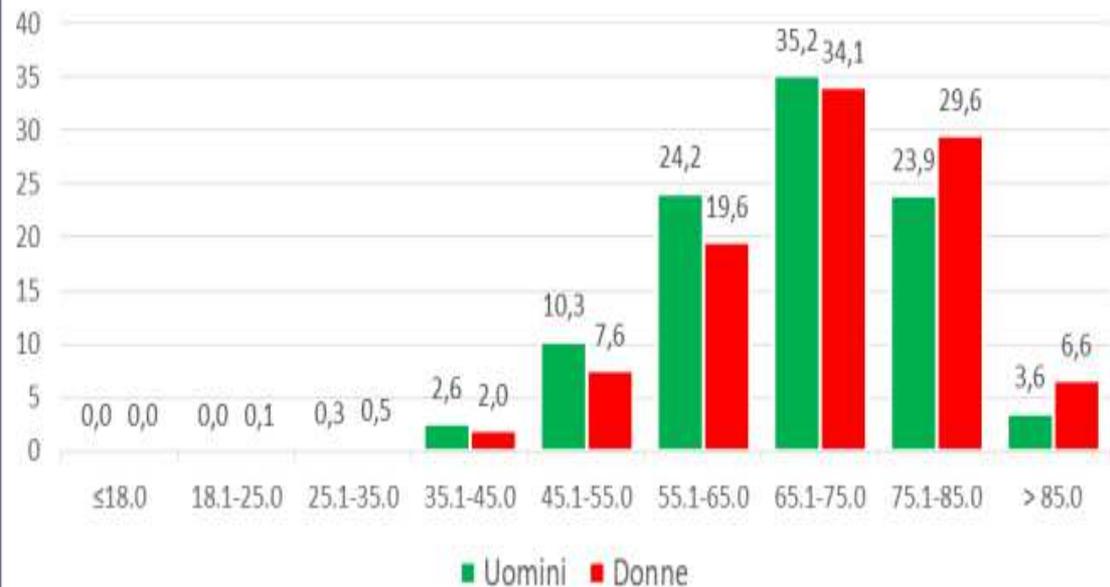


Le donne sono trattate più intensamente con insulina e/o con insulina + ipo orali

Le donne sono più trattate con farmaci antipertensivi e con più di 2 farmaci

Stessa % di F e M trattati con statine





Meno donne riescono ad ottenere una HbA1c ≤ 7% (53 mmol); più donne presentano HbA1c > 9% (75 mmol)

Indicatore	Maschi (M) (%)	Femmine (F) (%)	Delta F-M (%)	Maschi (M) (%)	Femmine (F) (%)	Delta F-M (%)
C-LDL <100 mg/dl	44,6	38,4	-6,2	62,7	53,9	-8,8
C-LDL ≥130 mg/dl	23,6	28,9	+5,3	12,7	17,6	+4,9
C-LDL ≥130 mg/dl non trattati con statine	58,5	58,3	-0,2	52,3	51,6	-0,7
C-LDL ≥130 mg/dl nonostante terapia con statine	21,1	25,9	+4,8	10,1	14,3	+4,2
Pressione arteriosa <140/90 mmHg	43,8	41,9	-1,9	52,1	52,6	+0,5
Pressione arteriosa ≥140/90 mmHg	56,2	58,1	+1,9	47,9	47,4	-0,5
Pressione arteriosa ≥140/90 mmHg non trattati	34,2	29,8	-4,4	28,4	23,7	-4,7
Pressione arteriosa ≥140/90 mmHg nonostante il trattamento	60,5	62,2	+1,7	50,0	49,9	-0,1
Trattamento ipolipemizzante	41,2	41,2	0,0	56,7	55,9	-0,8
Trattamento antiipertensivo	56,6	61,0	+4,4	67,5	71,3	+3,8
Score Q <15	7,2	8,5	+1,3	4,6	5,4	+0,8
Score Q >25	38,8	34,2	-4,6	52,7	50,0	-2,7
BMI ≥30 Kg/m ²	37,1	46,8	+9,7	38,0	45,8	+7,8
Fumatori	21,5	11,8	-9,7	20,5	12,2	-8,3



Ci sono differenze di genere?

SI

Quali sono le ragioni?

Differente accesso alle cure?

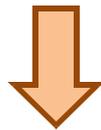
NO

Differente trattamento?

NO

Differente raggiungimento degli obiettivi terapeutici e del controllo dei fattori di rischio CV e del DM2?

SI



Differente aderenza alla terapia?

Differenze biologiche?

Diversa risposta ai farmaci?



Ricerca

Ricerca su animali



Ricerca sugli umani



Donne poco rappresentate nei trials clinici!!!



Risposta a farmaci

Comment > Am J Cardiol. 2012 Nov 15;110(10):1553-4. doi: 10.1016/j.amjcard.2012.08.028.

Statin therapy for secondary prevention: is there a gender difference? Test for interaction in meta-analysis revisited

Sripal Bangalore, Franz H Messerli

PMID: 23102233 DOI: 10.1016/j.amjcard.2012.08.028

No abstract available

Comment on

Statin therapy in the prevention of recurrent cardiovascular events: a sex-based meta-analysis.

Gutierrez J, Ramirez G, Rundek T, Sacco RL.

Arch Intern Med. 2012 Jun 25;172(12):909-19. doi: 10.1001/archinternmed.2012.2145.

PMID: 22732744 Review.

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-

I pazienti che interrompono la statina dopo un IMA hanno maggiori probabilità di morire (x3)
L'effetto dell'interruzione delle statine è maggiore rispetto ad interruzione di beta-bloccanti o ASA

Statine ed ASA in prevenzione secondaria meno efficaci nelle donne

- Donne meno rappresentate
- La terapia con statine non ha effetti benefici sull'ictus e su tutte le cause di morte nelle donne diabetiche in prevenzione secondaria

RESISTENZA terapeutica o
DISCONTINUITA' terapeutica?



Gender-Disparities in Adults with Type 1 Diabetes: More Than a Quality of Care Issue. A Cross-Sectional Observational Study from the AMD Annals Initiative

Valeria Manicardi ¹, Giuseppina Russo ², Angela Napoli ³, Elisabetta Torlone ⁴, Patrizia Li Volsi ⁵, Carlo Bruno Giorda ⁶, Nicoletta Musacchio ⁷, Antonio Nicolucci ⁸, Concetta Suraci ⁹, Giuseppe Lucisano ⁸, Maria Chiara Rossi ⁸, AMD Annals Study Group

Affiliations + expand

PMID: 27695110 PMCID: PMC5047461 DOI: 10.1371/journal.pone.0162960

INDICATORI di ESITO INTERMEDIO	Donne	Uomini
Soggetti con HbA1c ≤ 7,0%	25,3	30,8
Soggetti con HbA1c ≥ 8,0%	39,4	34,4
Soggetti con colest.LDL < 100 mg/dl	49,4	49,4
Soggetti con colest.LDL ≥ 130 mg/dl	16,4	17,2
Soggetti con PA ≥ 140/90 mmHg	24,3	30,7
Soggetti con BMI ≥ 30 Kg/m ²	13,0	11,8
Soggetti con micro/macroalb (%)	23,0	28,7
Soggetti con eGFR <60 mg/dl*1.73 m ² (%)	8,3	6,7
Soggetti fumatori (%)	21,6	30,1

A target
M: 1 su 3
F: 1 su 4

TERAPIA?

Le donne con DM1 sono più trattate con CSII



Il compenso glicometabolico migliora sia nelle F che nei M che utilizzano il CSII

MDI: 1 donna su 4 a target; CSII: 1 donna su 3 a target

L'assistenza al Diabete Mellito



Non si riscontrano differenze nella qualità delle cure erogate per il DM2 e nei trattamenti nella rete italiana delle strutture di Diabetologia

Nonostante questo, le donne hanno esiti peggiori

- ✓ Combattere l'inerzia del medico
- ✓ Verificare l'aderenza alle cure
- ✓ Intensificare i trattamenti (tenendo conto delle differenze) per raggiungere i target desiderati

L'assistenza al Diabete Mellito



Non si riscontrano differenze nella qualità delle cure erogate per il DM2 e nei trattamenti nella rete italiana delle strutture di Diabetologia

Nonostante questo, le donne hanno esiti peggiori

- ✓ Combattere l'inerzia del medico
- ✓ Verificare l'aderenza alle cure
- ✓ Intensificare i trattamenti (tenendo conto delle differenze) per raggiungere i target desiderati

L'assistenza al Diabete Mellito



Non si riscontrano differenze nella qualità delle cure erogate per il DM2 e nei trattamenti nella rete italiana delle strutture di Diabetologia

Nonostante questo, le donne hanno esiti peggiori

- ✓ Combattere l'inerzia del medico
- ✓ Verificare l'aderenza alle cure
- ✓ Intensificare i trattamenti (tenendo conto delle differenze) per raggiungere i target desiderati

Per i pazienti con DM1 non trascurare i fattori di rischio

(PA profilo lipidico fumo obesità etc)

Cambiare i ruoli sociali



Le donne sono maggiormente obese
FANNO MENO ATTIVITA' FISICA?





Nessuno è più inferiore di quelli che insistono per essere uguali

F. Nietzsche

Grazie per l'attenzione