SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia

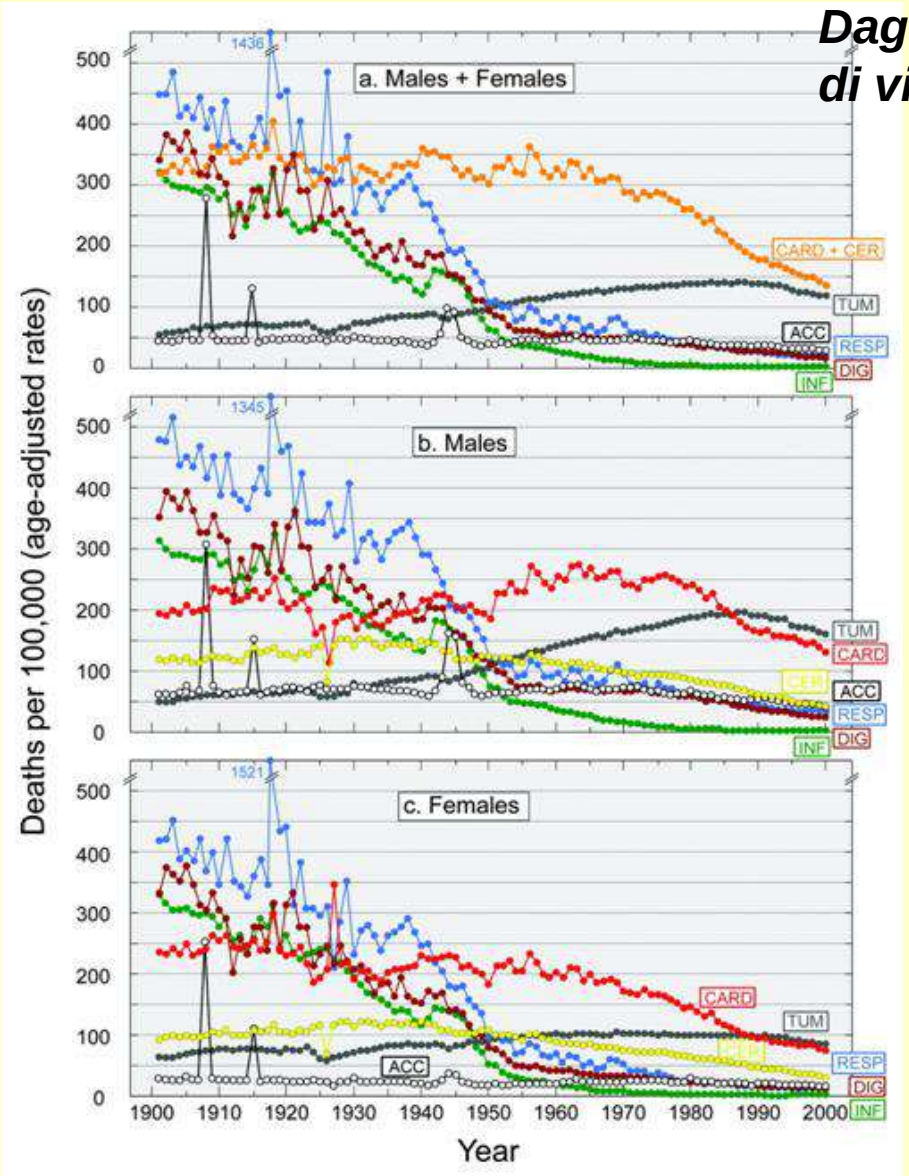
Arcispedale S. Maria Nuova
Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Donne salute e ricerca, le nuove prospettive della medicina di genere

Adriana Albini
Direttore Dipartimento Infrastruttura Ricerca e Statistica (I-RS)
e Direttore Struttura Complessa Ricerca Traslazionale

Arcispedale S. Maria Nuova Reggio Emilia –
IRCCS "Tecnologie Avanzate e Modelli Assistenziali in Oncologia"

Tasso di mortalità in Italia dal 1901 al 2000



Dagli inizi del 1900 ad oggi l'aspettativa di vita alla nascita è quasi raddoppiata

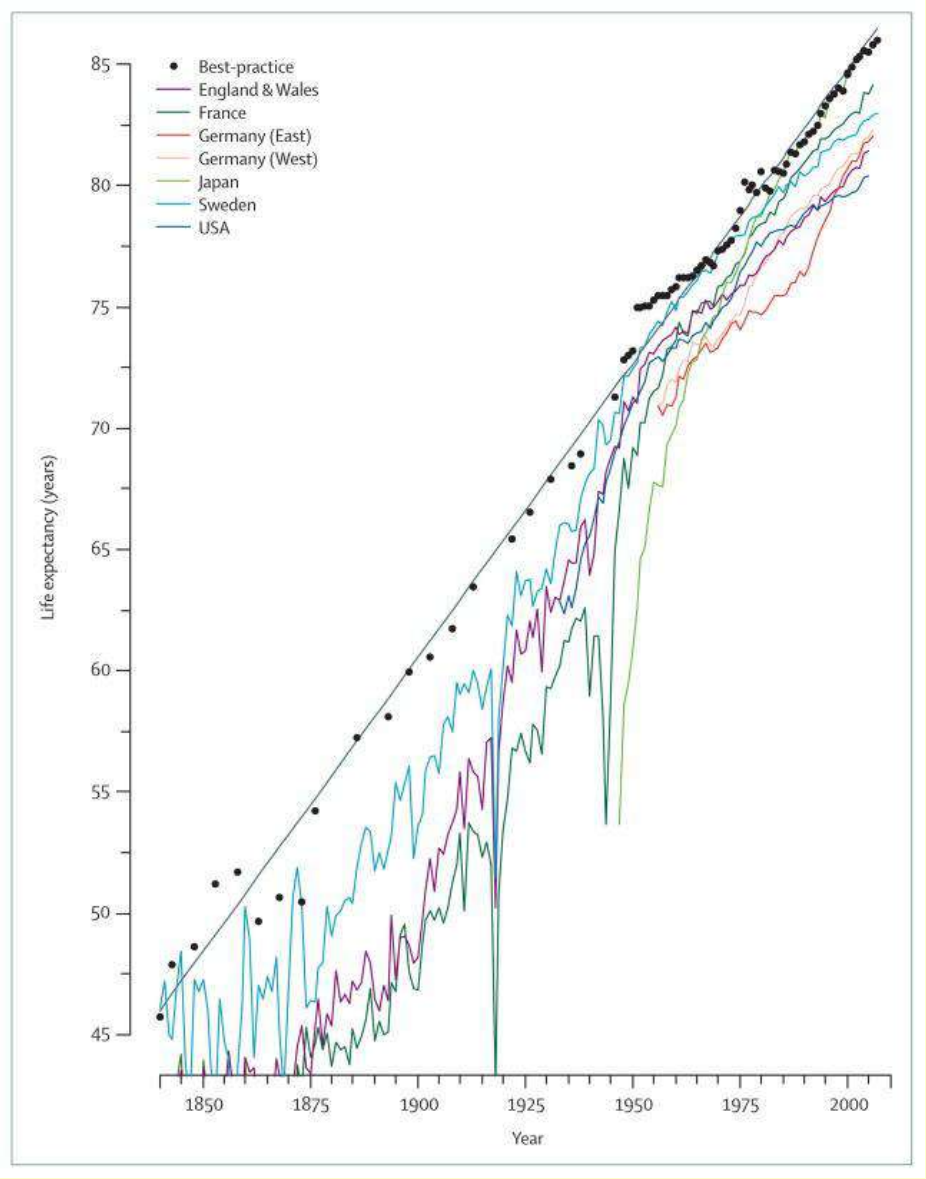
Tasso di mortalità in Italia dal 1901 al 2000 e principali cause:

Le malattie riportate includono malattie infettive e parassittarie (INF), tumori maligni (TUM), Malattie cardiovascolari (CARD), malattie cererbrovacsolari (CER), malattie respiratorie, inclusa l'influenza (RESP), malattie dell'apparato digerente (DIG) e accidenti (ACC).

De Flora S. et al. Faseb J. 2005, Vol 8:892-7

IRCCS MultiMedica

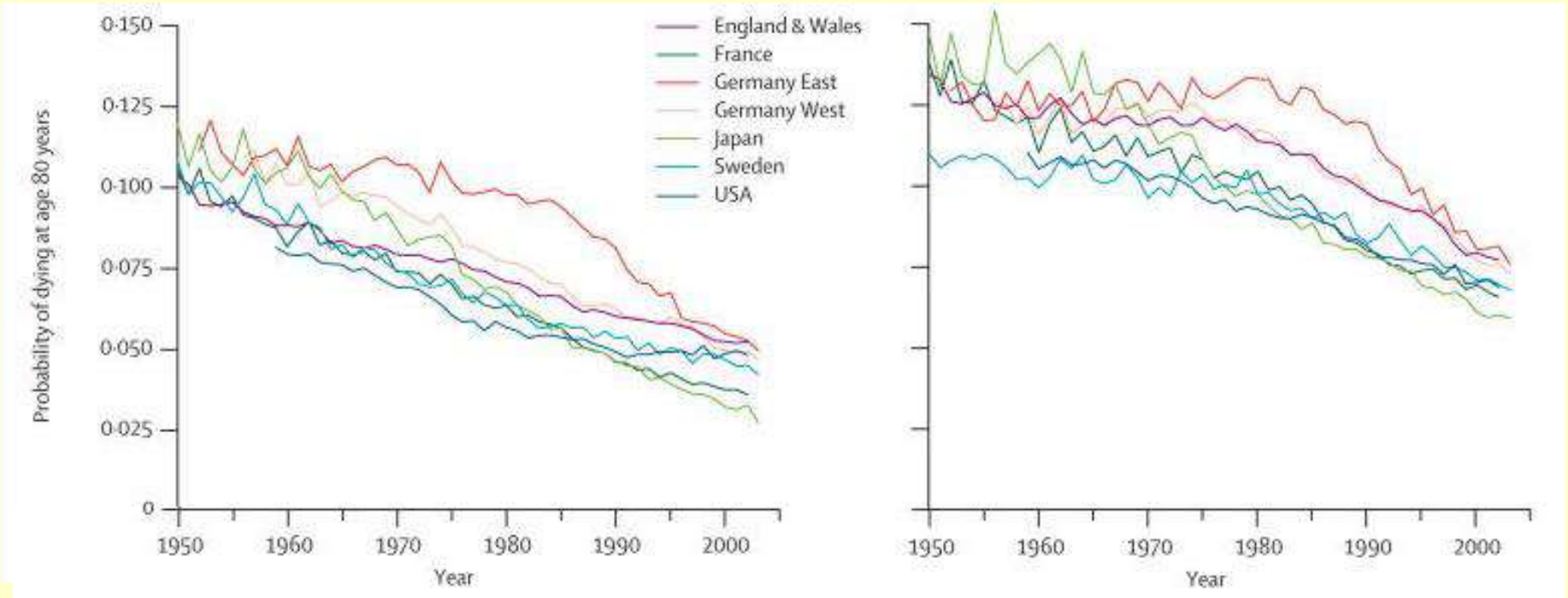
L’aspettativa di vita si sta allungando in modo lineare nella maggior parte dei paesi industrializzati



Si vive di più

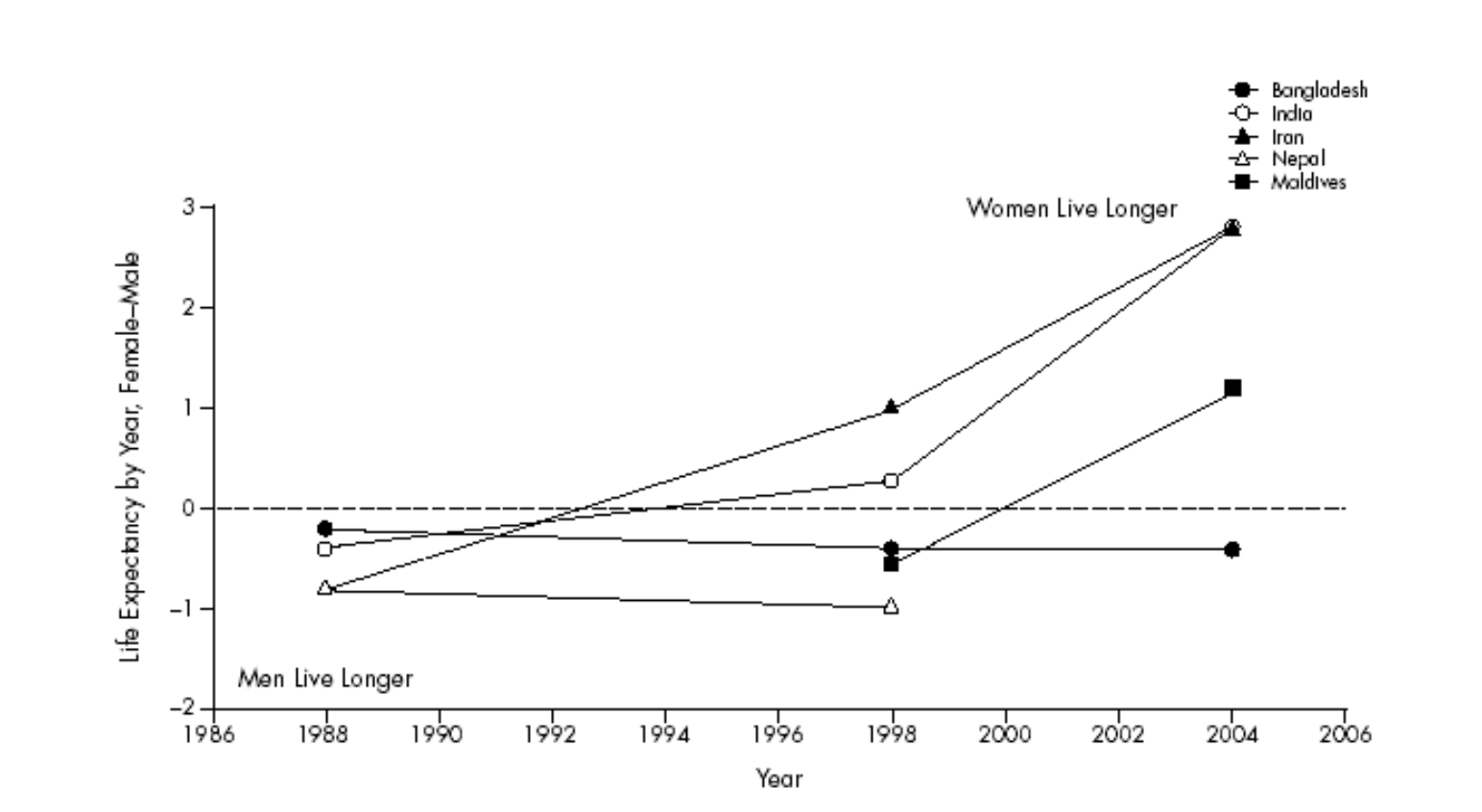
Christensen K, *et al* Lancet. 2009 Oct 3;374(9696):1196-208.

Rispetto a 50 anni fa, si è ridotto il numero di uomini e donne che muoiono a **80 anni**



Christensen K, *et al* Lancet. 2009 Oct 3;374(9696):1196-208.

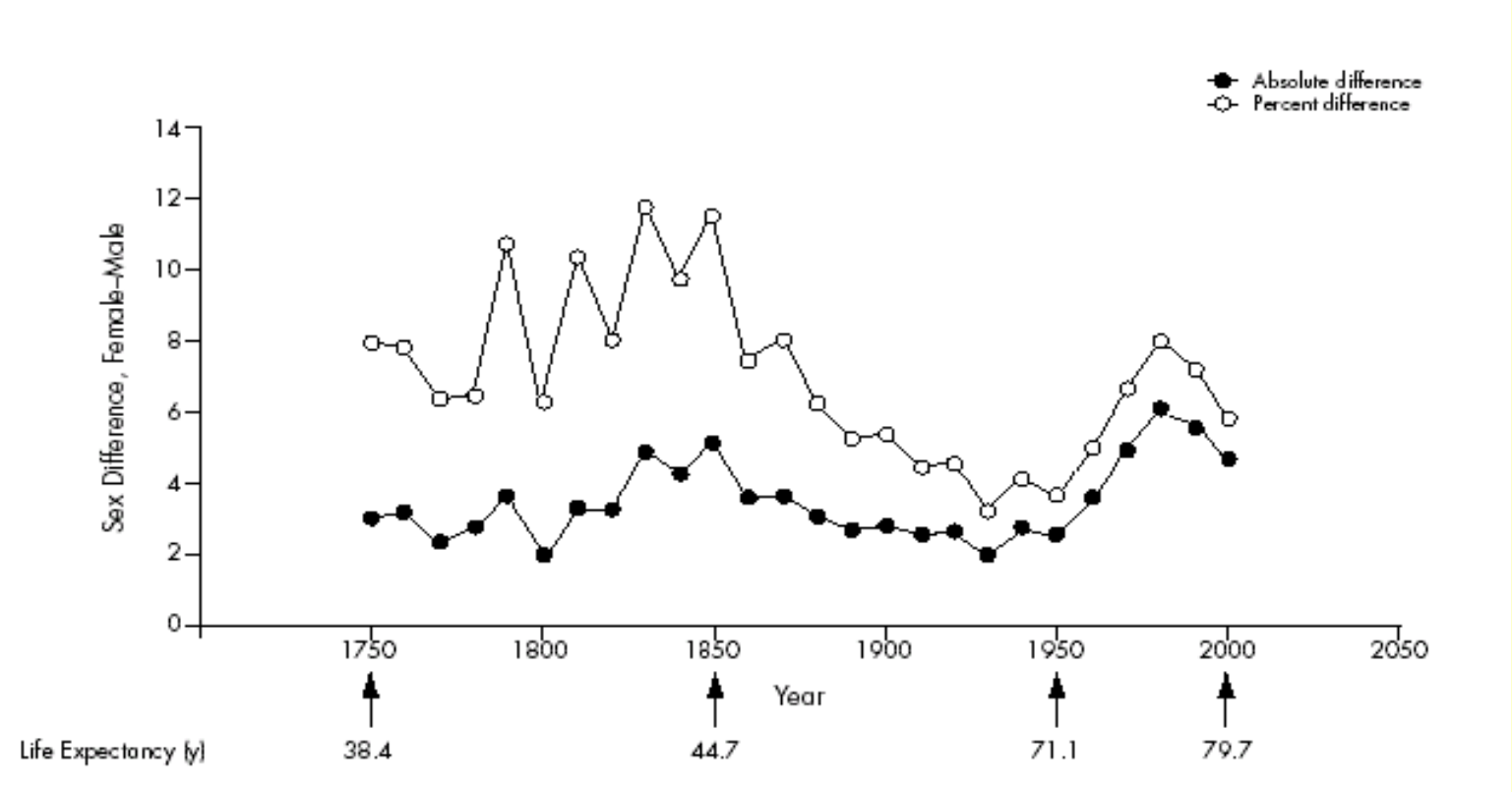
Percentuale di sopravvivenza: Confronto Uomo-Donna-1



Le donne ora vivono più a lungo rispetto agli uomini in un numero di paesi in cui un tempo non accadeva.

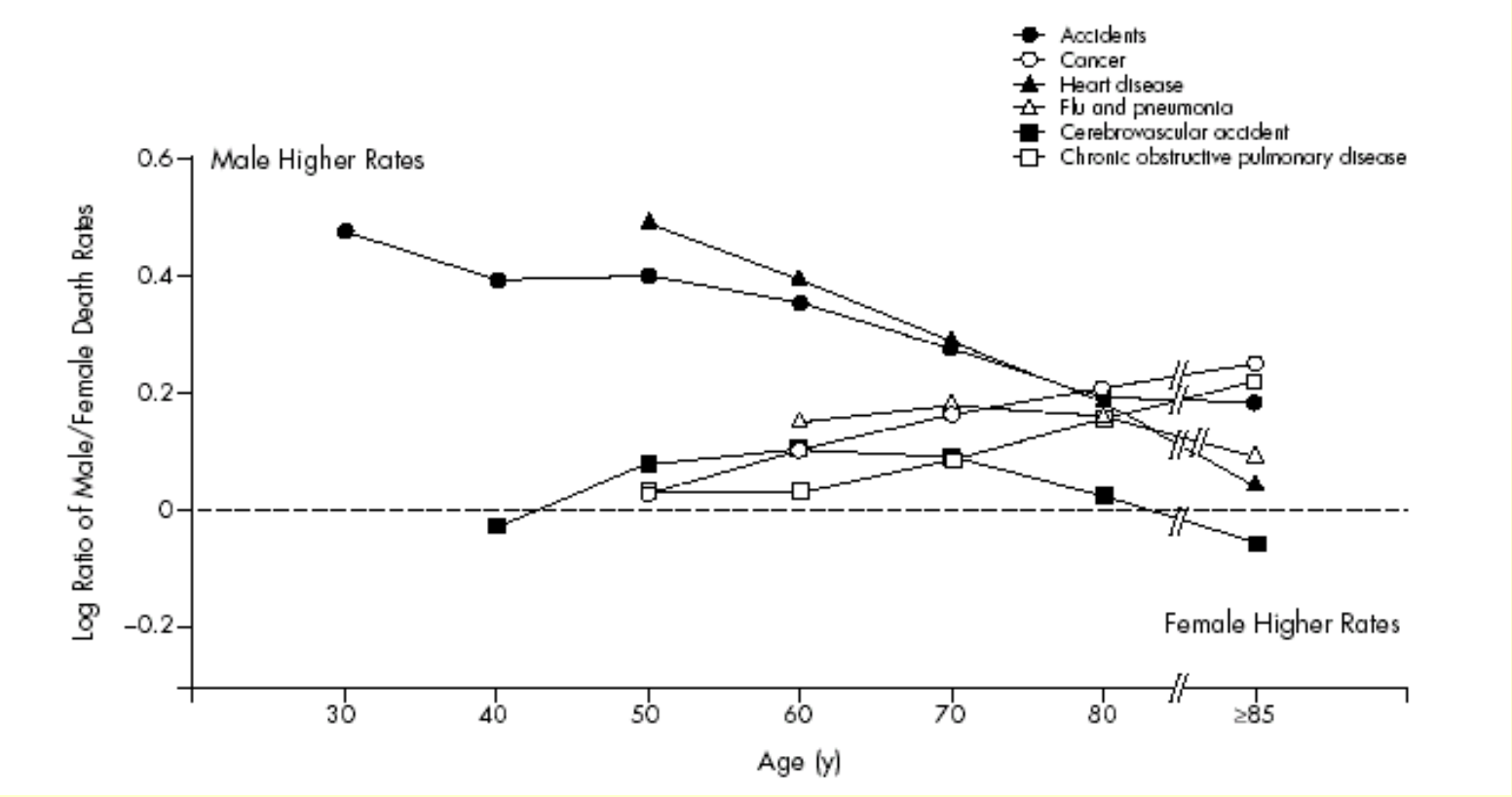
Le donne hanno vissuto più a lungo degli uomini in ogni paese e in ogni periodo storico analizzato.

Percentuale di sopravvivenza: Confronto Uomo-Donna-2



La Svezia ha un' eccellente curva demografica dalla metà del XVIII secolo, quando l'aspettativa di vita era sui 30 anni.

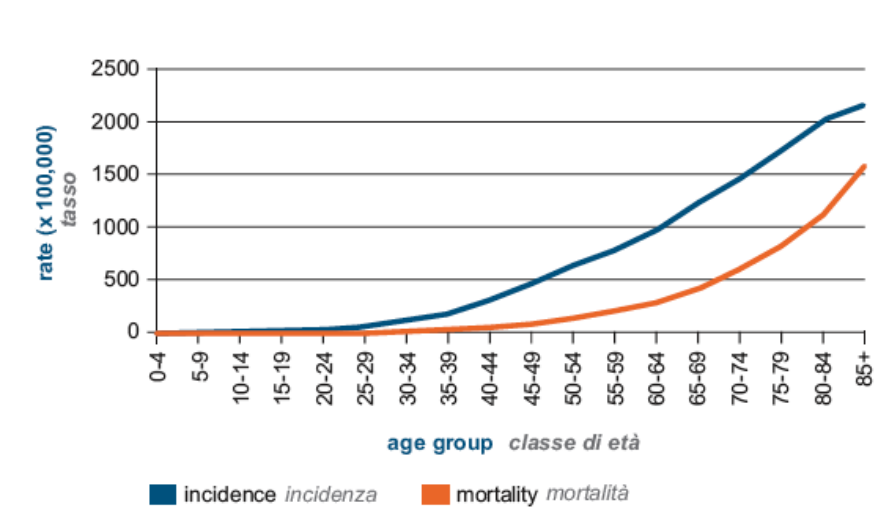
Percentuale di sopravvivenza: Confronto Uomo-Donna-3

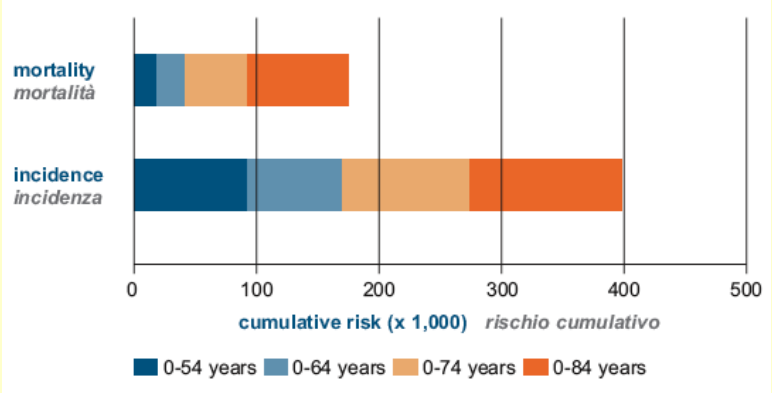


A quasi tutte le età gli uomini hanno un tasso di mortalità maggiore rispetto alle donne per numerose cause.

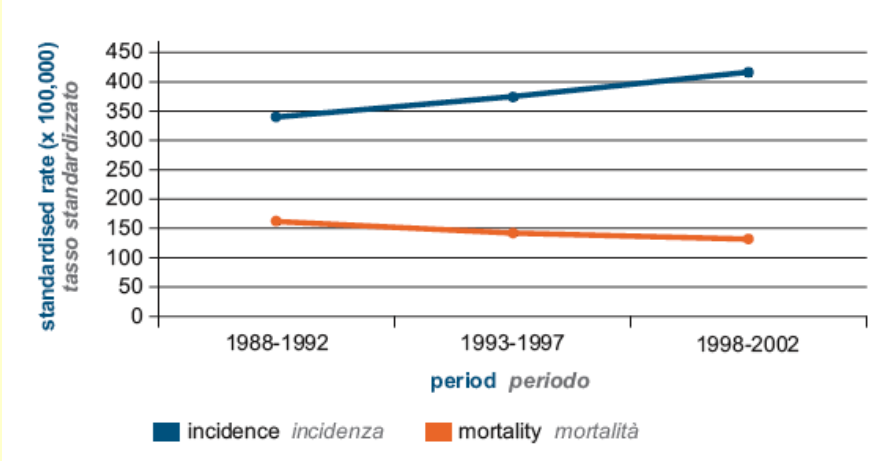
Incidenza e Mortalità delle Donne

per classe d'età

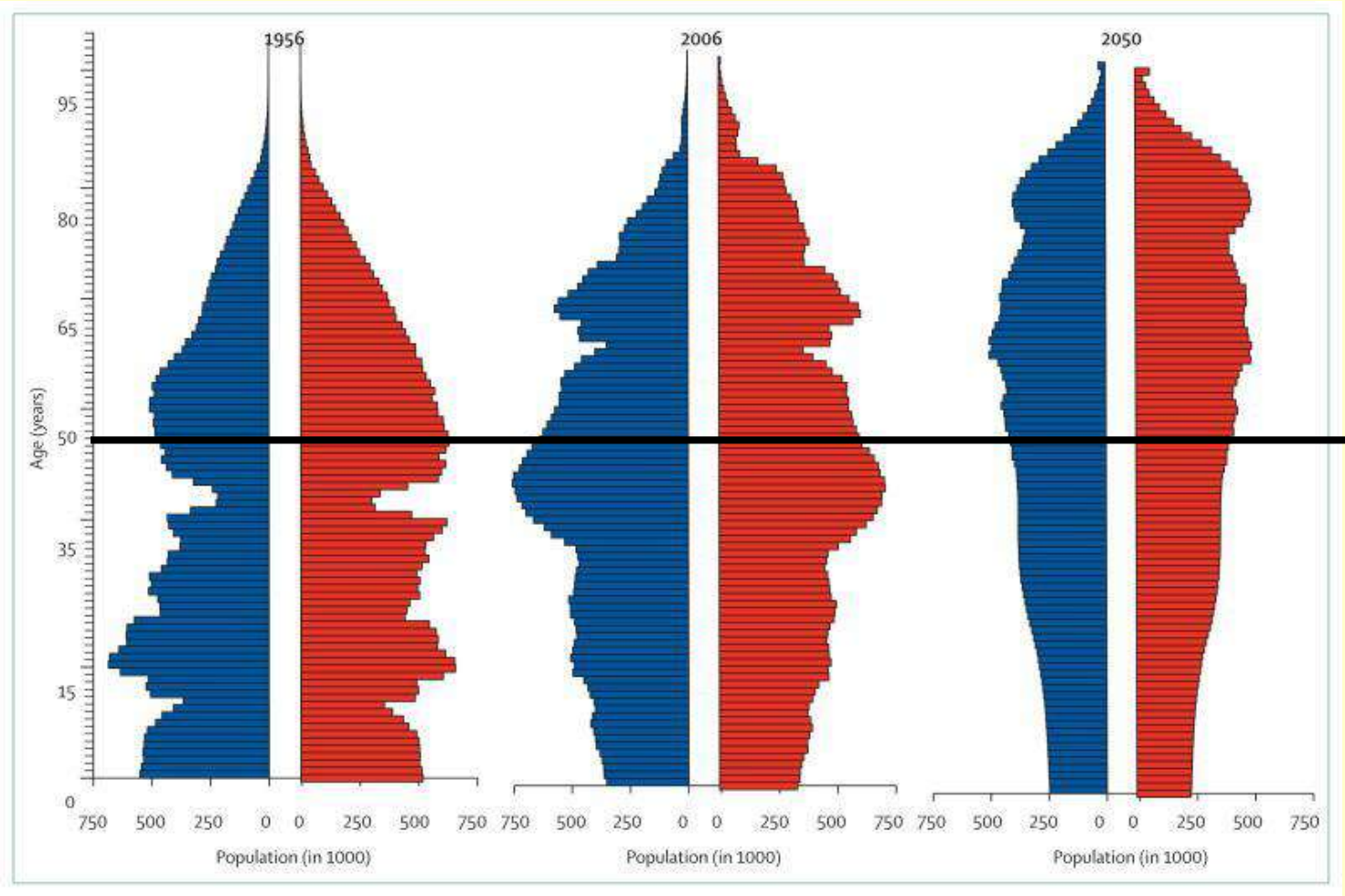




per periodo storico



L’aspettativa di vita aumenta e dunque cresce la fascia di popolazione anziana. In particolare, vivono mediamente più a lungo le **Donne** rispetto agli **Uomini.**



Christensen K, *et al* Lancet. 2009 Oct 3;374(9696):1196-208.

Aspettattiva di vita in Europa

Donne

FRANCIA 85,4

(di cui 69 in buona salute)

ITALIA 85,3

(di cui 71 in buona salute)

SPAGNA 85

(di cui 68 in buona salute)

Uomini

ITALIA 80,4

(di cui 71 in buona salute)

SVEZIA 80,3

(di cui 70 in buona salute)

FRANCIA 79,5

(di cui 68 in buona salute)

Invecchiamento Femminile

Dati scientifici mostrano che :

1. Le donne vivono più a lungo degli uomini (con una sopravvivenza di almeno cinque-sei anni superiore a quella degli uomini)
2. anche se tuttavia si ammalano di più

Le donne invecchiano meno e per questo vivono di più?

Apparentemente non è così:

Anzi sembra che invecchiamento, inteso come deterioramento funzionale e fisico, e mortalità siano scissi.

Il **Dottor Steven Austad** (Professore al Barshop Center for Longevity and Aging Studies dell'Università del Texas a San Antonio**)** definisce le donne più cagionevoli ma "più robuste".

Infatti se si esaminano varie cause di mortalità, incidenti, malattie cardiovascolari, tumori, influenza e polmonite (fino alle 12 più frequenti cause di morte), in tutti i casi le donne si ammalano di più ma vivono più a lungo.

Invecchiamento Femminile

Quali sono le patologie che più affliggono l'universo femminile?

1) Le malattie **cardiovascolari**

2) Mal di testa, emicrania, **dolore** delle articolazioni, sofferenza viscerale e vascolare, mal di schiena, nevralgie, in generale il dolore cronico benigno.

3) La **Malattia di Alzheimer**.

4) Molte **Sindromi autoimmuni (reumatiche, sclerosi multipla)**.

5) I **tumori**.

.

Invecchiamento Femminile

Quali sono le patologie che più affliggono l'universo femminile?

1) Le malattie **cardiovascolari**

2) Mal di testa, emicrania, **dolore** delle articolazioni, sofferenza viscerale e vascolare, mal di schiena, nevralgie, in generale il dolore cronico benigno.

3) La **Malattia di Alzheimer**.

4) Molte **Sindromi autoimmuni (reumatiche, sclerosi multipla)**.

5) I **tumori**.

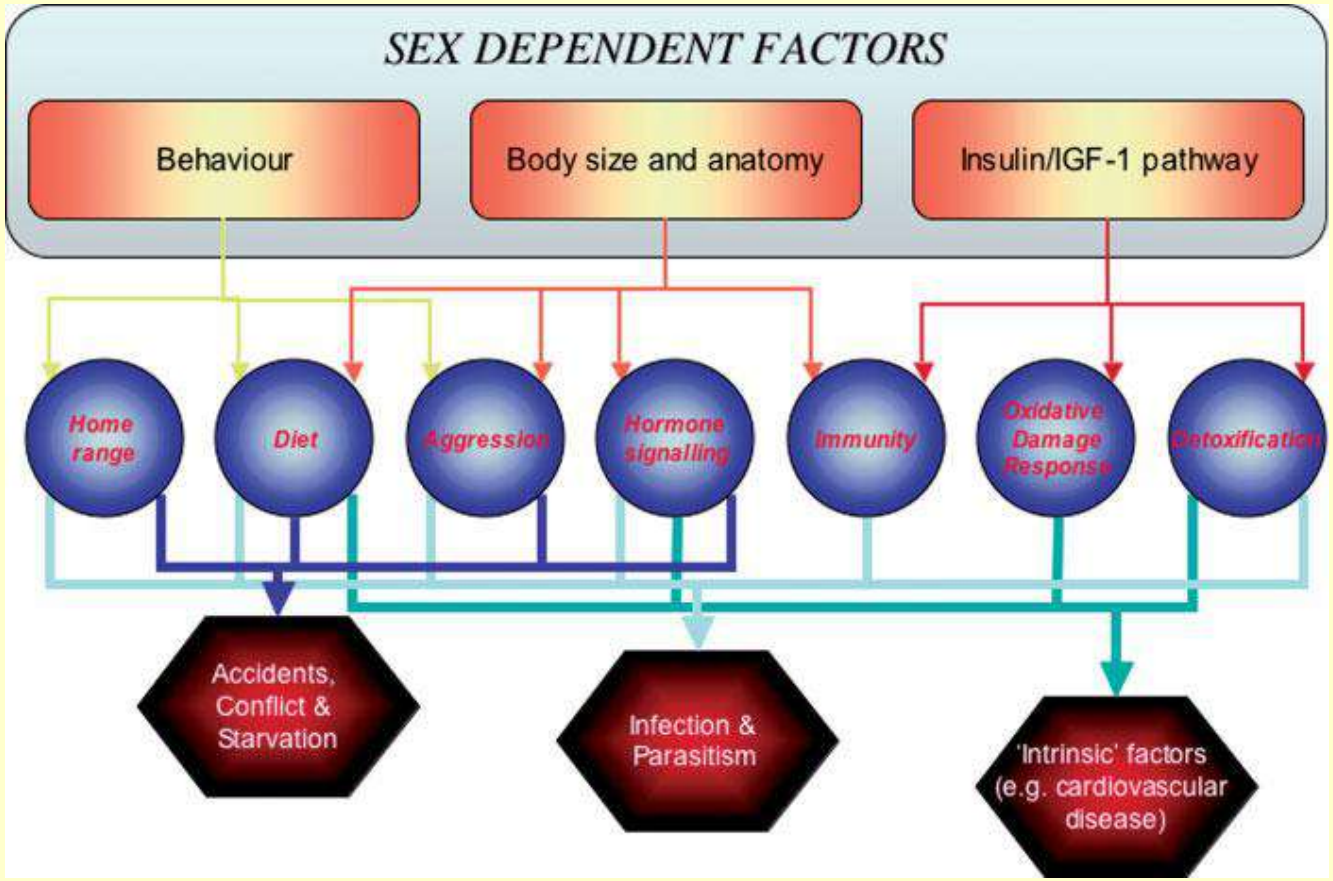
.

Mortalità Femminile

Ipotesi per una mortalità femminile più bassa:

1) Una delle ipotesi più spesso proposte per la minor mortalità femminile è quella di un sistema immune più attivo.
2) La seconda e più frequente ipotesi è che l'ormone estrogeno protegga le donne.
3) La terza spiegazione avanzata è riposta nel fatto che la donna è dotata di due copie del cromosoma X, mentre l'uomo di una copia dell'X e una dell'Y.
4) La quarta possibilità è legata ad una minor presenza nella donna dell'ormone della crescita e della molecola IGF1 (fattore di crescita simil-insulina).
5) Quinta, ma non ultima, è la teoria forse più popolare, quella che sostiene esista una diversa distribuzione di radicali liberi (ROS) e di stress ossidativo nei due sessi.

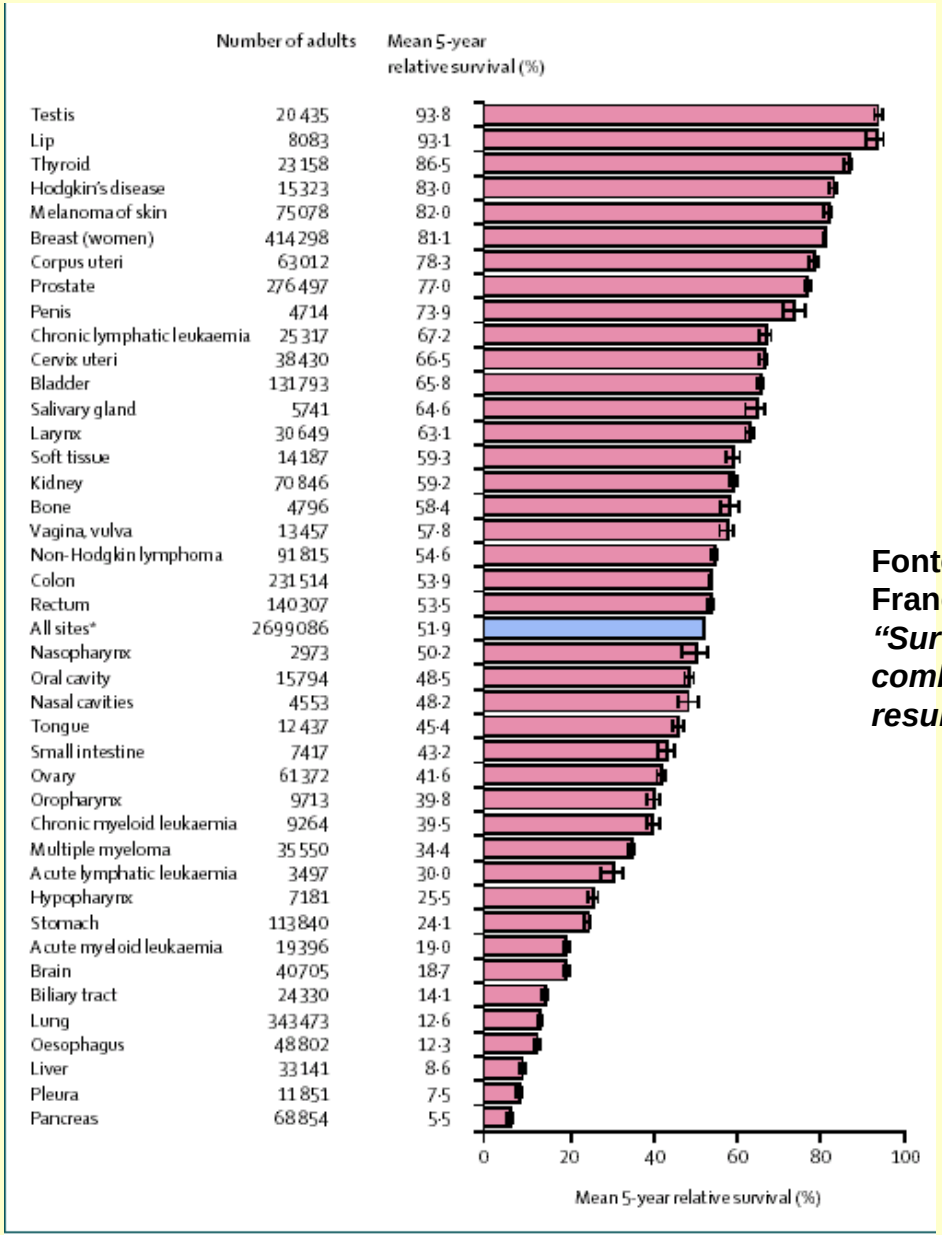
Gender, immunity and the regulation of longevity
Robin C. May



BioEssays 29:
795–802, 2007

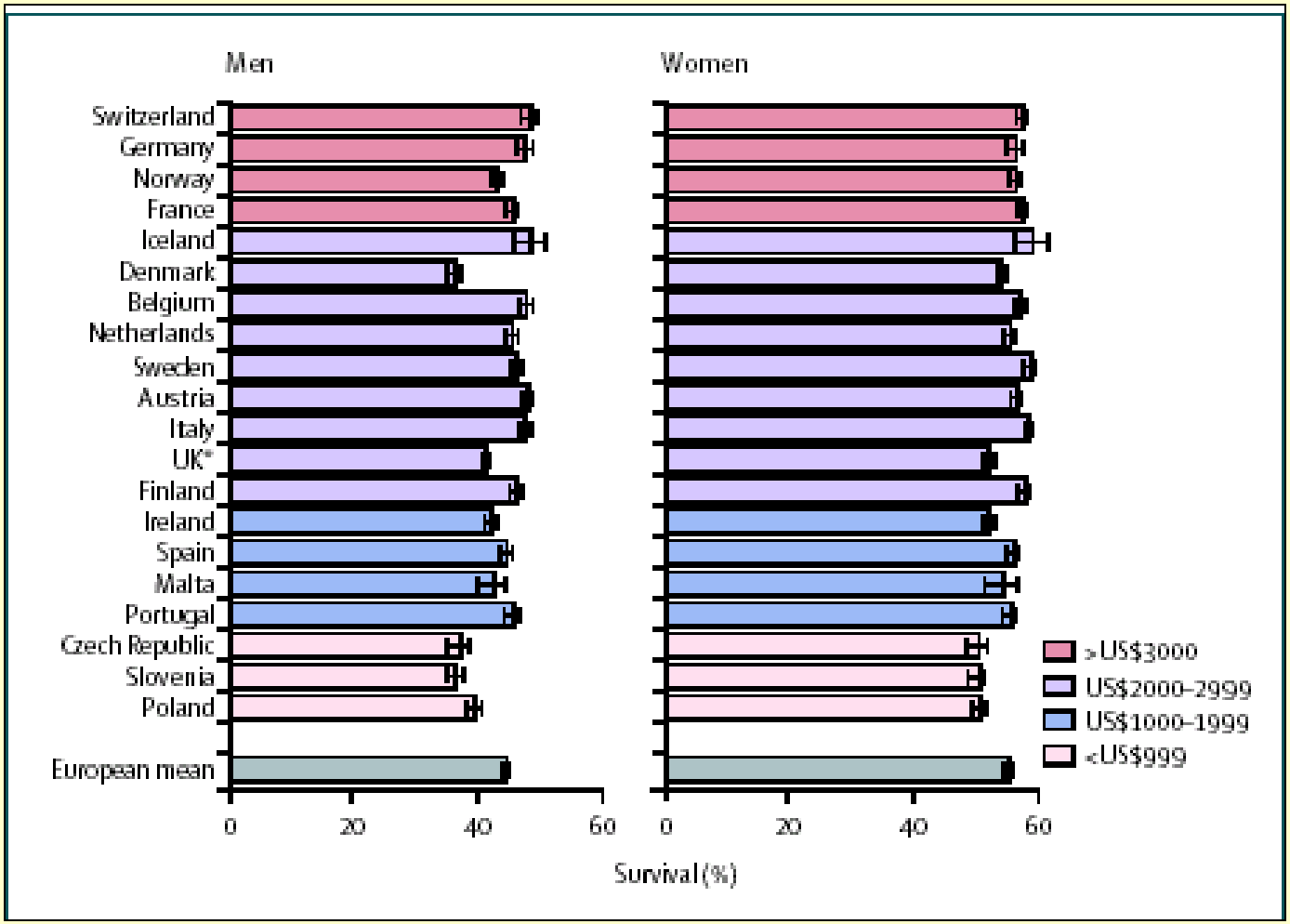
Figure 1. Lifespan is influenced by several ‘macro’ factors, including behaviour, body size and the insulin/IGF-1 signalling pathway, all of which are affected by the sex of the individual. These modulate numerous biological traits (in blue), such as diet and immunity.
The end resultof these changes is to alter the probability of death due to extrinsic factors (such as injury), intrinsic factors (such as organ failure) and infectious disease.

Sopravvivenza media Europea relative a 5-anni per tipo di tumore (uomini e donne)



Fonte: The Lancet Oncology 2007, 23 Aug Berrino Franco et al.
"Survival for eight major cancers and all cancers combined for European adults diagnosed in 1995–99: results of the EUROCARE-4 study"

Sopravvivenza media relativa a 5-anni per tipo di tumore - uomini e donne - in diversi Paesi Europei



Fonte: The Lancet Oncology 2007, 23 Aug Berrino Franco et al.
"Survival for eight major cancers and all cancers combined for European adults diagnosed in 1995–99: results of the EUROCARE-4 study"

Epidemiologia: Fumo, Abitudini alimentari e agenti infettivi contribuiscono alle differenze geografiche di mortalità

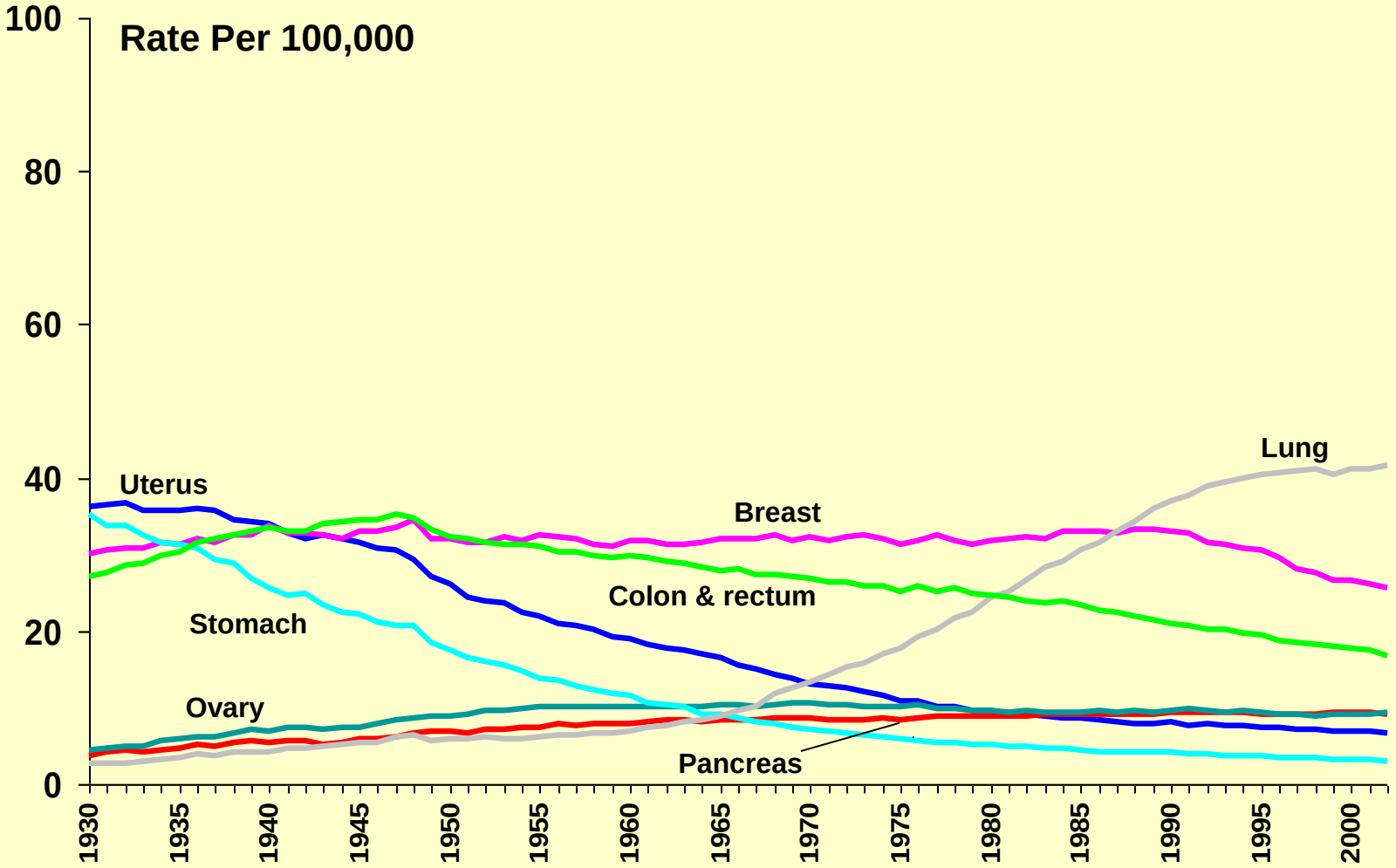
MORTALITY (per 100.000 habitants) for diverse cancers in different countries (American Cancer Society)

	Italy	Germany	Denmark	UK	USA	Japan	China	Uganda
Total								
Men	170,9	161.8	179.2	162.3	152.6	154.3	159.8	123.6
Women	95,2	110.4	104.1	122.7	119.9	82.2	86.7	118.5
Lung and Bronchial								
Men	50,1	42.4	45.2	42.9	48.7	32.4	36.7	3.3
Women	8,5	10.8	27.8	21.1	26.8	9.6	16.3	2.1
Colon & rectal								
Men	16,5	19.5	23.3	17.5	15.2	17.3	7.9	7.0
Women	10,9	15.7	19.2	12.4	11.6	11.1	5.3	6.2
Breast	18,9	21.6	27.8	24.3	19.0	8.3	5.5	13.4
Prostate	12,2	15.8	22.6	17.9	15.8	5.7	1.0	32.5
Stomach								
Men	12,6	10.3	5.4	8.7	4.8	28.7	32.7	6.6
Women	6,5	6.4	3.3	4.0	2.2	12.7	15.1	5.2
Oesophagus								
Men	3,4	5.0	7.0	9.0	5.1	7.5	21.6	12.5
Women	0,7	1.0	1.9	4.1	1.2	1.1	9.6	11.3
Cervix/Uterine	2,2	3.8	5.0	3.1	2.3	2.8	3.8	29.2
Liver								
Men	12,6	4.9	3.4	2.8	4.4	21.0	35.3	6.1
Women	4,8	2.1	2.3	1.5	2.0	6.7	13.1	5.0

Table compiled from data published in the **year 2006**
(Font: ***American Cancer Society Web Site***:
http://www.cancer.org/docroot/home/index.asp).

IRCCS MultiMedica

Mortalità per tumori (donne) USA,1930-2002



*Age-adjusted to the 2000 US standard population.
Source: US Mortality Public Use Data Tapes 1960-2002, US Mortality Volumes 1930-1959, National Center for Health Statistics, Centers for Disease Control and Prevention, 2005.

DANNO FISICO E CANCRO: CORRELAZIONE

Nella stragrande maggioranza dei tumori le alterazioni dei geni che sono responsabili della malattia sono determinate da cause ambientali. Sono provocate dall'esposizione prolungata ad agenti cancerogeni, di origine chimica, fisica o virale.

I processi cronici infiammatori inducono stresso ossidativo
generando Radicali Liberi.
I radicali liberi agiscono sui grassi delle membrane cellulari e sulle proteine nucleari determinado grossi danni alle cellule disintegrando le membrane e i nuclei.

E' noto da studi clinici che anche sostanze quali le
poliammine, le diossine e i furani siano promotori del Tumore.
Queste sostanze accelereno il processo di insorgenza della malattia.

Possiamo quindi concludere che c'è una correlazione fra sostanze che danneggiano l'organismo e cancro (fumo, cattiva alimentazione, mancanza attività fisica.

Mortalità per Tumore: Uomini e Donne a confronto

Tabella: Tassi di Mortalità per anno per Tumore – riferiti a 10.000 persone in tutta Italia

FASCE ETA’	UOMINI	DONNE
Fino 30 anni	0.58	0.48
30-40 anni	1.68	1.98
40-50 anni	6.85	6.99
50-60 anni	27.31	17.92
60-70 anni	75.38	36.74
70-80 anni	167.35	74.66
80 e oltre	282.19	142.19
Tasso std	**28.18**	**19.58**

Oncologia e Genere

- Le differenze di incidenza e mortalità tra uomo e donna ci sono anche nei tumori non strettamente correlati al genere.

- I tumori sono la seconda causa di morte femminile dopo le malattie cardiovascolari.

- Muoiono di tumore 119 donne ogni 10,000 sopra i 75 anni e 38 ogni 10.000 sopra i 55 anni.

- In Italia sono stimati circa 120.000 casi/anno di tumori su tutta la popolazione femminile in età 0-84 anni, dei quali circa 38.000 sono tumori della mammella.

(Rapporto sui tumori in Italia – AIRTUM)

Oncologia e Genere (2)

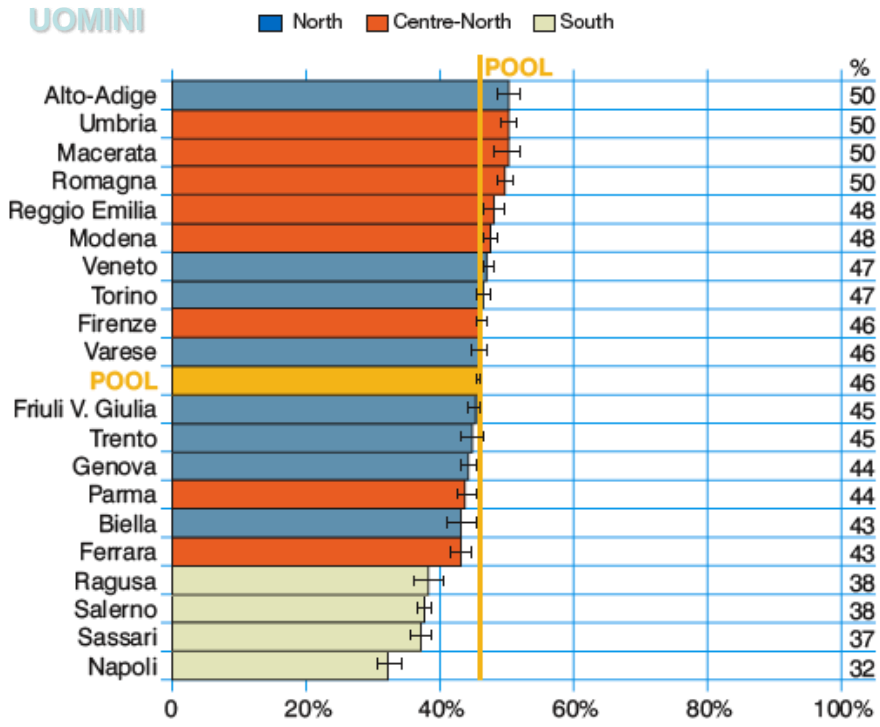
- Il rischio di morire per tumore è di circa 16,5% fra i maschi (1 decesso ogni 6 uomini) e di 8,9% fra le femmine (1 decesso ogni 11 donne).

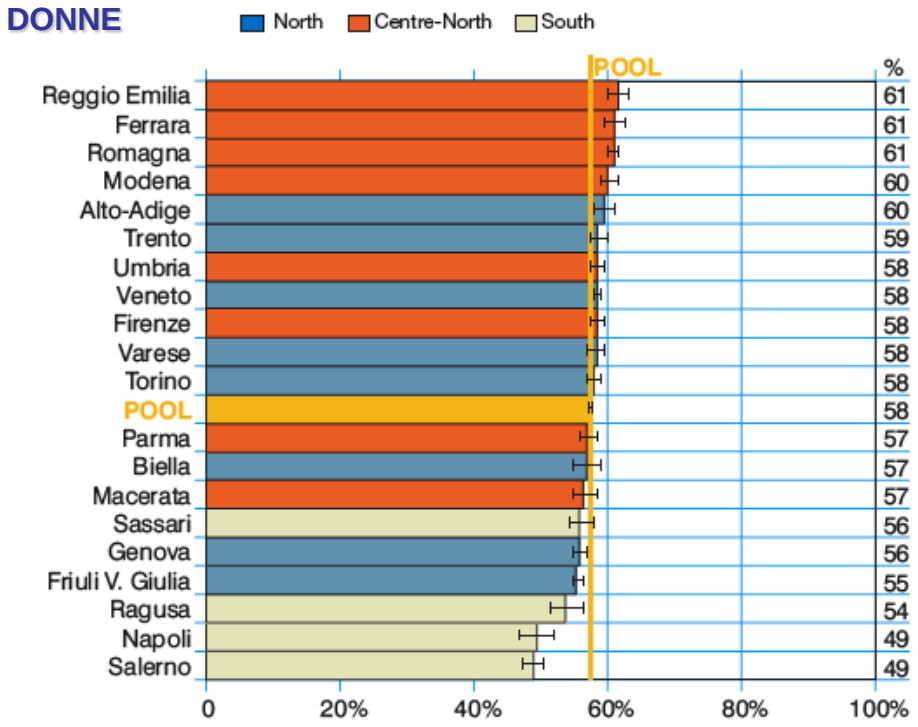
- La prevenzione e la diagnosi precoce hanno aumentato di molto la sopravvivenza per tumori femminili come quello al seno o alla cervice uterina, la cui incidenza diminuirà ulteriormente grazie al vaccino.

- Col tumore al seno o al colon si vive più a lungo in Italia che in Inghilterra, e soprattutto in Emilia Romagna, in Toscana e altre regioni dove ci sono attivi **programmi di screening**, rispetto ad altre regioni.

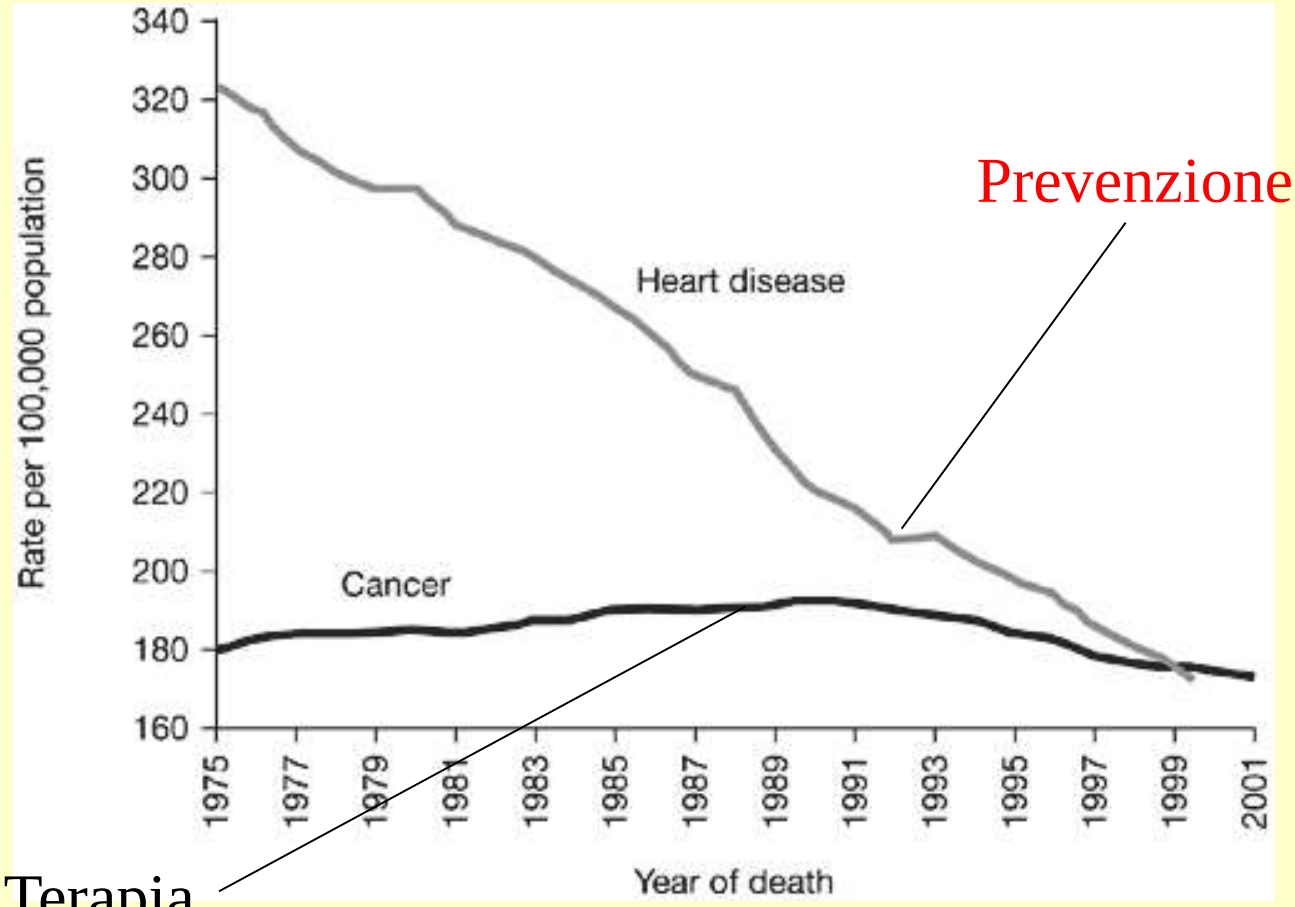
  (Una donna in Emilia ha una speranza di vita superiore alla media italiana).

La sopravvivenza dalla diagnosi di tumore non è uguale in tutta Italia: in alcune città si sopravvive più a lungo





Cura verso Prevenzione



Jemal A *et al*. (2005) Cancer statistics, 2005. *CA Cancer J Clin* **54**: 10–0

Miglior sopravvivenza con prevenzione chemioprevenzione, diagnosi precoce

Esempi di molecole ad attività o potenzialità chemiopreventiva

Molecole di sintesi

- Vitamina A
  (testa collo)
- Tamoxifen-anti ER
  (mammella)
- Inibitori Aromatasi
- Fenretinide (Vit A)
  (mammella)
- Aspirina-FANS (colon)

Molecole naturali

- Finasteride (prostata)
- Selenio (prostata)
- Vitamina E (prostata)
- Calcio (colon)
- **Flavonoidi (soia, tè)**
- **Curcumina**
- Altri antiossidanti

I “farmaci” preventivi contenuti nel cibo

a

soy beans and genistein

b

red clover and daidzein

c

Sylibum m. and silybinin

d

appies and quercetin

e

red grapes and wine, and resveratrol

f

Camelia s. and EGCG

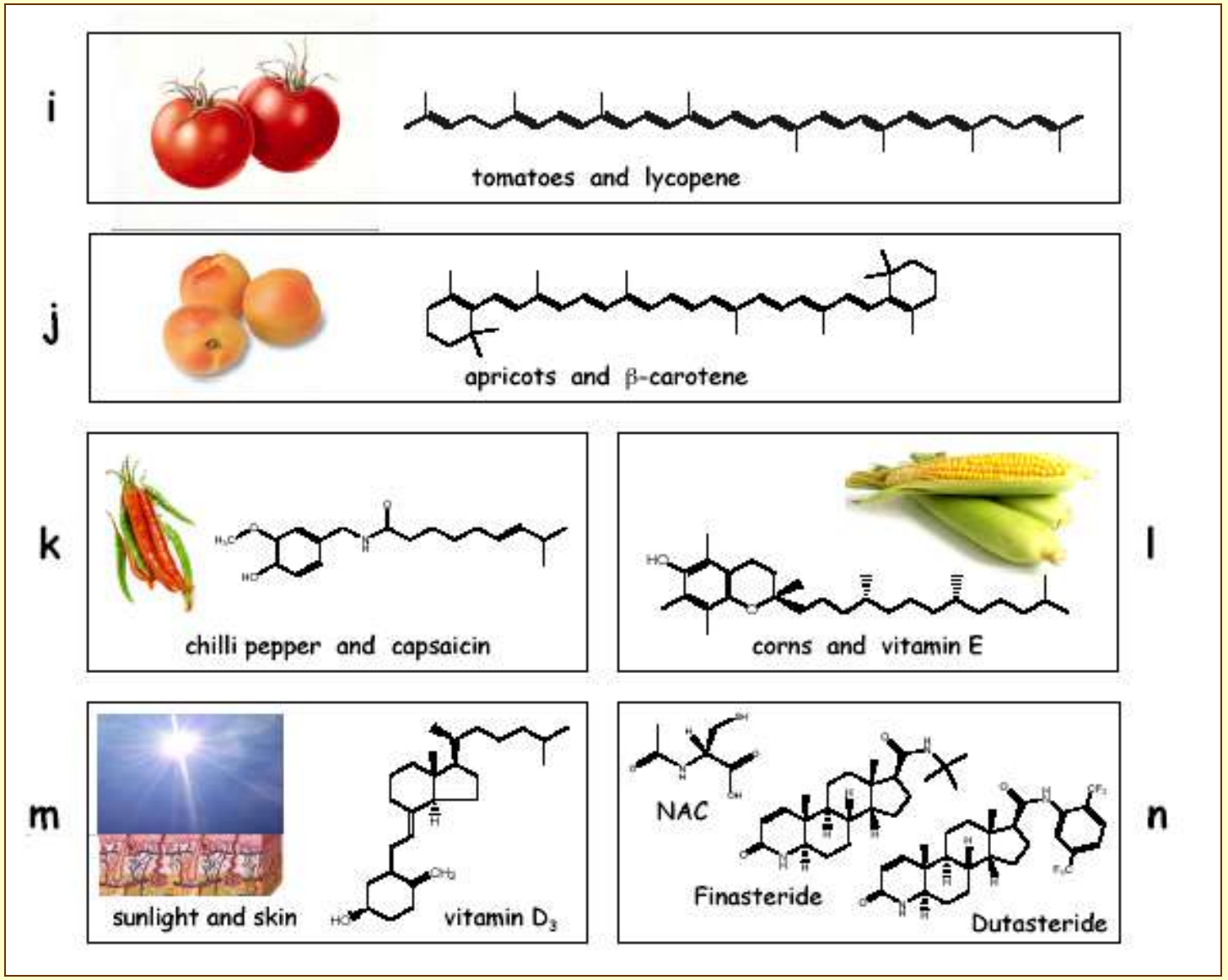
g

Curcuma l. and curcumin

h

Hypericum p. and hyperforin

I “farmaci” preventivi contenuti nel cibo

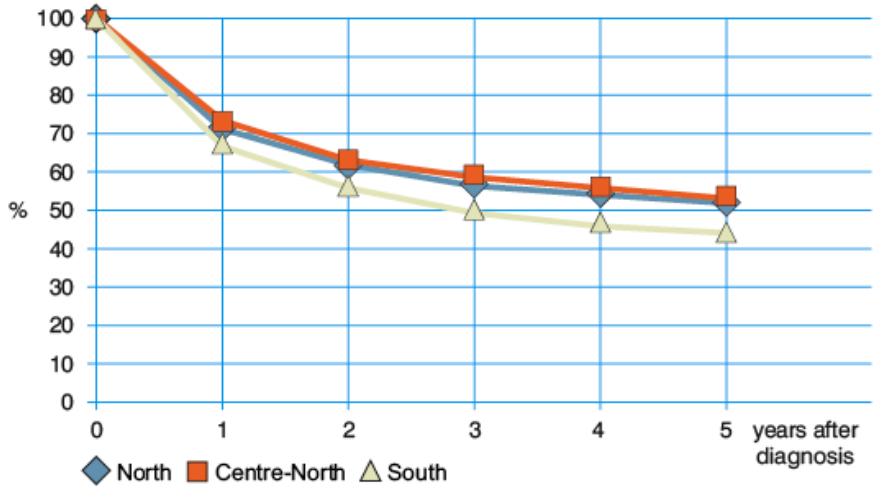


La piramide della dieta mediterranea

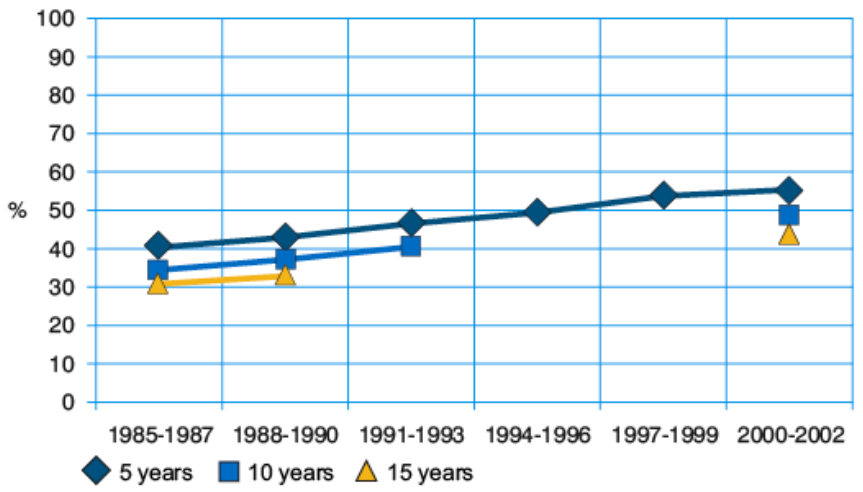
- carboidrati
- proteine
- lipidi
- vitamine
- acqua
- sali

+ composti di origine vegetale ad attività protettrice

Relative survival by Italian Areas



Trend of relative survival Pool of some Italian Registries



La sopravvivenza in %, dalla diagnosi di tumore, per le donne è superiore a quella degli uomini

(dati ottenuti dai Registri Tumori italiani)

Fasce d'età →

	15-44		45-54		55-64		65-74		75+		ALL	
	obs	*rel*	*obs*	*rel*	*obs*	*rel*	*obs*	*rel*	*obs*	*rel*	*obs*	*rel*
UOMINI	(9 825)		(16 281)		(41 470)		(70 467)		(57 646)		(195 689)	
1 year	84	84	74	74	70	71	65	67	54	59	65	67
3 years	73	73	56	56	51	53	47	51	33	44	46	52
5 years	**69**	**70**	**50**	**51**	**45**	**48**	**39**	**46**	**23**	**38**	**38**	**47**
95% CI	*(68-70)*	*(69-71)*	*(49-51)*	*(50-52)*	*(44-45)*	*(47-48)*	*(38-39)*	*(45-46)*	*(22-23)*	*(38-39)*	*(38-38)*	*(46-47)*
DONNE	(15 242)		(22 014)		(32 543)		(46 095)		(56 121)		(172 015)	
1 year	94	94	90	91	85	85	74	75	54	58	74	76
3 years	85	85	81	81	72	73	59	61	36	45	59	64
5 years	**81**	**81**	**75**	**76**	**65**	**67**	**51**	**56**	**27**	**40**	**52**	**60**
95% CI	*(80-81)*	*(80-82)*	*(75-76)*	*(75-77)*	*(65-66)*	*(67-68)*	*(51-52)*	*(55-56)*	*(26-27)*	*(39-40)*	*(51-52)*	*(60-60)*
TUTTI	(25 067)		(38 295)		(74 013)		(116 562)		(113 767)		(367 704)	
1 year	90	90	83	83	76	84	69	71	54	59	69	71
3 years	80	80	70	71	60	62	51	55	34	44	52	58
5 years	**76**	**77**	**64**	**66**	**54**	**56**	**44**	**50**	**25**	**39**	**44**	**53**
95% CI	*(76-77)*	*(76-77)*	*(64-65)*	*(65-66)*	*(53-54)*	*(56-57)*	*(44-44)*	*(50-50)*	*(25-25)*	*(39-39)*	*(44-44)*	*(53-53)*

Altri aspetti della Medicina di Genere (1)

Riconoscere ed analizzare le differenze derivanti dal genere di appartenenza sotto molteplici aspetti:

- anatomico e fisiologico;
- biologico, funzionale, psico-sociale e culturale;
- risposta alle cure farmacologiche.

Medicina di Genere (2)

- Molti studi dimostrano che il genere influisce significativamente su:

  1. La genesi della malattia
  2. La prognosi
  3. La compliance

Obiettivo finale → garantire a ciascun individuo, uomo o donna, il miglior trattamento possibile sulla base delle evidenze scientifiche.

Medicina di Genere (3)

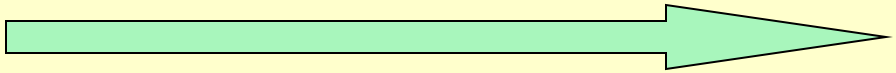
Dunque uomini e donne sono diversi, rimangono aperti ancora alcuni interrogativi :

- In che cosa? (incidenza di diverse malattie, sopravvivenza alla malattia, longevità, risposta ai farmaci, dolore, aspetti socio-economici)
- A che cosa si devono queste differenze?
- Quanto e cosa delle differenze dipende dal ruolo sociale?

Medicina di Genere (4)

- Differenze biologiche: dai due cromosomi X ai livelli ormonali alle funzioni fisiologiche legate al sesso …
  importanti, **ma** sono solo una parte del problema

- Il modo in cui uomini e donne si pongono rispetto a salute, sintomatologia, prevenzione e cura deriva anche dai **condizionamenti della società e della cultura** in cui sono cresciuti o vivono.



Condizionamenti

- Il doppio lavoro
- La propensione femminile ad occuparsi prima dei bisogni e della salute degli altri
- Un interesse per la salute femminile prevalentemente circoscritto agli aspetti riproduttivi
- La limitata partecipazione delle donne agli studi clinici sui nuovi farmaci

Le donne sono ancora svantaggiate rispetto agli uomini nella tutela della loro salute

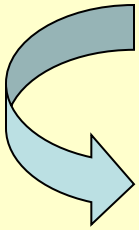
Cosa può fare la Medicina di Genere?

La Medicina di Genere non è una dottrina utopistica e ha obiettivi pratici e alla portata:

- ridurre il livello di errore nella pratica medica;
- promuovere l’appropriatezza terapeutica;
- migliorare e personalizzare le terapie;
- generare risparmi per il Servizio Sanitario Nazionale.

Genere e farmacologia (1)

Le donne sono le principali consumatrici di farmaci, ne prendono in media circa il 40% in più rispetto agli uomini, soprattutto nella fascia di età compresa tra i 15 ed i 54 anni.



Eppure la maggior parte delle molecole non è stata ancora sperimentata sulla popolazione femminile

Genere e farmacologia (2)

Le donne vengono arruolate in percentuali inferiori nei trials clinici, soprattutto quando sono in età fertile: se durante il trial la donna rimanesse incinta, si metterebbe a rischio il feto

Ciò però comporta il rischio che alcune terapie siano meno efficaci sul genere femminile:

servono dati scientifici, bisogna imporre anche il genere tra le variabili cliniche da tenere in considerazione

Genere e farmacologia (3)

- Epidemiologia recente: le malattie non hanno soltanto diversa incidenza, hanno anche diverso decorso tra uomini e donne.

- Le differenze biologiche legate al genere hanno un ruolo cruciale in alcune patologie, come quelle cardiovascolari ad esempio.

Genere e farmacologia … alcuni dati (4)

- Ad es. nel Disturbo Depressivo, le donne sembrano rispondere meglio agli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI), mentre gli uomini trarrebbero maggiori benefici dagli antidepressivi triciclici (TCA).

  (D.M. Sloan, S.G. Kornstein, 2003)

- Nelle donne, la stessa dose di betabloccanti come il propranololo e il metoprololo sembra raggiungere una concentrazione nel plasma più elevata e quindi produrre un maggior effetto antiipertensivo.

- Anche i calcio-antagonisti sembrano più efficaci nelle donne nel ridurre la pressione arteriosa, ma senza produrre effetti sulla diminuzione del rischio cardiovascolare complessivo.

Genere e farmacologia … alcuni dati (5)

- L’assunzione periodica di acido acetilsalicilico è un’arma importante nella riduzione del rischio cardiovascolare.

- I vantaggi dell’Aspirina per la prevenzione primaria, in persone che non hanno mai avuto eventi cardiovascolari, **non sono però simili per gli uomini e nelle donne**.

- Basse dosi di aspirina nelle donne, infatti, riducono del 24% il rischio di ictus ischemico e del 17% il rischio di ictus in generale, ma sono **inefficaci nel prevenire l'infarto o una morte** per cause cardiovascolari come invece avviene nell'uomo.

(National Institutes of Health, *Women's Health Study*, 1991 in www.nhlbi.nih.gov.)

Giornata Internazionale contro la Violenza sulle Donne

- **Da lunedì 25 a sabato 30 novembre**, in occasione della **Giornata Internazionale contro la Violenza sulle Donne**, per **una settimana si tengono eventi** dedicati al tema della violenza sulle donne (dagli approfondimenti di tipo sociale agli appuntamenti a carattere culturale). Parliamo anche di salute e medicina

La violenza alle donne che cos'è

- E' una violenza di genere (dove il più delle volte le donne sono le vittime e i responsabili sono gli uomini)
- E' una violazione dei diritti umani
- E' presente in tutti i paesi del mondo, secondo dati del WHO (OMS)

La violenza contro le donne ha molte forme.....

La violenza domestica all'interno della coppia

- Violenza fisica
- Violenza sessuale
- Violenza psicologica
- Violenza economica

Il bersaglio è la donna (compagna, moglie, convivente …) e si estende a tutto il nucleo familiare provocando angosce, paure, traumi anche permanenti .

- **Violenza fisica**: schiaffi, pugni, spinte, bruciature, ossa e denti rotti…contro la donna, il suo corpo, i figli, gli animali domestici, gli oggetti cari…
- **Violenza psicologica**: continue critiche, umiliazioni, insulti davanti ai figli, agli amici, ai colleghi. Controllo e minacce continue.
- **Violenza sessuale:**la donna è obbligata ad avere rapporti anche contro la sua volontà, anche con altre persone in presenza del partner. Ogni rifiuto provoca critiche,colpevolizzazione, violenza.
- **Violenza economica**: il partner controlla e ostacola l'indipendenza della donna, si appropria e gestisce i soldi, così la donna deve chiedere a lui per ogni esigenza.

La violenza domestica ha come bersaglio principale la donna

- è tanto più grave perché si sviluppa all'interno di rapporti affettivi e provoca un danno grave nella dimensione della fiducia, sia verso se stessi che verso gli altri

PERCENTUALE ATTI DI VIOLENZA SESSUALE DI UN PARTNER INTIMO
PIUTTOSTO CHE NON INTIMO

Ratio of intimate partner violence to non-intimate partner sexual violence by WHO region

Africa	3.1
Americas	2.8
Europe	4.9
South-East Asia	7.7
Western Pacific	3.6

IL RISCHIO E’ IN CASA

L'autore è nel **48%** dei casi il **marito**, nel **12%** il convivente nel **23%** l'ex; si tratta poi di un **uomo tra i 35 e i 54 anni** nel **61%** dei casi, di un **impiegato** nel **21%,** e di una **persona istruita** (il **46%** ha la **licenza media superiore** e il **19% la laurea**). Il persecutore non fa poi in genere uso di alcol e di droghe (63%).
Anche il profilo della donna-vittima descrive una persona piuttosto normale: una donna di **età compresa fra i 35 e 54 anni**, con la **licenza media superiore nel 53%** e la **laurea nel 22%.**

I costi della violenza sulla donna

16,719 miliardi di euro spesi ogni anno, **2,377** sono costi diretti:

Costi Sanitari	**460,4 mln,**
Consulenza Psicologica	**158,7 mln**
Farmaci	**44,5 mln**
Ordine Pubblico	**235,7 mln**
Giudiziari	**421,3 mln**
Spese legali	**289,9 mln**
Costi dei Servizi Sociali dei Comuni	**154,6 mln**
Centri Antiviolenza	**8 mln**

di Giovanni Filocamo - Medico di medicina generale, Milano - Responsabile Dipartimento Neuroscienze AIMEF
e Carmen Mellado - Primario Psichiatra A.O. "Luigi Sacco" - Milano

Violenza domestica: un problema di salute pubblica

Per poter dare un'adeguata risposta nella gestione di tale fenomeno è necessario il contributo della Medicina di Famiglia, chiamata dal suo ruolo e dalle sue competenze a diffondere una cultura su queste tematiche

Negli ultimi anni il problema della violenza domestica, perpetrata sulle donne e sui minori, è emersa in tutta la sua drammaticità tanto da essere inquadrata come problema di salute pubblica da parte di importanti organismi internazionali.
Secondo l'OMS la violenza commessa in ambito familiare da parte di un partner o di un ex partner rappresenta l'evento più frequente, che supera addirittura il 90% dei casi in corso di gravidanza.
In Italia esistono pochi dati sulla violenza in generale e praticamente quasi nulla su violenza e gravidanza. La principale fonte ufficiale di informazioni è rappresentata dall'indagine multiscopo sulla "*Sicurezza dei cittadini*", condotta dall'Istat per la prima volta nel 1998 e aggiornata nel 2002 (il documento finale è stato pubblicato nel 2004), i cui dati ci mostrano su 22.759 donne intervistate telefonicamente, un'incidenza del 2.9% di violenza tentata o consumata. Inoltre, l'autore di tale violenza risulta essere nel 93.5% dei casi un conoscente.
Per quanto concerne i minori è ancora più difficile riuscire ad avere la dimensione del fenomeno degli abusi. Dai dati emergenti dalle fonti giudiziarie, relativi cioè al numero delle denunce, risulta che nel 2000 sono stati denunciati 698 casi di abusi in minori di 17 anni, mentre si stima, da dati proiettivi, un numero di almeno 300 mila casi l'anno.
Il fenomeno della violenza domestica in realtà non emerge nella sua interezza. La violenza subita soprattutto tra "le pareti di casa" continua a rappresentare spesso un tabù per la società moderna che si riflette sull'atteggiamento di silenzio e spesso di rimozione attuate dalle vittime.
Meno del 15% delle donne che ha subito violenza o abuso richiede assistenza sanitaria professionale. Molti studi indicano che le donne discuterebbero dei fenomeni d'abuso con un operatore sanitario, se lo chiedesse loro direttamente. A ciò fa da contraltare il fatto che tra il numero di donne che cercano cure mediche per cause traumatiche, gli operatori sanitari diagnosticano correttamente solo un caso di violenza ogni 35 pazienti.
Mancano adeguati strumenti e conoscenze da parte degli operatori sanitari, medici compresi, per fare emergere il sommerso e decodificare le richieste d'aiuto non francamente palesate.

La definizione dell'ONU e i dati dell'OMS

Nel 1993 l'ONU ha definito la violenza contro le donne come "*ogni atto che provochi o possa provocare un danno fisico, sessuale, psicologico o ingeneri sofferenza in una donna, compresa la minaccia di tali atti, la coercizione e l'arbitraria privazione della libertà, tanto nella vita pubblica che in quella privata*". Nel 1996 l'OMS ha deciso di adottare definitivamente questa definizione.
Secondo i dati diffusi dall'OMS una donna su tre subisce percosse o abusi sessuali nel corso della propria vita e una su quattro è vittima di una forma di violenza durante la gravidanza.
La violenza interpersonale risulta essere la decima causa di morte per le donne di età compresa tra i 14 e i 44 anni (dati del 1996).

Un problema di formazione e di ruolo

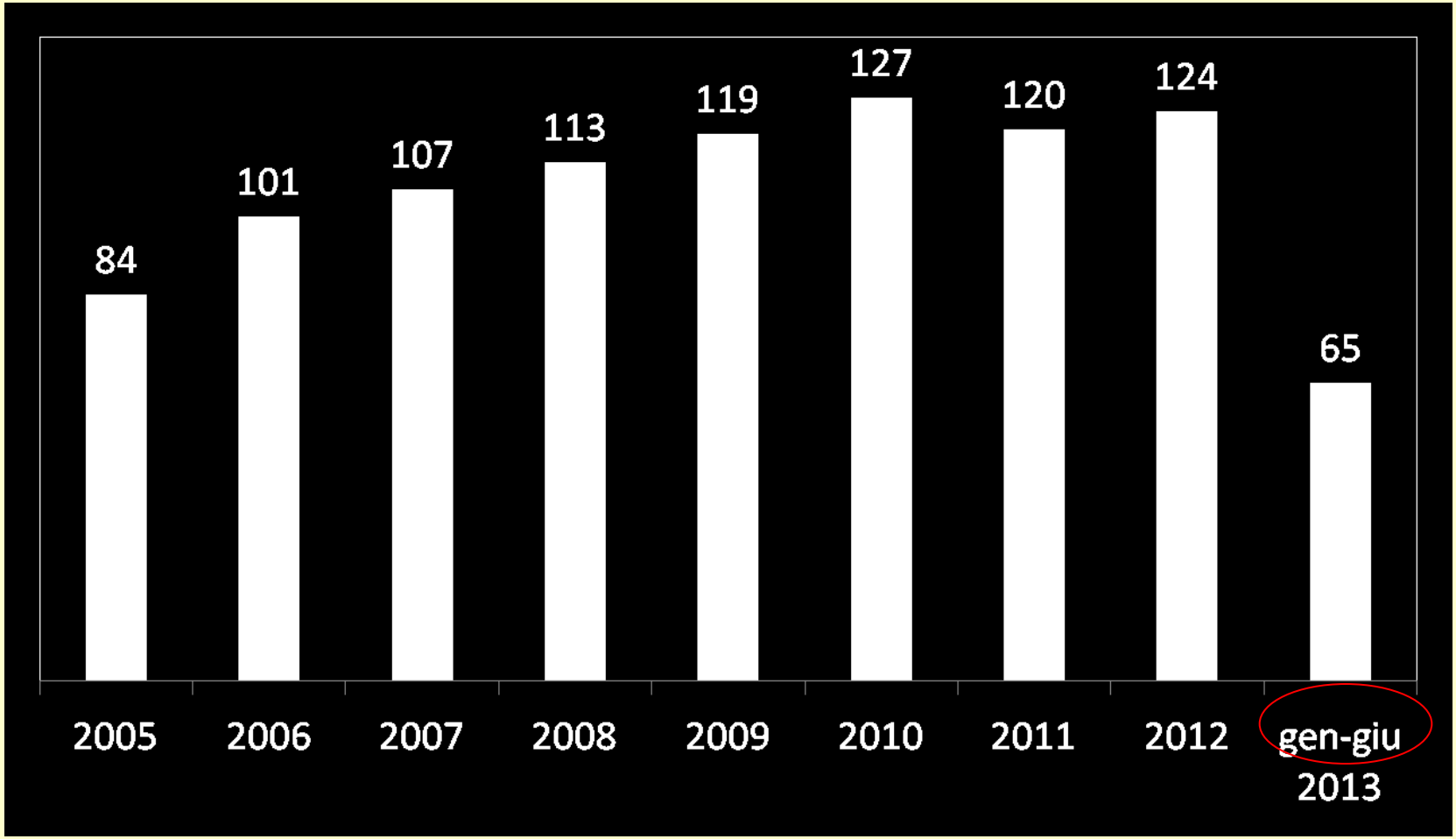
Molte sono le interferenze sociali e culturali che anche nel nostro Paese ostacolano la messa a fuoco di questo fenomeno, che per essere gestito comunque ha bisogno di un approccio multidisciplinare.
Il comportamento violento origina da molte fonti e va ricercato valutando il contesto biopsicosociale. Gli aspetti biologici possono contribuire a spiegare parzialmente la genesi della violenza che può originare sia da una malattia mentale sia dal contesto familiare.
La violenza in famiglia attraversa tutte le linee socio economiche e può colpire chiunque indipendentemente da età od orientamento culturale.
Ma nonostante le barriere frapposte alla diagnosi e al trattamento di vittime della violenza domestica, i medici di famiglia hanno una posizione ideale per affrontare questa sfida. I Mmg, proprio per le abilità intrinseche alla loro disciplina sono i candidati più idonei a identificare i pazienti a rischio: sono addestrati a valutare la famiglia nel suo complesso e l'individuo nel suo ambiente sociale.
Grazie alla continuità assistenziale, tipica della medicina di famiglia, si può guadagnare col tempo la fiducia della paziente e ci si può proporre come ascoltatori comprensivi. I Mmg possono offrire un intervento per interrompere il ciclo della violenza, inserendo nella propria routine domande specifiche che hanno la finalità di identificare l'abuso. Possono aiutare, informando

Gli ultimi dati (OMS) ci dicono che …

- il 35% delle donne nel mondo è vittima di violenza fisica e/o sessuale da parte del partner o di sconosciuti;
- il 38% dei femminicidi avviene dentro le mura di casa;
- le principali conseguenze degli abusi si ripercuotono sulla salute mentale e sessuale, sulle capacità riproduttive e nel rischio di morte e lesioni.

Per fornire un'assistenza adeguata alle vittime, l'OMS ha recentemente pubblicato le nuove **Linee Guida cliniche e politiche**, che evidenziano la necessità di formare in maniera più specifica gli operatori sanitari.

FEMINICIDIO IN ITALIA



Alessandra Bramante, 2013

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia
Arcispedale S. Maria Nuova

Istituto di tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

DIPARTIMENTO
INFRASTRUTTURA
RICERCA E STATISTICA

GRAND ROUNDS IN PSICOLOGIA... n. 10 2013

LA PERSONA AL CENTRO DELLA CURA

RESPONSABILE: DR.SSA GIULIA RUBINI, DR.SSA LAURA TORRICELLI

MEDICINA E VIOLENZA DI GENERE: UN LEGAME DA RENDERE FLUIDO E VISIBILE

DATE	SPEAKER	DISCUSSANT
November, 30	*SALUTO AUTORITÀ* **Ilena Malavasi** *Assessore Provinciale all'Istruzione: Scuola, Università e Ricerca. Formazione Professionale* **L'ESPERIENZA DELL'OSSERVATORIO NAZIONALE SALUTE DONNA E LA CREAZIONE DELL'OSSERVATORIO SALUTE DONNA AL S. MARIA** **Adriana Albini** *Direttore Dipartimento Infrastruttura Ricerca e Statistica, ASMN-IRCCS* *Presidente CTS O.N.Da* **IL PROFESSIONISTA SANITARIO DI FRONTE ALLA VIOLENZA DI GENERE: POSSIBILI RUOLI E APPROCCI** **Maria Teresa Villani** *Dirigente Medico Ostetricia e Ginecologia, ASMN-IRCCS* **DONNE CHE SUBISCONO VIOLENZA: LA REALTÀ LOCALE, LE RICHIESTE DI AIUTO E LA NECESSITÀ DI SAPER LEGGERE TRA LE RIGHE** **Alessandra Campani** *Responsabile Area Formazione Associazione Nondasola* **DONNE ACCOLTE AL PRONTO SOCCORSO: VIOLENZA SESSUALE, VIOLENZA NELLE RELAZIONI DI INTIMITÀ** **Anna Maria Ferrari** *Direttore Dipartimento Emergenza-Urgenza, ASMN-IRCCS* **Monica Orboni** *Infermiera Pronto Soccorso, ASMN-IRCCS*	**Natalia Maramotti** *Assessore Pari Opportunità Comune di Reggio Emilia* **Rosalba Palermo** *Operatrice Associazione Nondasola*

PROSSIMI APPUNTAMENTI

January, 21	**LE 4 P DELLA MEDICINA CONTEMPORANEA: PREVENTION, PERSONALIZATION, PREDICTION AND PARTICIPATION**

Iscrizione: compilare la scheda on line sul sito internet / intranet

Sede: Sala del Planisfero, Biblioteca Panizzi, Via Farini, 3 - Reggio Emilia ***Orario:*** 15.00-18.00

Crediti ECM: sono stati richiesti crediti ECM per operatori dell'ASMN-IRCCS e AUSL di Reggio Emilia

Segreteria Organizzativa: Giulia Rubini - rubini.giulia@asmn.re.it - Tel. 0522 296078
Torricelli Laura - torricelli.laura@asmn.re.it

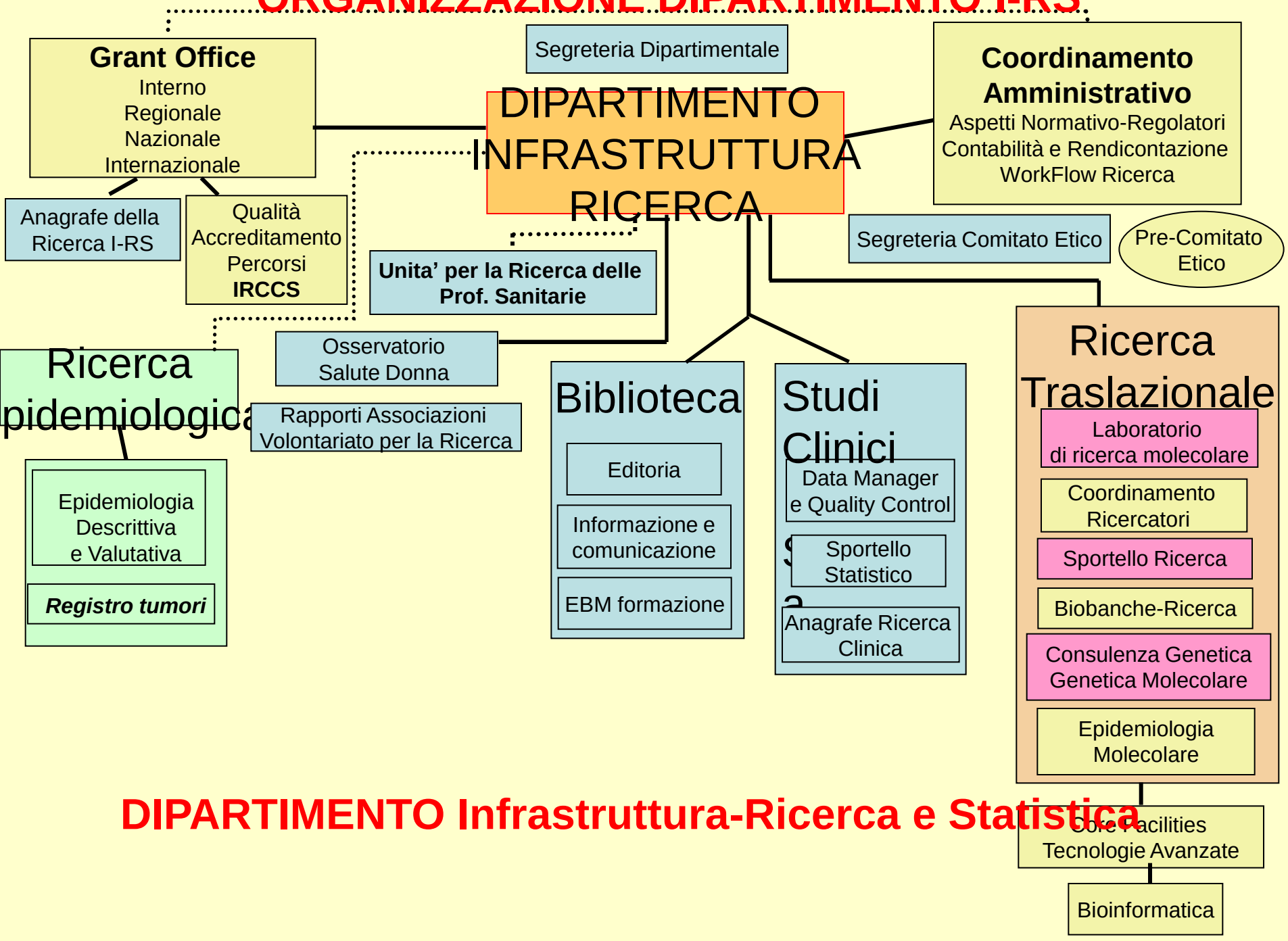
DIRETTORE
DOTT.SSA ADRIANA ALBINI

RESPONSABILE SCIENTIFICO
DOTT.SSA GIULIA RUBINI
DOTT.SSA LAURA TORRICELLI

www.asmn.re.it
Tel. 0522 296979

RESPONSABILE ORGANIZZATIVO
DOTT.SSA MARTINA INORETTI

ORGANIZZAZIONE DIPARTIMENTO I-RS



DIPARTIMENTO Infrastruttura-Ricerca e Statistica

L'Osservatorio Salute Donna in ASMN IRCCS di R.E.

Diventa oggi quanto mai imprescindibile passare **dalle esperienze alle evidenze scientifiche**.

→ In questo processo può essere utile anche l'istituzione di organismi come **l'Osservatorio Salute Donna**, che abbiamo costruito all'interno del Dipartimento Infrastruttura Ricerca e Statistica.

Spazio Sito Internet:

OSSERVATORIO SALUTE DONNA (O.S.D.) RE

"Valorizzare, promuovere, sostenere, educare, conoscere, ricercare, informare"

L'identità di O.S.D.

Da cosa nasce (…)

Gli Obiettivi

Progetti e Ricerche (…)

"Women and Science"

Area Bio-Medica

Area Psico-Sociale

Mission

Di cosa ci occupiamo

Quali gli ambiti di interesse:

- Oncologia / Ginecologia
- Breast Unit
- Reumatologia
- Cardio-vascolare
- Diabete e metabolica
- Neurologia /neuropsicologia (SM; Alzheimer …)
- Patologie legate all'invecchiamento
- Psicologica
- Riabilitazione
- Alimentazione
- Materno infantile
- Medicina e Violenza di Genere (il danno fisico, stalking)
- Donna immigrata
- Carriere Femminili

Le Azioni

- Migliorare la qualità di vita delle donne
- Indagare il campo della Medicina ("***gender focused***"
- Promuovere strategie volte al ben salute psico-fisica
- Promuovere Formazione - Comun Informazione – Consapevolezza
- Promuovere una maggiore Equità nel campo della salute, rispetto ai generi
- Implementare strategie volte all'ascolto e alla valorizzazione del ruolo della donna
- Potenziare la rete di collaborazione

- Progetto LIC Donna: luogo di incontro e condivisione donna
- Laboratori creativi e del saper fare
- Evento Donne e Poteri: Comune di RE
- Evento Medicina e Violenza di Genere

edicati

AUSL:

na – salute

co/psicologico

- Incontri di sensibilizzazione

Intra ASMN / AUSL:

"Appuntamenti donna – salute benessere e cultura"

-Formazione scientifico/psicologico

- Convegni

Servizi On-Line

- corsi gratuiti, seminari, convegni in modalità videoconferenza
- accesso alla newsletter informativa
- accesso ai materiali informativi disponibili
- formazioni e-learning per operatori sanitari sulla medicina di genere
- consultazione dei materiali scientifici raccolti nella sezione biblioteca medica
- sezione dedicata per la consultazione medica

Comunicazione-Informazione

- News
- Recensioni
- Rassegna Stampa

O.S.D. con chi

°Partners (..)

°Istituzioni

o Gruppo di Lavoro

ASMN AUSL Territorio

L’Osservatorio Salute Donna dell’Infrastruttura Ricerca RE (2)

Obiettivi:

1. affinare e consolidare progressivamente lo spettro di indagine;

2. dedicare analisi e percorsi specifici sul tema della promozione della salute di genere e della personalizzazione della cura;

3. promuovere attività di sensibilizzazione, formazione ed aggiornamento attraverso una visione a 360° sulle tematiche inerenti le patologie femminili in rapporto alla scienza e società e al dialogo con i cittadini, i ricercatori e altri professionisti del mondo scientifico, sanitario, socio-educativo e culturale.

Donne, scienza e professione

- Un dato di fatto: persiste la difficoltà per le donne di raggiungere posizioni di rilievo nel mondo della ricerca e dell'innovazione.

Soprattutto in Italia

- Non è una questione marginale, ma uno dei nodi centrali nell'ambito delle politiche della ricerca del lavoro, della formazione e della salute.

Donne, scienza e professione (2)

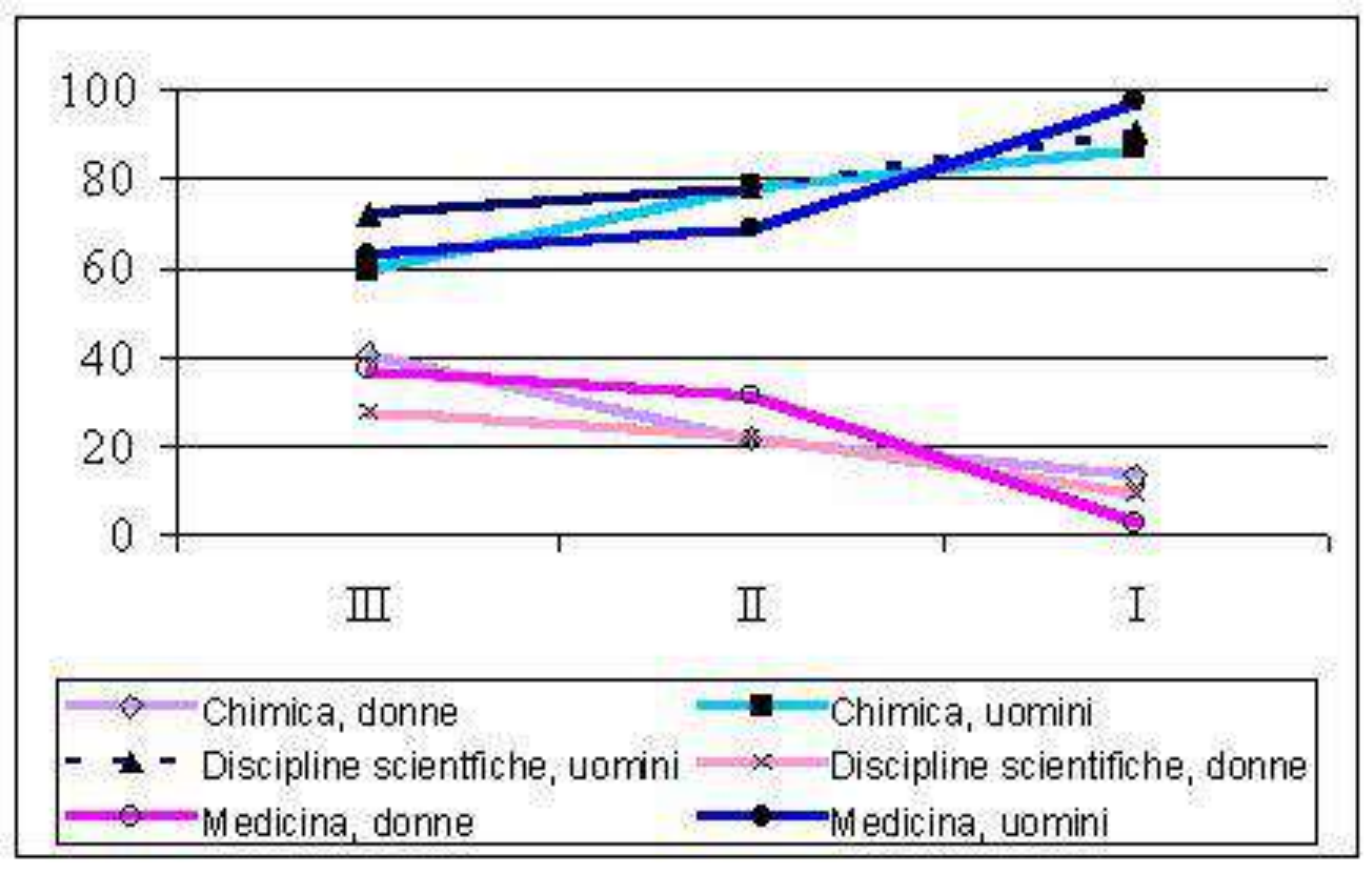
Uomini e donne:

- hanno la stessa educazione scolastica;
- gli iscritti alle facoltà scientifiche sono ormai in numero pari maschi e femmine;
- l'intelligenza, l'intuizione, la capacità di lavorare duramente e di sostenere uno sforzo intellettuale con alta concentrazione sono uguali in entrambi i sessi.

… allora perché poche donne arrivano al vertice?

Progressione di Carriera in scienze e medicina

The neutrality in science: a very hard taboo



Rossella Palomba: Laboratory investigations: Minerva's daughters

Donne, scienza e professione (3)

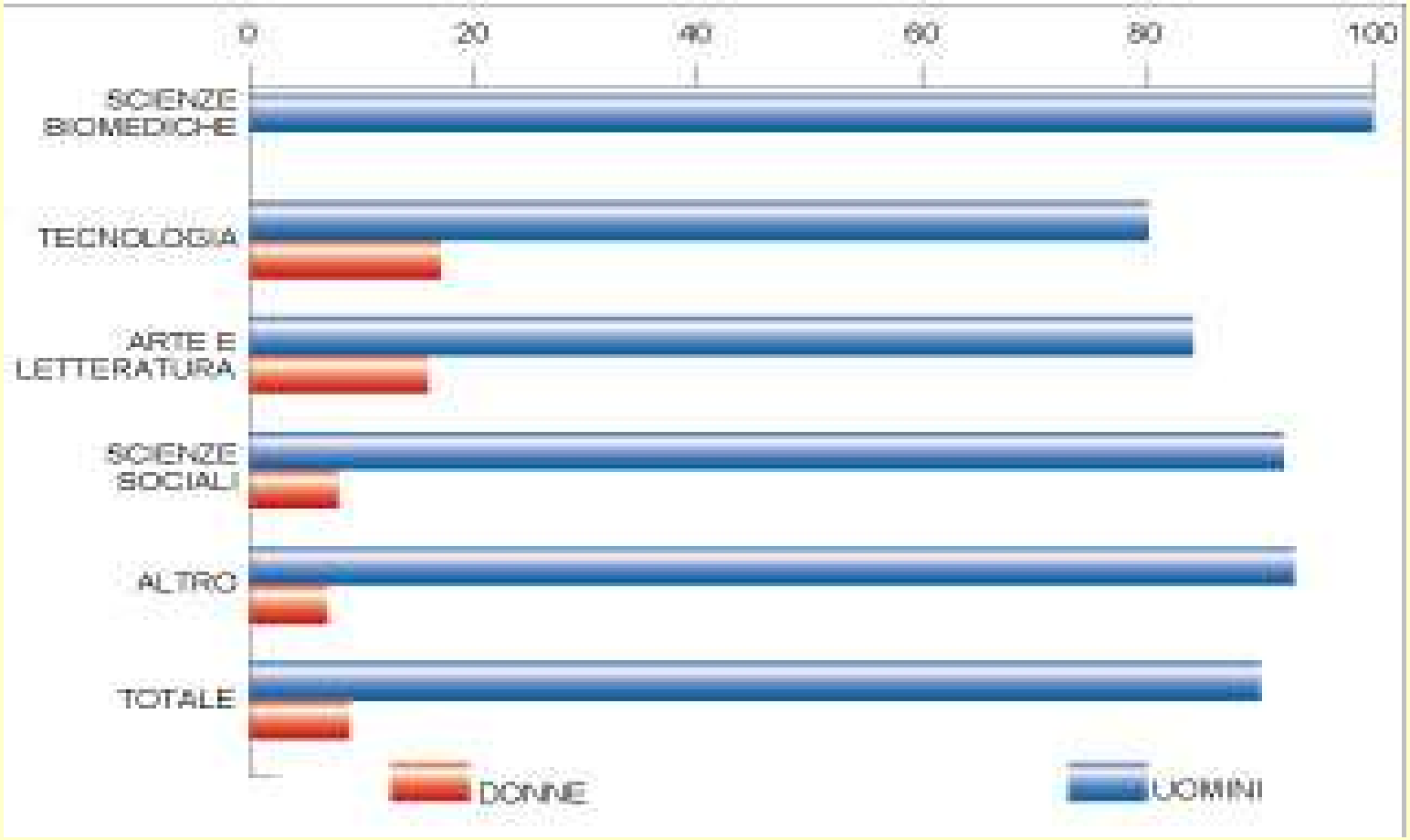
- Le donne sono oggi soltanto il 33% dei ricercatori europei, il 20% dei professori ordinari e il 15,5% dei direttori delle istituzioni nel settore dell'istruzione superiore.

- Da notare che la percentuale degli ordinari donne europee è cresciuta di solo 5 punti (dal 15 al 20%) in otto anni (dal 2002 al 2010).

- L'Italia è leggermente sopra la media europea per la percentuale di ricercatrici (34%). In numero assoluto le ricercatrici sono 50,525, contro 98,789 ricercatori uomini.

(Rapporto UE She Figure 2012)

Presidi di facoltà
o
Direttori Dipartimento
Secondo il genere



Donne, scienza e professione (4)

Buone notizie:

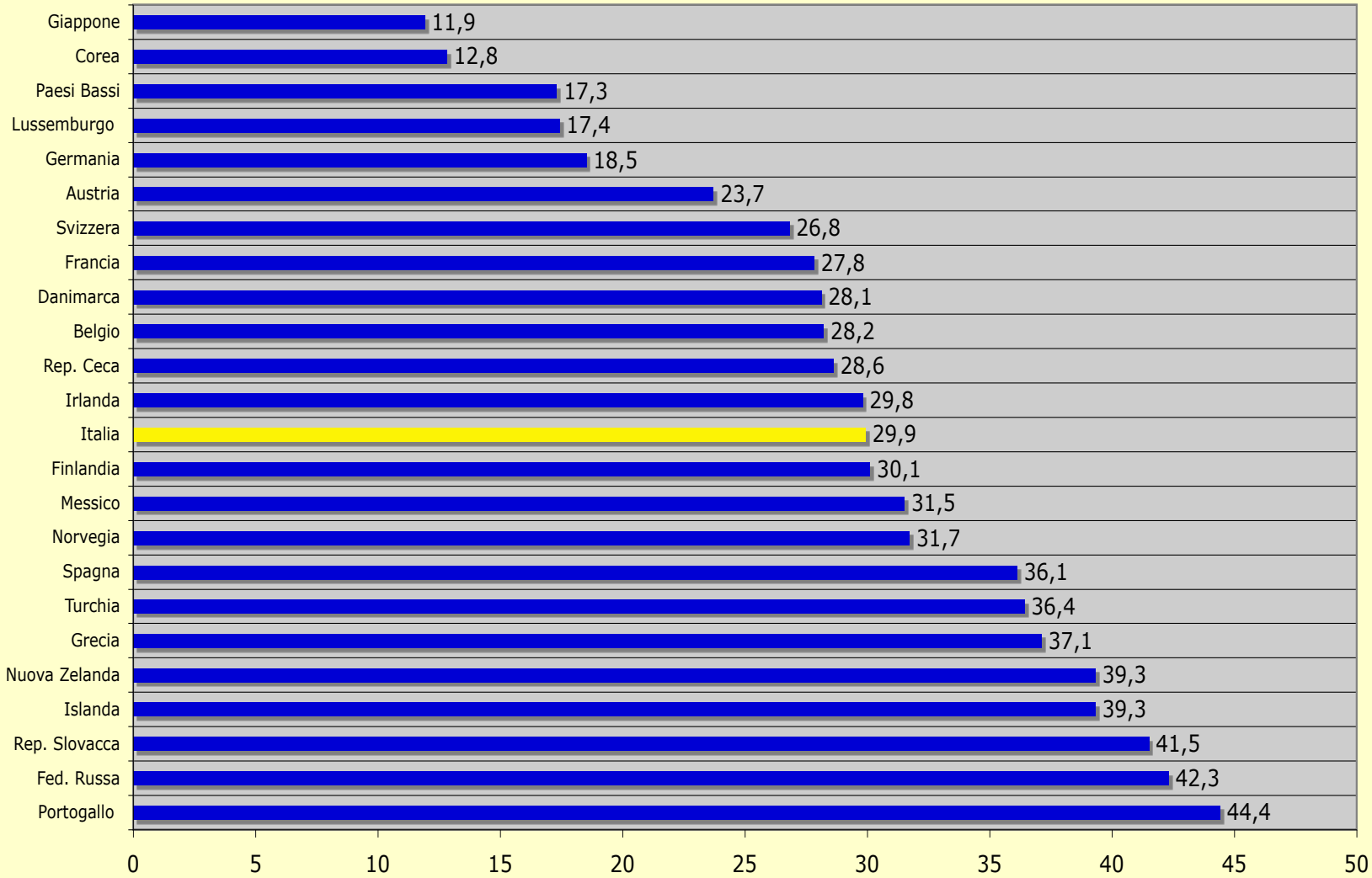
- In Europa il numero medio di donne ricercatrici è aumentato a un ritmo del 5,5% contro una crescita media maschile del 3,3%.

- In Italia i tassi sono ancora più elevati e la differenza tra donne e uomini più sostenuta (7,1% le prime e 3,5% per i secondi).

- La nostra percentuale di professori ordinari donne è in linea con la media europea: 20%.

→ Nelle scienze mediche però questa crolla ulteriormente al 12,2%

I paesi con la maggior presenza di ricercatrici donne



Careers and Recruitment, Nat Biotechn, 2011, Vol 29, n. 3

CAREERS AND RECRUITMENT

A mentoring program for women scientists meets a pressing need

Masha Fridkis-Hareli

An innovative program supports the career development of women scientists in academia and industry.

NATURE BIOTECHNOLOGY VOLUME 29 NUMBER 3 MARCH 2011

Wanted: Women in research; Nat Neurosc. 2010, Vol 13, n. 3

EDITORIAL

nature neuroscience

Wanted: women in research

Women are still underrepresented in senior academic positions in science. A fundamental restructuring of the way scientists are evaluated is essential to remedy this disparity.

NATURE NEUROSCIENCE VOLUME 13 | NUMBER 3 | MARCH 2010

Women scientists must speak out: Nature 2010, Vol. 468

WORLD VIEW *A personal take on events*

R. P. GRANT

Women scientists must speak out

Female researchers still battle sexism. The media gives them an opportunity to be heard alongside male colleagues, says **Jennifer Rohn**.

9 DECEMBER 2010 | VOL 468 | NATURE | 733

Career Development for Women Scientists in Asia: Neuron 2011, Vol 70

Neuron
NeuroView

Cell PRESS

Career Development for Women Scientists in Asia

Nancy Y. Ip[1,*]
[1]Division of Life Science, The Hong Kong University of Science and Technology, Clear Water Bay, Hong Kong, China
*Correspondence: boip@ust.hk
DOI 10.1016/j.neuron.2011.06.008

Neuron *70*, June 23, 2011 ©2011 Elsevier Inc.

Science faculty's subtle gender biases favor male students

Corinne A. Moss-Racusin[a,b], John F. Dovidio[b], Victoria L. Brescoll[c], Mark J. Graham[a,d], and Jo Handelsman[a,1]

[a]Department of Molecular, Cellular and Developmental Biology, [b]Department of Psychology, [c]School of Management, and [d]Department of Psychiatry, Yale University, New Haven, CT 06520

Despite efforts to recruit and retain more women, a stark gender disparity persists within academic science. Abundant research has demonstrated gender bias in many demographic groups, but has yet to experimentally investigate whether science faculty exhibit a bias against female students that could contribute to the gender disparity in academic science. In a randomized double-blind study (n = 127), science faculty from research-intensive universities rated the application materials of a student—who was randomly assigned either a male or female name—for a laboratory manager position. Faculty participants rated the male applicant as significantly more competent and hireable than the (identical) female applicant. These participants also selected a higher starting salary and offered more career mentoring to the male applicant. The gender of the faculty participants did not affect responses, such that female and male faculty were equally likely to exhibit bias against the female student. Mediation analyses indicated that the female student was less likely to be hired because she was viewed as less competent. We also assessed faculty participants' preexisting subtle bias against women using a standard instrument and found that preexisting subtle bias against women played a moderating role, such that subtle bias against women was associated with less support for the female student, but was unrelated to reactions to the male student. These results suggest that interventions addressing faculty gender bias might advance the goal of increasing the participation of women in science.

www.pnas.org/cgi/doi/10.1073/pnas.1211286109 PNAS Early Edition

Allora perché le scienziate sono poche? (2)

- In Italia oltre un quarto delle donne occupate (il 27,1%) abbandona il lavoro dopo l'arrivo del primo figlio.

- **Succede anche negli altri paesi europei.** L'occupazione delle mamme diminuisce nei primi tre anni di vita del bambino e poi gradualmente aumenta: **le donne tornano al lavoro** quando il bambino diventa più grande.

- **In Italia invece l'abbandono del lavoro è molto spesso definitivo.**

Come miglioriamo la situazione?

- Bisogna lavorare sul versante dei servizi alla persona, per non costringere le donne ad abbandonare il lavoro se non vogliono farlo
- Serve un salto culturale che ribalti la convinzione che il lavoro di cura della famiglia sia di competenza della sola donna
- Serve formazione per la promozione delle carriere femminili
- Serve un'attività continua di sensibilizzazione della pubblica opinione perché questi in fondo …

… non sono affari solo da donne!

N°	Rank	Academic	H-index	Nation	Area	Italian_Institution	note
1	6	Angela Barbaro-Galtieri	128	USA	physics		top female AND top physicist
2	17	Silvia Franceschi	107	Italy/France	epidemiology - medicine	Torino	top female
3	25	Elisabetta Dejana	95	Italy	cancer - mol cell biology	IFOM e Milano	
4	26	Silvia G Priori	94	USA/Italy	cardiology - medicine	IRCSS Maugeri e Pavia	Verified Google Scholar MyCitations
5	27	Daniela Bortoletto	93	USA	physics		
6	38	Eva Negri	82	Italy	epidemiology - cancer	Mario Negri	
7	41	giulia manca	79	Italy/UK	physics	Cagliari	Verified Google Scholar MyCitations
8	48	Anna Di Ciaccio	72	Italy	physics	Roma 2	Verified Google Scholar MyCitations
9	50	Adriana Albini	70	Italy	cancer - medicine	MultiMedica Castellanza IRCSS	
10	50	Annamaria Colao	70	Italy	endocrinology - medicine	Napoli	Garante per la Ricerca 2012
11	53	Luigina Romani	67	Italy	microbiology - medicine	Perugia	Verified Google Scholar MyCitations
12	53	Maria Roncarolo	67	Italy	immunology - medicine	San Raffaele	
13	53	Roberta Sessoli	67	Italy	chemistry	Firenze	ISI
14	54	Eleonora Luppi	66	Italy	physics	INFN e Ferrara	ISI Verified Google Scholar MyCitations
15	54	Paola Ricciardi Castagnoli	66	Singapore	immunology - medicine		Verified Google Scholar MyCitations
16	56	Cristiana Peroni	64	Italy	physics	Torino	ISI
17	56	Cristina Bottino	64	Italy	immunology - medicine	Gaslini GE e Genova	
18	56	Federica Sallusto	64	Switzerland	immunology - medicine		
19	57	Paola Allavena	63	Italy	immunology - medicine	Humanitas	
20	58	Elena Pian	62	Italy	astrophysics	INAF Bologna e Normale Pisa	
21	58	Laura Fratiglioni	62	Sweden	epidemiology - medicine		
22	58	Laura Maraschi	62	Italy	astrophysics	INAF Brera	
23	58	Maria Roberta Monge	62	Italy	physics	Genova e Catanzaro	
24	58	Paola Bonfante	62	Italy	plant biology	Torino	Verified Google Scholar MyCitations

Elenco Relatori

Segreteria Scientifica

Ecm

Sede Convegno

Modalita' di Iscrizione

Segreteria Organizzativa

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia
Arcispedale S. Maria Nuova

Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

O.N.Da
Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna

organizzano il

CONVEGNO

"Women of Impact"

Donne di impatto: le 20 scienziate italiane più citate nel mondo

Maggio 2014

Con il Patrocinio di

Bozza Programma

BOZZA PROGRAMMA

PROGRAMMA

MAGGIO 2014

ore 14.00

SALUTO DELLE AUTORITÀ

Prima sessione: ore 14:15
Moderatore
NOME

SILVIA FRANCESCHI - *University of Lyon 1, France*
ANGELA BARBARO-GALTIERI - *Università La Sapienza, Roma*
SILVIA G. PRIORI - *Università, Pavia*
DANIELA BORTOLETTO - *University Purdue, USA*

ore 16.30 Pausa caffè

Seconda sessione:16:15
Moderatore
NOME

ELISABETTA DEJANA - *IFOM IEO Campus, Milano*
EVA NEGRI - *Istituto Mario Negri, Milano*
ANNAMARIA COLAO - *Università Federico II, Napoli*
ADRIANA ALBINI - *ASMN-IRCCS, Reggio Emilia*

MAGGIO 2014

Terza sessione:9:00
Inizio lavori

Moderatore
NOME

LUIGINA ROMANI - *Università degli Studi, Perugia*
MARIA RONCAROLO - *Ospedale San Raffele, Milano*
ROBERTA SESSOLI - *Università degli Studi, Firenze*
ELEONORA LUPPI - *Università degli Studi, Ferrara*

ore 11.00 Pausa caffè

Quarta sessione:11:00

Moderatore
NOME

CRISTIANA PERONI - *Università degli Studi, Torino*
CRISTINA BOTTINO - *Università degli Studi, Genova*
FEDERICA SALLUSTO - *Università degli Studi, Roma*
PAOLA ALLAVENA - *Istituto Clinico Humanitas, Milano*

MAGGIO 2014

ore 14.00
Inizio lavori

Moderatore
NOME

ANNA DI CIACCIO - *Università La Sapienza, Roma*
ELENA PIAN - *Osservatorio Astronomico, Trieste*
GIULIA MANCA - *Istituto Nazionale di Fisica Nucleare, Cagliari*
PAOLA RICCIARDI CASTAGNOLI - *Singapore Immunology Network*

ore 16.30 Pausa caffè

Conclusioni

Arcispedale S.Maria Nuova Reggio Emilia IRCCS Oncologico-Team dellaRicerca

GRUPPO RICERCA TRASLAZIONALE IRCCS-ASMN Reggio Emilia

Comitato Tecnico Scientifico

Adriana Albini Presidente - Direttore del Dipartimento Infrastruttura Ricerca e Statistica e Direttore della Struttura Complessa di Ricerca Traslazionale presso l'IRCCS-Arcispedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia

Giuliano Binetti - Responsabile Laboratorio di Neurobiologia e Centro per la memoria M.A.C. - Macroattività Ambulatoriale Complessa, IRCCS Centro San Giovanni di Dio Fatebenefratelli, Brescia

Maria Luisa Brandi - Professore Ordinario in Endocrinologia e Malattie del Metabolismo, Dipartimento di Medicina Interna, Università degli Studi di Firenze. Segretario Generale European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis (ESCEO), Membro del Comitato Scientifico dell'International Osteoporosis Foundation e Presidente Fondazione Italiana Ricerca sulle Malattie dell'Osso (F.I.R.M.O.).

Vincenzina Bruni - Professore Ordinario in quiescenza Università degli Studi di Firenze, Presidente Onorario S.I.C. (Scoietà Italiana Contraccezione) e S.I.G.I.A. (Società Italiana Ginecologia Infanzia e Adolescenza)

Salvatore Carrubba - Presidente dell'Accademia di Brera, editorialista del Sole-24 Ore, conduttore della trasmissione "Un libro tira l'altro" su Radio 24.

Patrizia Colarizi - Specialista in Pediatria e Neonatologia, Professore Ordinario di Neonatologia, Universita' Sapienza Roma,1 Facoltà

Gilberto Corbellini - Fondatore di O.N.Da Professore di Bioetica e Storia della Medicina, Dipartimento di Medicina Molecolare - Sapienza Università di Roma

Flavia Franconi - Dipartimento Scienze Biomediche - Università di Sassari, Laboratorio di Medicina Di Genere - presso il Laboratorio Nazionale del Istituto Nazionale Biostrutture e Biosistemi - Osilo Sassari.

Claudio Mencacci - Direttore del Dipartimento di Neuroscienze, A.O. Fatebenefratelli e Oftalmico, Milano
Presidente Società Italiana di Psichiatria

Eva Negri - Capo del Laboratorio di Metodi Epidemiologici Dipartimento di Epidemiologia Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri", Milano

Walter Ricciardi - Professore Ordinario di Igiene e Medicina Preventiva e Direttore del dipartimento di Sanità Pubblica, Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma

Nicla Vassallo - Professore ordinario di Filosofia Teoretica, Università degli Studi di Genova

Carlo Vergani - Professore di Geriatra presso l'Università degli Studi di Milano

Riccardo Vigneri - Primario emerito di Endocrinologia presso l'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale Garibaldi di Nesima, Catania