



ASSOCIAZIONE ITALIANA  
**DONNE MEDICO**

M.W.I.A. Medical Women's International Association  
A.I.D.M. Associazione Italiana Donne Medico

**XXXV CONGRESSO NAZIONALE**

**ATTI CONGRESSUALI**

**LA SALUTE SU MISURA,  
FOCUS ON GENDER**

**20-21-22 Marzo 2015**



**Aula Magna Accademia Militare (Palazzo Ducale)  
Piazza Roma 15 Modena**



## PRESENTAZIONE DEL VOLUME

Benvenuti a Modena, al XXXV Congresso Nazionale dell'Associazione Italiana Donne Medico (AIDM) dal titolo: **La salute su misura: focus on gender.**

La città che ci ospita è sede di una delle più antiche Università d'Italia. La provincia di Modena è sede di industrie che producono biotecnologiche esportate in tutto il mondo. Tuttavia Modena è nota anche per il triste evento del terremoto del 2012 che ha messo in ginocchio questa economia fiorente. Nonostante le ferite inferte al territorio ha saputo ricominciare e ricostruire la sua rete economica dando una lezione di "resilienza" unica nel suo genere.

Da questa città e da questa provincia abbiamo molto da imparare, proprio la stessa "resilienza" per trasformare le nostre difficoltà di donne e di professioniste in successo di vita e di professione.

Come Presidente Nazionale sono lieta di inaugurare i lavori del consueto appuntamento culturale insieme alla Dott.ssa Michela Guerra, Presidente della Sezione AIDM di Modena, che ci ospita in questa città storica e stimolante dove speriamo di coniugare approfondimenti scientifici e relazioni umane che arricchiscono la nostra Associazione.

Vi ringraziamo per l'impegno profuso nel partecipare ai lavori scientifici con i vostri elaborati frutto dell'impegno quotidiano nelle vostre Sezioni.

**La Presidente Nazionale  
Caterina Ermio**

### **Premessa**

Quest'anno l'AIDM presenta il 1° volume degli atti Congressuali. Abbiamo invitato tutte le sezioni provinciali AIDM ad inviare elaborati che fossero espressione della loro attività scientifica, ma anche delle attività che le sezioni svolgono sul territorio italiano. La risposta non si è fatta attendere e abbiamo ricevuto molti elaborati che danno un'immagine dello spessore culturale e dell'impegno sociale della nostra associazione. Abbiamo scelto di realizzare un volume da distribuire a tutti gli intervenuti perché crediamo che questo possa facilitare la comunicazione tra le sezioni che si incontrano proprio in occasione del congresso nazionale. Il volume sarà pubblicato anche sul nostro sito e scaricabile in pdf: [www.aidm.org](http://www.aidm.org)

In questo volume sono stati raccolti anche i riassunti delle presentazioni orali, che in questo congresso, si orientano su tre principali capitoli: la medicina di genere, con alcuni riferimenti a specifiche patologie; le politiche sanitarie in riferimento al genere e i temi sociali che affliggono le donne: la violenza, i migranti, le discriminazioni di genere.

Ci auguriamo che in futuro ogni congresso nazionale si accompagni alla pubblicazione degli atti per dare sempre di più risalto alle attività e all'impegno di tutte le nostre associate.

**La Segretaria Nazionale AIDM  
Antonella Vezzani**



## Introduzione

Il nostro annuale appuntamento vede quest'anno un più ricco contributo scientifico da parte delle nostre sezioni, segno della vivacità intellettuale e professionale delle Socie.

Al primo posto è il tema della violenza sulle donne e sui minori che ci vede impegnate con progetti a respiro nazionale, consapevoli che solo educare la classe medica e la popolazione possa servire a contrastare questo sempre più diffuso fenomeno. Numerose sono le comunicazioni sulla prevenzione delle malattie neoplastiche, cardiometaboliche e dell'apparato muscolo-scheletrico in un'ottica gender – orientata, in cui si inserisce il bel progetto della sezione di Catania rivolto alle detenute della Casa Circondariale. Non meno importanti i contributi sugli aspetti di farmacologia declinata al femminile, con particolare attenzione alle reazioni avverse ai farmaci e al fenomeno delle tossicodipendenze.

Emerge con forza la consapevolezza che ogni branca della medicina può e deve essere rivisitata in una visione di genere: la Evidence-Based Medicine non può prescindere dall'analisi delle differenze di genere!

E' compito di Associazioni e Società Scientifiche come la nostra di contribuire a colmare in tempi rapidi questi tasselli vuoti nei settori della ricerca scientifica e nella formazione universitaria e professionale.

E questo compito è chiaramente percepito da tutte le socie che si impegnano quotidianamente e da anni nei settori della medicina del territorio, negli ospedali, nell'università e nella vita Ordinistica. E' un cammino lento, faticoso, che vede ancora non adeguati riconoscimenti nella carriera professionale e rappresentativa.

A questo riguardo, è meritevole di attenzione il progetto presentato dalla sezione di Pavia, che utilizzando fondi promossi dalla Regione Lombardia a "Sostegno di iniziative di welfare aziendale ed interaziendale" ha avviato una esperienza conciliativa in ambito sanitario, volta ad una diversa organizzazione che tenga conto della crescente presenza femminile nel sistema sanità. I risultati sono evidenti " *...la crescita di consapevolezza delle opportunità fornite da intervento conciliativo ha creato un benessere organizzativo in cui una rete di alleanze fra amministratori, operatori, sindacati e aziende convenzionate ha contribuito ad una migliore visione d'insieme, ad una sistematizzazione dell'intervento, con beneficio sulla qualità di vita della dipendente oltre che della relazione con il paziente e dell'efficienza del lavoro di gruppo*".

How many roads must a **woman** walk down

Before you call **her a woman**?

Yes, 'n' how many seas must a white dove sail

Before she sleeps in the sand?

Yes, 'n' how many times must the cannon balls fly

Before they're forever banned?

The answer, my friend, is blowin' in the wind

**Dr. Lorella Melillo**  
**Comitato Scientifico AIDM**



## **CELLULE STAMINALI E GENERE**

Veronica Albertini, Direttore scientifico Swiss Stem Cell Bank

Anche le cellule staminali hanno un sesso. Non solo per quanto riguarda i tessuti da cui si possono prelevare, ma anche e soprattutto per le applicazioni in medicina rigenerativa.

Le cellule staminali sono cellule non specializzate, che a seguito di un opportuno stimolo possono dare origine a nuove cellule staminali o differenziarsi in cellule più specializzate in grado di riparare un danno. In quasi tutti gli organi sono presenti delle nicchie di cellule staminali: midollo osseo, tessuto adiposo, denti e, di più recente scoperta, anche cuore e cervello, ma anche il sangue cordonale o addirittura quello mestruale.

Se andiamo a vedere le applicazioni in medicina rigenerativa, scopriamo che ce ne sono alcune molto importanti dedicate alle donne. Interessanti studi clinici, per esempio, utilizzano le cellule staminali autologhe nel trattamento dell'incontinenza urinaria, un disturbo di cui soffre circa il 15% delle donne soprattutto a causa della degenerazione del muscolo sfintere uretrale o dei cambiamenti di posizione del pavimento pelvico a seguito di stress meccanici come quelli dati dal parto. I trattamenti standard migliorano la qualità di vita di queste persone ma non risolvono il problema a medio/lungo termine.

Studi di pre-clinica su modelli animali hanno dimostrato che alcuni tipi di cellule staminali sono in grado di ricostruire il tessuto muscolare danneggiato e suggeriscono dunque la possibilità di curare l'incontinenza urinaria con una terapia a base di staminali. Altri studi, questa volta già sul paziente, hanno riportato i risultati ottenuti utilizzando diversi tipi di cellule: dalle staminali del tessuto muscolare a quelle mesenchimali ottenute dal tessuto adiposo, ai più differenziati fibroblasti e miociti.

Ad oggi una decina sono i trials clinici autorizzati che stanno reclutando pazienti, localizzati negli Stati Uniti, in Egitto, in Iran e in Spagna.

Dei risultati di pre-clinica e clinica si parlerà durante la presentazione in oggetto.

Un secondo importante argomento che verrà affrontato è l'utilizzo del tessuto adiposo, e delle cellule staminali in esso contenute, per la ricostruzione del seno dopo mastectomia a seguito di tumore. La classica terapia di conservazione del seno, infatti, si traduce comunemente in difetti dei tessuti molli, che sono difficili da ricostruire, in particolare nelle pazienti che hanno subito ulteriori cicli di radioterapia. Queste pazienti hanno spesso poche opzioni per la ricostruzione del seno rimosso, perché le protesi sintetiche in commercio non sono adatte alla ricostruzione parziale del seno e possono essere applicate solo dopo un certo lasso di tempo. Ci sono diverse evidenze che il trapianto autologo di tessuto adiposo può rappresentare un'ottima alternativa. Si è visto tuttavia che il semplice trapianto di tessuto adiposo "puro" offre una soluzione limitata nel tempo, perché il tessuto trapiantato, non più vascularizzato, necrotizza. Diversi studi hanno dimostrato che arricchire i trapianti di grasso con cellule staminali favorisce l'attecchimento e la permanenza dei trapianti anche a lungo termine. Un aspetto da non sottovalutare è infine la sicurezza del trapianto di cellule staminali in una precedente sede tumorale; analizzeremo insieme i dati di follow up.

## **DOLORE E TERAPIA, INFLUENZA DEL GENERE**

Anna Maria Aloisi MD, PhD

Professore Associato Fisiologia

*Dipartimento di Scienze Mediche, Chirurgiche e Neuroscienze, Università degli Studi di Siena*

Gli effetti esercitati dagli ormoni sessuali sul SNC si possono dividere in effetti di organizzazione ed effetti di attivazione. I primi sono dovuti all'azione perinatale degli ormoni gonadici, hanno carattere permanente e sono tipici di uno dei due sessi; di questi effetti si ha chiara traccia non solo nei caratteri sessuali primari e secondari, ma anche nel SNC in cui molte strutture sono anatomicamente e funzionalmente diverse nei due sessi. I secondi, gli effetti di attivazione, sono transitori e dipendono dalla produzione gonadica dei vari ormoni.

Mentre nell'uomo dopo la pubertà la produzione di testosterone dalle gonadi rimane costante, nella donna le oscillazioni degli estrogeni e del progesterone durante il ciclo mestruale sono molto



importanti ed hanno effetto a livello centrale, ad esempio sui cambiamenti dell'umore o dell'attenzione.

Gli ormoni gonadici agiscono sui neuroni attraverso due vie: la prima è la via classica degli ormoni steroidi che prevede l'ingresso dell'ormone nel nucleo, il legame al recettore specifico, l'azione del complesso ormone-recettore sulla trascrizione del DNA o RNA messaggero, inducendo così la sintesi di nuove proteine.

D'altra parte è stata dimostrata anche la presenza di una via rapida, che non coinvolge la sintesi proteica, in cui gli ormoni gonadici producono i loro effetti in seguito al semplice legame con recettori di membrana e che agisce come importante fattore di regolazione di altri sistemi di trasmissione tramite GABA e NMDA.

E' stato descritto un effetto rapido degli estrogeni sull'attività dei neuroni dell'ippocampo, dell'ipotalamo e del cervelletto. Inoltre agli estrogeni è stata attribuita un'azione inibitrice sull'ingresso del calcio attraverso i canali di tipo L e di modulazione della proteina-chinasi C. Queste azioni sono importanti perché sono coinvolte sia nei meccanismi neuronali dell'apprendimento e della memoria che negli effetti dello stress sull'apprendimento.

Ma perché parlare di ormoni sessuali? Quale è la loro relazione con il dolore? Nelle risposte comportamentali evocate con una stimolazione nocicettiva applicata su uomini o su animali, le differenze sessuali (se presenti) sono sempre nella direzione di una maggiore sensibilità del sesso femminile.

D'altra parte, le donne sono sempre più numerose degli uomini nei centri di terapia del dolore e presentano molte sindromi dolorose praticamente inesistenti negli uomini. Solo qualche esempio: l'emicrania, il dolore temporomandibolare, la fibromialgia. Appare evidente quindi la presenza di "qualcosa" nel sistema nervoso delle femmine che le "aiuta" a sviluppare certe sindromi dolorose oppure di "qualcosa" nei maschi che li "aiuta" a non sviluppare queste patologie.

Ad oggi dobbiamo evidenziare la scarsità di informazioni utili a chiarire questa diversa incidenza di sindromi dolorose nei due sessi e quindi possiamo solo molto indirettamente usare le poche conoscenze disponibili per lo sviluppo di farmaci o comunque approcci terapeutici diversi.

## **LA MEDICINA DI GENERE: CULTURA DELLA DIFFERENZA**

Giovannella Baggio

Cattedra di Medicina di Genere, Dipartimento di Medicina Molecolare dell'Università di Padova,  
Direttore UOC di Medicina Generale dell'Azienda Ospedaliera di Padova, Presidente del Centro Studi Nazionale su Salute e Medicina di Genere  
Via Giustiniani,2 - 35128 Padova

La Medicina di Genere è una nuova dimensione della Medicina che studia l'influenza del sesso (accezione biologica) e del genere (accezione sociologica) sulla fisiologia, fisiopatologia e patologia umana. Nasce dall'osservazione che molti studi hanno descritto le malattie (epidemiologia, fisiopatologia, clinica e terapia) concentrandosi prevalentemente o talora quasi esclusivamente su casistiche di un sol sesso.

In questi ultimi anni molta energia è stata posta nel focalizzare le patologie che prevalgono nei due sessi. Il Ministero della Salute in particolare ha portato avanti un ampio lavoro sulla salute della donna: dal cancro dell'utero e del seno alla depressione, dalla menopausa al mobbing, dalla salute riproduttiva all'osteoporosi, con importanti lavori di sensibilizzazione e di studio sia sulla popolazione che sui medici.

La Medicina di Genere tuttavia non è la salute della donna o la salute dell'uomo, La Medicina di Genere è lo studio delle risposte in termini di terapia, diagnostica, prevenzione da dare a quelle patologie dell'uomo e della donna che incidono ugualmente nei due generi e che non sono legate alle funzioni riproduttive. Esempi clamorosi sono: le malattie cardiovascolari che sono state studiate prevalentemente nel sesso maschile, le neoplasie solide ed ematologiche su cui s'intravedono delle differenze ma ancora molto poco studiate e conosciute con nessuna ricaduta nella pratica clinica, le demenze che prevalgono drammaticamente nella donna, l'osteoartrite che



provoca un alto grado di disabilità motoria e prevale nella donna e i trapianti d'organo fortemente condizionati dal *sex matching* che non viene preso sufficientemente in considerazione.

Nell'era della conoscenza del genoma, la Medicina di Genere è una grave lacuna del sapere scientifico in particolare medico a livello mondiale. La Medicina di Genere è dunque una nuova emergenza! Le donne vivono più a lungo, ma tutto quello che guadagnano sull'uomo è malattia e disabilità. E' necessario un lavoro inter e multidisciplinare, sono necessarie nuove risorse e ricerche oltre alla sensibilizzazione del mondo medico e della popolazione.

Quali i maggiori impulsi alla Medicina di genere in questi ultimi decenni?

La Conferenza Mondiale sulle Donne di Pechino nel 1995 ha messo a punto una piattaforma d'azione nella quale per la prima volta si parla di salute delle donne e discriminazione della ricerca medica. Da allora l'OMS passando dal concetto di "*Women in Development*" a "*Gender and Development*" inserisce la Medicina di Genere nell'"*Equity Act*" e fonda il "*Department of Gender and Women Health*" ed il "*Gender Mainstreaming*".

La situazione in Italia in questi decenni si è molto evoluta in termini di attenzione alla salute delle donne, ma solo da poche anni si parla di Medicina di Genere. Nel 2012 il Parlamento ha approvato all'unanimità una Mozione sulla Medicina di Genere e nel 2013 sono state depositate 2 proposte di Legge sulla Medicina di Genere. Il Centro Studi Nazionale su Salute e Medicina di Genere insieme alla Fondazione Giovanni Lorenzini in questi anni ha organizzato numerosi Congressi e Corsi sulla Medicina di Genere che hanno contribuito a creare una rete molto attiva in questo Campo a livello di Università, Sistemi Sanitari Regionali, Società Scientifiche, Associazioni con alta attenzione alle Donne, Commissioni Pari Opportunità e Comitati Unici di Garanzia, Consigliere di Parità. E' essenziale non disperdere energie e creare collegamenti tra le numerose forze in campo.

## **LE DONNE DONANO DI PIU': MATRIS ANIMO CURANT**

Dott.ssa Marilù BARTIROMO presidente AIDM sezione provinciale di Firenze

Nefrologia Dialisi e Medicina del Trapianto AOUC Careggi –Firenze Centro Trapianti

Dalla nascita del gruppo AIDM provinciale Firenze tutto il gruppo di professioniste si sta muovendo sul territorio in termini di prevenzione collaborazione e formazione ed è dal 2013 in sostegno dell'OTT (Organizzazione Toscana Trapianto) come anello all'interno della catena delle associazioni di settore per il percorso della donazione e del trapianto temi cari a tutto il gruppo di dottoresse del team fiorentino. La donazione definizione e criticità! La situazione italiana: modelli a confronto con il modello europeistico ed americano. Il modello Toscana: sinergia associativa per ridurre l'opposizione al dono ed aumentare la consapevolezza e conoscenza in merito, un video esplicativo è stato prodotto durante il 2014 che è stato portato a Roma in occasione della giornata mondiale della Donazione in piazza del popolo .Le associazioni che lavorano insieme sul tavolo e che una delibera regionale ha sancito in calce tale presenza nonché collaborazione.

Le donne medico insieme a AIDO, ANED, ADMO, ADISCO, VITE, ATTO, ACTI lavorano per rinforzare le informazioni, la conoscenza in termini di sensibilizzazione al tema della donazione

Durante questo evento nazionale viene presentato il tavolo associativo al quale le donne medico fanno parte; gli eventi fatti insieme, le prospettive future il video che è stato fatto verrà proiettato a tutta la platea oltre che verrà presentato un progetto a respiro nazionale di collaborazione ; attraverso il modello Toscano per portare su tutto il territorio italiano il tema della donazione.

Inoltre una breve relazione della dott.ssa Marilù BARTIROMO nefrologa dei trapianti all'ospedale universitario di Firenze da sempre impegnata in tematiche di donazione e quotidianamente impegnata nel settore del trapianto di rene.

La testimonianza di questa sinergia non è stato solo l'interscambio delle presenza associativa ma in modo particolare il video in cui le associazioni sono state coinvolte e che è visibile sul sito della regione toscana in: per "Cittadini/Salute", [www.regione.toscana.it/salute](http://www.regione.toscana.it/salute)

- nella home "In Primo Piano"

- in Donazione

- in Comunicazione

- in Trapianti

per "Servizio Sanitario Toscana", [www.regione.toscana.it/sst](http://www.regione.toscana.it/sst)- nella home "In Primo Piano"



per "Organizzazione toscana trapianti", [www.regione.toscana.it/ott](http://www.regione.toscana.it/ott)  
- nelle risorse correlate, come video, direttamente nella pagina

## **INFLUENZA DEL GENERE NELLA PREVENZIONE DELLE PATOLOGIE CARDIOVASCOLARI**

Alberto Benassi Responsabile U.O. Cardiologia Hesperia Hospital Modena

La prevenzione cardiovascolare nella donna è stata a lungo influenzata dal concetto di vantaggio del sesso femminile nello sviluppo della malattia aterosclerotica; questo ha portato per molto tempo una sotto utilizzazione delle metodiche diagnostiche e di conseguenza di diagnosi. Ormai però è ben consolidata l'importanza della malattia cardiovascolare nella donna, anzi nuovi sviluppi epidemiologici stanno mettendo in risalto alcune condizioni il rischio più peculiari della donna. I tradizionali fattori di rischio tendono a svilupparsi nella donna con l'avvento della menopausa, ma solo il colesterolo ha una vera impennata per gli altri fattori c'è più una tendenza all'aumento che si sviluppa a cavallo del periodo menopausale. Peculiare della donna è una tendenza a valori di proteina C reattiva più elevata dopo la menopausa facilitata dal sovrappeso ed eventualmente da uno stato depressivo.

Una importante terapia è sicuramente l'attività fisica regolare mentre una terapia farmacologica condotta per ridurre anche drasticamente l'ipercolesterolemia pur riducendo gli eventi cardiovascolari non riduce la tendenza all'aumento delle calcificazioni vascolari. Il fenomeno dell'osteoporosi, più precoce nella donna per il brusco calo ormonale rispetto all'uomo genera infatti quello che viene definito il paradosso del calcio: il calcio esce dalle ossa ma tende a depositarsi nelle arterie. Vari sono gli attori di questo dramma: il calcio che dovrebbe essere mantenuto a livelli corretti senza supplementi artificiali che tendono ad aumentare gli eventi cardiovascolari anche quando dati in associazione con la vitamina D; questa vitamina invece si è dimostrata molto importante oltre che nel prevenire l'osteoporosi anche nel ridurre gli eventi cardiovascolari nella donna. La vitamina K2 prodotta dai nostri bacilli intestinali primo fra tutti il lactobacillo reuteri e che possiamo trovare in certi alimenti soprattutto nel formaggio; questa vitamina sembra in grado di ridurre il deposito di calcio all'interno delle arterie o addirittura di rimuoverlo. Dal punto di vista farmacologico i Bifosfonati hanno mostrato dei risultati controversi sembrano decisamente non efficaci o addirittura dannosi nella donna più giovane mentre sembrano avere un certo vantaggio nella donna anziana anche se un grosso studio ha dimostrato che non sono in grado di rallentare la calcificazione valvolare aortica. Sicuramente hanno dimostrato di incrementare il rischio di fibrillazione atriale. In conclusione la prevenzione della donna parte dai tradizionali fattori di rischio e deve trovare il suo cardine nell'attività fisica ma esistono condizioni di rischio legate all'osteoporosi che devono essere gestite con attenzione con al centro probabilmente l'integrazione della vitamina D e probabilmente K2.

## **DONNE ALLO SPECCHIO**

Annarosa Catizzone M.D. Presidente Accademia Italiana di Medicina Estetica

L'immagine, quella che lo specchio riflette, è quello che siamo o è quello che pensiamo di essere? Fino a che punto lo specchio è una prova inconfutabile piuttosto che una conferma di ciò che pensiamo di noi stessi? Guardiamo con gli occhi ma "vediamo" con la mente. Infatti lo specchio, che dovrebbe fornire un dato oggettivo, diventa spesso complice di elucubrazioni mentali, in quanto non è l'entità o la gravità di un inestetismo, quanto piuttosto il modo in cui viene vissuto e percepito, che genera disagio e malessere. La relazione presenterà i termini del disagio derivante da un inestetismo male accettato ed illustrerà i benefici derivanti dalle cure estetiche non solo rispetto alla soluzione del "problema" prospettato dal paziente ma anche riguardo alla ricaduta positiva sulla psiche e sulla vita di relazione.

Nella società attuale, si registra un'attenzione esasperata relativa al tema della bellezza e della perfezione, il ché determina la richiesta della "costruzione" di un'immagine corporea corrispondente a rigidi canoni estetici ed a modelli irraggiungibili. I destinatari di queste istanze sono i medici estetici. I quali tuttavia dovrebbero guidare i loro pazienti alla accettazione della



costituzione individuale e del trascorrere del tempo e nello stesso tempo garantire la possibilità di migliorare la qualità della vita, di raggiungere un equilibrio psico-fisico, presentandosi al meglio del proprio aspetto fisico.

La Medicina Estetica nasce negli anni '70 ad opera del Prof Carlo Alberto Bartoletti. Nel nome di questa disciplina, "Medicina estetica", la parola estetica non è solo un aggettivo che delimita il campo di azione di questa branca della medicina, ma si tratta della seconda parte di un binomio che indica quella branca della Filosofia che propone la Ricerca del bello in ogni aspetto della vita. Pertanto nel concetto di senso estetico si racchiude un peculiare modo di interpretare l'essere umano e la vita nell'ottica dell'armonia universale. La medicina estetica si occupa anche del benessere fisico delle persone malate. Ad esempio, dopo terapie come la chemioterapia o la radioterapia, è necessario eliminare o, quantomeno, attenuare i disagi e gli inestetismi che ne derivano. I pazienti, infatti, non accettando i cambiamenti imposti al proprio corpo dalla malattia e dalle terapie e, rifiutando la propria immagine, rischiano di isolarsi. Infine è importante sottolineare che i medici estetici con adeguata formazione quadriennale post laurea, agiscono esclusivamente secondo le linee guida delle più importanti società scientifiche italiane e di conseguenza effettuano trattamenti equilibrati e che portano ad un risultato naturale e privo di eccessi.

## IL RUOLO DELLA VITAMINA D

R. Caudarella GVM Care and Research- Casa di Cura Villalba. Bologna

Il ruolo della vitamina D, fin dalla scoperta nel 1920 della sua azione positiva sul rachitismo, è stato quasi esclusivamente correlato alla funzione svolta sul metabolismo del calcio e dell'osso. Numerosi studi recenti hanno dimostrato che la vitamina D nella forma attiva ormonale,  $1\alpha,25$ -diidrossivitamina D ( $1\alpha,25$  (OH) $_2$ D $_3$ ) non è solo un regolatore dell'omeostasi del calcio, ma ha numerosi effetti extrascheletrici. L' $1\alpha,25$  (OH) $_2$ D $_3$  esplica i suoi effetti biologici (endocrini, autocrini e paracrini) mediante il legame con un recettore specifico (VDR) presente nelle cellule di numerosi tessuti non implicati nel metabolismo osseo. La vitamina D può essere introdotta con la dieta, soprattutto con alimenti addizionati di vitamina D, ma viene principalmente sintetizzata nella cute. Una volta ingerita o sintetizzata, la vitamina D viene trasportata al fegato dove viene idrossilata in posizione 25 formando il 25-idrossicolecalciferolo ( $25$  (OH)D $_3$ ), che rappresenta la principale forma circolante di vitamina D e che viene utilizzata quale indicatore dello stato vitaminico D. Successivamente il  $25$ (OH)D $_3$  viene trasportato al rene, dove subisce una seconda idrossilazione in posizione 1 formando l' $1\alpha,25$  (OH) $_2$ D $_3$  che è la forma più attiva della vitamina D. Quest'ultima viene trasportata nei tessuti bersaglio, dove funziona come un ormone steroideo, legandosi ai VDR. Il principale effetto dell' $1\alpha,25$  (OH) $_2$ D $_3$  è di aumentare l'assorbimento intestinale del calcio. Quando questo aumento risulta insufficiente, l' $1\alpha,25$  (OH) $_2$ D $_3$  lavora di concerto con il PTH per promuovere il riassorbimento del calcio a livello del tubulo renale distale, e a livello scheletrico attivando il riassorbimento osteoclastico. I dati più recenti della letteratura indicano che la concentrazione sierica del  $25$ (OH)D $_3$  dovrebbe essere compresa tra 30 e 100 ng/ml. Livelli di  $25$ (OH)D $_3$  inferiori a 20 ng/ml indicano un marcato deficit di vitamina D; livelli compresi tra 21 e 29 ng/ml indicano un deficit moderato o insufficienza di vitamina D. Con concentrazioni di  $25$ (OH)D $_3$  > 150 ng/ml possono comparire segni d'intossicazione. Numerosi lavori suggeriscono che la riduzione della concentrazione del  $25$ (OH)D $_3$  rappresenta un importante fattore eziologico nella patogenesi di numerose malattie croniche quali malattie autoimmuni (sclerosi multipla, diabete tipo I), malattie infiammatorie intestinali (es. morbo di Crohn), infezioni (es. vie respiratorie superiori), malattie cardiovascolari (es. ipertensione, scompenso cardiaco, morte improvvisa), tumori (es. carcinoma colon e mammella, linfoma non-Hodgkins), patologie neuro-cognitive (Alzheimer). Alcuni studi hanno riportato una correlazione inversa tra concentrazione di  $25$ (OH)D $_3$  e mortalità indipendentemente dalla eziologia. Anche se questo risultato deriva da studi osservazionali, la maggior parte delle meta-analisi concludono che livelli ridotti di  $25$ (OH)D $_3$  si associano ad un rischio di mortalità significativamente aumentato. Una recente meta-analisi conferma il dato di una mortalità maggiore, quando la concentrazione sierica di  $25$ (OH)D $_3$  è  $\leq$  30 ng/ml rispetto a quando è > 30 ng/ml. Poiché la lista di patologie associate a una bassa concentrazione di  $25$ (OH)D $_3$  aumenta progressivamente, alcuni autori si sono chiesti se la ridotta concentrazione di vitamina D





sia la conseguenza piuttosto che la causa delle alterazioni fisiologiche implicate in alcune patologie. Appaiono necessari trials randomizzati controllati per confermare l'effetto positivo di un aumento della concentrazione di 25(OH)D<sub>3</sub>, sulla salute della popolazione.

## **CENTRO REGIONALE DELLA SALUTE E MEDICINA DI GENERE**

Assessorato al Diritto alla Salute Regione Toscana  
Anna Maria Celesti

Il concetto di "Salute e Medicina di Genere" nasce dall'idea che le differenze tra i sessi in termine di salute non sono legate esclusivamente alle peculiarità derivanti dalla caratterizzazione biologica dell'individuo e dalla sua funzione riproduttiva; con il termine "genere" si intende infatti un'accezione più ampia della "differenza" che include fattori ambientali, sociali, culturali e relazionali.

Per troppo tempo infatti le malattie, la loro prevenzione e terapia sono state studiate prevalentemente su casistiche di un solo sesso, quello maschile, sottovalutando non solo le peculiarità biologico-ormonali e anatomiche ma anche quelle socio-culturali proprie delle donne.

Uomini e donne hanno di fatto un differente rischio di contrarre molte malattie e anche una diversa risposta a molte terapie. Dunque non è solo scientificamente ed eticamente scorretto trasferire i dati ottenuti sull'uomo alla donna, ma è anche un vero e proprio errore metodologico.

La Medicina di Genere è pertanto chiamata a limitare le disuguaglianze di studio, di attenzione e di trattamento che fino ad oggi sono state a carico delle donne, ma non a costruire una medicina al femminile e una medicina al maschile, applicando il concetto di diversità per garantire a tutti, donne e uomini, il migliore trattamento possibile in funzione della specificità di genere.

Per raggiungere questo obiettivo, la Medicina di Genere non deve essere una specialità a se stante, ma un'integrazione trasversale di specialità e competenze mediche affinché si formi un cultura e una presa in carico della persona che tenga presente le differenze di genere non solo sotto l'aspetto anatomo-fisiologico, ma anche delle differenze biologico-funzionali, psicologiche, sociali e culturali, oltre che ovviamente di risposta alle cure.

Per questo la Salute di genere è ormai un'esigenza del Servizio Sanitario e occorre pensare ad aspetti organizzativi e di organizzazione dei servizi che tengano conto delle differenze di genere.

A tal fine la Regione Toscana ha costituito, all'interno dell'Assessorato al Diritto alla Salute, il Centro regionale di Coordinamento della Salute di Genere, che vuol essere il necessario strumento di **Raccordo** e coordinamento delle azioni e iniziative poste in essere dalle strutture aziendali e dagli altri soggetti coinvolti, al fine di realizzare un sistema di rete in grado di promuovere e garantire lo sviluppo omogeneo della Salute e Medicina di Genere su tutto il territorio regionale; di **Promozione** di percorsi di presa in carico della persona che tengano conto della differenza di genere, al fine di una maggiore appropriatezza e personalizzazione della terapia; di **Definizione** di percorsi di sensibilizzazione e formazione degli operatori sanitari verso il determinante genere al fine di garantire equità di approccio diagnostico, valutativo e terapeutico; di **Sviluppo** di soluzioni innovative di accesso ai servizi, sistematizzando e diffondendo le esperienze già intraprese nel territorio.

## **NUTRACEUTICA: STATO DELL'ARTE**

Arrigo F.G. Cicero

*Dip. di Scienze Mediche e Chirurgiche, Alma Mater Studiorum Università di Bologna*

Il nutraceutico è una sostanza naturale (prevalentemente di origine vegetale) con proprietà farmacologiche dimostrabili ed effetti biologici positivi sulla salute umana.

In Italia sono commercializzati come integratori alimentari, con procedura di silenzio-assenso, e sono soggetti alla normativa Claims dell'EFSA, che si basano più sull'evidenza di efficacia (efficacy evidence) che sulla evidenza di efficacia clinica (clinical efficacy). Per definizione, in quanto integratori, dovrebbero «integrare» (e quindi trovarsi naturalmente in alimenti o bevande), e, in quanto integratori, non dovrebbero avere attività farmacologica né terapeutica. Questo



comporta una certa difficoltà di definizione per principi attivi che accumulano progressivamente dimostrazione scientifica di efficacia.

Come riconoscere un nutraceutico serio in un mercato non propriamente controllato?

Per i mono-componenti il nutraceutico proposto deve infatti avere un supporto bibliografico che comprenda almeno: 1) Controllo di qualità di tipo farmaceutico, 2) Descrizione del meccanismo d'azione eventualmente associata a qualche cenno di farmacocinetica (es.: la maggior parte dei polifenoli ha una biodisponibilità per via orale quasi nulla, quindi l'utilità della supplementazione è molto dubbia), 3) Un'indicazione terapeutica comprovata da studi clinici, preferibilmente condotti in doppio-cieco contro placebo o altro principio attivo, su popolazioni simili alla nostra per etnia e stile di vita, 4) Un dosaggio ed una qualità (titolazione in principio attivo) simile a quella dimostratasi efficace e sicura negli studi clinici.

Per i pluricomponente, il discorso è analogo al precedente se tutti i principi attivi utilizzati sono impiegati al dosaggio comprovato dagli studi clinici e se l'azienda commercializzante non vanta un'azione sinergica dei componenti.

In caso di vanto di una sinergia (farmacologicamente parlando: l'efficacia di due componenti assieme è maggiore di quanto atteso dai singoli!), questa dovrebbe essere dimostrata con uno studio ad hoc, e non semplicemente estrapolata da dati preesistenti sulle singole molecole.

Per fare un esempio pratico, nell'ambito dei nutraceutici ad azione ipocolesterolemizzante, i più efficaci sono quelli che contengono riso rosso fermentato e/o berberina, in quanto la loro potenza farmacologica supera la varianza spontanea della colesterolemia legata alla dieta. Inoltre l'associazione dei due prodotti ha un significato farmacologico in quanto il primo riduce la sintesi endogena del colesterolo, mentre il secondo ne facilita la ricaptazione epatica, contribuendo entrambi a migliorare il profilo lipidico, ad esercitare azione microantinfiammatoria sistemica e vascolare, a migliorare la reattività vascolare e ridurre la rigidità arteriosa nell'uomo.

## **GENERE E DEMENZA**

Rosanna Colao

Neurologo Responsabile Unità di Valutazione Alzheimer

Centro Regionale di Neurogenetica - Lamezia Terme

Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro

L'allungamento della vita media cui stiamo assistendo nell'ultimo secolo, è particolarmente evidente nelle donne la cui aspettativa di vita è oggi di circa 85 anni. E' evidente come questo renda le stesse particolarmente predisposte a sviluppare patologie età correlate.

Le demenze, patologie anch'esse età associate, ritrovano una epidemiologia particolarmente significativa nel genere femminile tant'è che essere donna è considerato "fattore di rischio" per lo sviluppo di demenza.

E' probabile, e studi di letteratura lo sottolineano, che le differenze ormonali e dunque genetiche tra i sessi contribuiscano a questo aumento di rischio più che non l'aumento della sopravvivenza.

Se, dunque, le differenze di sesso sono importanti (anche se a tutt'oggi poco o nulla chiarite nelle loro etiopatogenesi) nel determinare la maggiore numerosità di donne affette da demenza, altrettanto importanti ( e quasi ignoti) possono essere le differenze di genere rispetto a sintomatologie sia di esordio che di decorso di malattia; differenze nella compromissione di aree cerebrali diverse a parità di tipo di demenza, differenze di tipologie e impatto di malattie associate (comorbidità) e, più in generale, risposte al trattamento farmacologico.

Anche l' impatto della malattia nel contesto familiare può essere diverso: la disponibilità ad occuparsi dell'uomo ammalato da parte del coniuge è molto alta, in specie nelle nostre regioni del sud; altrettanto non si può dire se si analizza il caso contrario: il marito, in genere, gestisce molto meno facilmente la moglie con demenza. Nelle strutture residenziali infatti i maschi sono più gravemente affetti e hanno demenza severa mentre le donne hanno una minore compromissione dello stato di salute. Anche la lunghezza del ricovero è differente nei due sessi e la donna è destinata ad avere ricoveri più lunghi.

E' fondamentale un nuovo approccio scientifico al genere che si traduca in una ricerca biomedica sempre più capace di indagare la complessità biologica della differenza di sesso, accanto alla



necessaria attenzione alla differenza con cui i due generi sono interpretati nell'organizzazione sanitaria e negli aspetti sociali. Solo una analisi approfondita e continuativa consentirà, in un futuro che speriamo prossimo, un disegno anzi un ridisegno dell'approccio al soggetto malato tale da evitare disequaglianze che possano innescare ulteriori peggioramenti della sofferenza dell'individuo.

## **TERAPIA DELL'OSTEOPOROSI E SOSTENIBILITÀ DELLA CURA**

*Ombretta Di Munno, Prof. Associato di Reumatologia, Università di Pisa*

L'osteoporosi (OP) e le fratture (Fx) che ne conseguono si accompagnano ad elevata morbilità e mortalità, con costi destinati ad aumentare per l'incremento degli anziani nella popolazione mondiale. I farmaci attualmente disponibili per la prevenzione e la terapia dell'OP si possono identificare, in base alla loro azione sul rimodellamento osseo, in antirassorbitivi (bisfosfonati, estrogeni, raloxifene, bazedoxifene, denosumab), anabolici (teriparatide) e con duplice azione (ranelato di stronzio). Con questi farmaci, per la maggior parte prescrivibili a carico del SSN con la Nota 79 (*Tabella*.) si è ottenuta una riduzione del rischio relativo di Fx fino al 70 % per quelle vertebrali e fino al 40% per quelle femorali.

Conoscenze sempre più approfondite dei segnali, dei fattori di trascrizione, del complesso network citochinico che regolano la biologia del tessuto osseo hanno permesso di individuare ulteriori targets terapeutici quali la sclerostina (importante inibitore del segnale Wnt/ $\beta$ -catenina) e la catepsina K (proteasi fondamentale nel riassorbimento osteoclastico), il cui impiego nella pratica clinica non è stato ancora approvato dalle agenzie regolatorie.

Nell'ambito farmaci anti-osteoporotici i bisfosfonati, utilizzati da oltre 20 anni, rappresentano a tutt'oggi la terapia di prima scelta nell'OP primitiva e in molti tipi di OP secondaria.

Dall'estensione degli studi registrativi condotti con tali farmaci è emerso che sia l'incremento della BMD che la riduzione di rischio di Fx, per alcuni già significativi a 6 mesi dall'inizio del trattamento, sono progressivi nei primi 3-5 anni; successivamente si assiste ad un ulteriore, seppur modesto, incremento della BMD lombare, mentre i valori della BMD femorale presentano un effetto "plateau" ed anche l'efficacia antifratturativa rimane significativa solo per alcuni tipi di Fx. Questi aspetti hanno indotto a suggerire una sospensione del trattamento, dopo non meno di 5 anni, nei soggetti che presentino un basso rischio fratturativo, calcolato con gli attuali algoritmi disponibili (FRAX, DeFRA).

In realtà bisogna però sempre considerare che l'aderenza al trattamento rappresenta il tallone d'Achille per tutti i farmaci utilizzati con conseguenze ovviamente negative sull'efficacia degli stessi.

Infatti pur riducendo la frequenza e pur semplificando le modalità di assunzione, indagini anche recenti evidenziano un'aderenza al trattamento a 3 anni inferiore al 50%, aderenza che è risultata ulteriormente ridotta dopo l'introduzione dei generici.

I motivi di non aderenza sono molteplici, ma certamente gli effetti collaterali associati a molti di essi sono fra i principali. In questo ambito quelli esofagei e gastrointestinali risultano essere, sia negli studi di farmaco-vigilanza che nella realtà clinica dei pazienti in trattamento con bisfosfonati, i più comunemente segnalati, anche se molto spesso la causa è da ricondurre all'assunzione non corretta del farmaco.

È importante sottolineare a tal proposito che la concomitante assunzione degli inibitori di pompa protonica (farmaci fra i più utilizzati nella popolazione generale) potrebbe interferire con l'efficacia antifratturativa del farmaco stesso.

In conclusione l'individuazione di nuovi targets terapeutici e la realizzazione, nell'ambito dei farmaci attualmente già disponibili, di formulazioni caratterizzate da un profilo sempre migliore di efficacia-tollerabilità dovrebbero ridurre il *trend*, purtroppo ancora in crescita, dell'OP e delle Fx che ne conseguono.

<b>Farmaci in Nota 79</b>				
Principio attivo	Nome commerciale	Dose e via di somministrazione		
		OS IM	ev	SC
Bisfosfonati Alendronato Alendronato + VitD Bandronato Risodronato	Fosamax, Alendros, Genalen, Dronal	10 mg/die-70 mg/sett		
	Fosavance, Adavance, Dralenos, Binosto	70 mg/sett		
	Boniva	150 mg/mese	3 mg/3 mesi(H OSP 1)	
	Actonel, Optinate, Cedravis	5 mg/die-35 mg/sett- 75 mg+2gg/mesa		
Raloxifene Bazedoxifene	Optruma, Evista Conbriza	60 mg/die 20 mg/die		
Ranelato di Stronzio	Osseor, Protelos (con prescrizione specialistica)	2 g/die		
Denosumab	Prolia (con piano terapeutico online)			50 mg/6 mesi
Teraparotide	Forsteo			20 µg/die

<b>Farmaci non in Nota 79</b>				
Clodronato	Difosonal, Clodros, Clody, Clasteon etc.	400 mg x 2/die 100 mg/sett		
		200 mg/2 sett		
Neridronato	Nerixia*	25 mg/mese		
Zoledronato	Aclasta (H)			5 mg/anno

\* Prescrivibile SSR con delibera della giunta regionale Toscana n.836/2008 (con piano terapeutico)

## ADOLESCENZA PRECOCE E DIFFERENZA DI GENERE

Vita Antonella Di Stefano\* - Letizia Ragusa\*\*

\*Direttore U.O.C. Pediatria e P.S. Pediatrico A.O.E. Cannizzaro di Catania

\*\*Dirigente medico Alta Specializzazione Endocrinologia I.R.C.C.S. Oasi Maria SS. Troina (En)

L'adolescenza è l'età della vita, compresa tra la fanciullezza e l'essere adulto, nella quale si compiono i processi di crescita. Questi ultimi sono particolarmente evidenti durante la pubertà, che è la prima fase dell'adolescenza, quando si manifestano modificazioni somatiche e neuroendocrine che portano alla maturazione delle funzioni sessuali che inducono cambiamenti psicologici e comportamentali. Il Pubere (dal latino Puberem da Pubes) è colui che ha raggiunto l'età nella quale si è atti a generare, e che è accompagnata dalla comparsa di peli nelle parti pudende. Pubertà vuol dire mestruazioni, fertilità, impulsi ed eccitazione sessuali, rapido aumento di statura e peso, che costituiscono i principali cambiamenti associati all'adolescenza e al passaggio all'età adulta. Le implicazioni psicologiche che si accompagnano ai cambiamenti biologici sono in genere di gran lunga più importanti delle stesse modificazioni ormonali, essenzialmente il testosterone nei maschi e gli estrogeni nelle femmine, e l'ormone della crescita in entrambi i sessi.

Il testosterone induce lo sviluppo del tessuto muscolare e dei peli, e si pensa anche che faccia aumentare l'aggressività. Gli estrogeni inducono lo sviluppo delle mammelle e del tessuto adiposo attorno al bacino e sull'addome. Il menarca si colloca poco dopo o durante il picco accrescitivo puberale o "spurt", ossia fra il III –IV stadio di Tanner. Nel maschio non esiste un indicatore certo e documentabile dell'avvenuta acquisizione della capacità riproduttiva. L'inizio della spermatogenesi è dato dall'incremento del volume testicolare che sarebbe nel maschio collocabile tra II e III stadio di Tanner e quando il volume testicolare è superiore ai 10 ml. Non mancano casi in cui la spermatogenesi compare quando si ha un volume testicolare di 5 ml.

La pubertà Precoce è la comparsa di segni clinici iniziali puberali che avviene prima degli otto anni nella femmina e prima dei nove anni nel maschio. Esistono due tipi di Pubertà precoce: periferica e centrale, in quella centrale si distinguono due tipologie, Pubertà precoce vera idiopatica e Pubertà precoce vera indotta da lesioni/traumi. La probabilità di una pubertà precoce è maggiore nelle bambine; l'anticipo puberale è più frequente se vivono in paesi con molta luce e l'alimentazione può essere un fattore determinante per la presenza di "xeno-estrogeni". Occorre attenzionare dal punto di vista psicologico le bambine che si trovano ad affrontare dei cambiamenti fisici imponenti per i quali non sono preparate e che le fanno sentire diverse e isolate rispetto alle coetanee, con il rischio di una sessualità inappropriata per l'età. Il desiderio di uscire dall'infanzia è molto più forte oggi, e questo deriva da un ambiente sociale che induce la frenesia di una crescita rapida e di un



accesso immediato alla fascia di età superiore, bruciando le tappe». I sogni delle bambine si incrociano con le ambizioni dei genitori producendo «donne bambine».

## **LA VIOLENZA CONTRO LE DONNE: LAVORARE PER UN CAMBIAMENTO NEGLI UOMINI. IL CENTRO LDV DELL' AZIENDA USL DI MODENA**

Monica Dotti Coordinatrice Centro LDV-Liberiamoci dalla violenza Azienda USL Modena

La violenza fisica ,sessuale e psicologica ha sempre un impatto negativo sul benessere della donne ed è un problema di la salute pubblica ( WHO, 2002). Le conseguenze possono essere sia dirette che indirette e possono consistere in fratture, lividi, lesioni, reazioni psicologiche acute, come la sindrome post traumatica da stress e in caso di violenza sessuale ,può essere presente il rischio di una gravidanza indesiderata, di contrarre una malattia sessualmente trasmissibile o l' AIDS. Se le violenze avvengono in gravidanza, le conseguenze possono essere anche aborti spontanei, parti pretermine, danni al nascituro

Le conseguenze indirette sono scatenate dallo stress e mediate dal malfunzionamento del sistema immunitario e possono colpire qualsiasi organo e funzione. La violenza subita può determinare dei comportamenti a rischio: la donna può trascurare la sua salute, mangiare troppo o troppo poco, non sottoporsi agli screening e ad altri interventi preventivi, oppure consumare troppi farmaci , fumare o “ automedicarsi” con droghe e alcol fino a mettere in atto pesanti comportamenti autolesivi. Per questi motivi la violenza subita può avere un impatto devastante sulla salute anche a lungo termine ed ha elevati costi individuali e sociali, ampiamente dimostrati.

Le Unità di Pronto Soccorso secondo la letteratura internazionale sono gli ambiti più frequentati dalle donne vittime di violenza ed una recente analisi svolta presso l' Azienda Usl di Modena ha permesso di evidenziare la tipologia di donne che maggiormente vi afferrisce. Un lavoro di sensibilizzazione sulla presenza di eventuali indicatori individuabili nel corso della anamnesi individuale o familiare e' stata rivolta, oltre che ai professionisti dei pronto soccorsi, anche ai Medici di Medicina Generale e ai Pediatri di Libera Scelta che per il ruolo che rivestono anche di natura fiduciaria ,devono essere in grado di fornire alle donne le indicazioni necessarie sui punti della rete territoriale in grado di poter offrire un aiuto per uscire da una situazione di violenza. In linea con la propria mission, l' Azienda Usl di Modena partecipa insieme ad altre istituzioni ,al Protocollo Prefettizio per la individuazione di strategie ed azioni a contrasto della violenza contro le donne. Nel tempo l' Azienda sanitaria ha messo in campo diverse progettualità anche di tipo formativo ed informativo, consapevoli di quanto la cultura , gli stereotipi e i pregiudizi incidano sulle visioni che riguardano il” genere “e sulle relazioni che si vanno a costruire .

Tra le attività in essere, spicca per innovazione e particolarità, la costituzione nel 2011 all'interno di un Consultorio Familiare ,del Centro Liberiamoci dalla Violenza (LDV) per il trattamento degli autori di violenza di genere ed intrafamiliare, per aiutarli a cambiare e ad assumere la responsabilità dei loro comportamenti. Il Centro si connota per riproporre la metodologia di trattamento in essere nel Centro norvegese Alternative To Violence di Oslo i cui esperti ,attivi dal 1987, sono i precursori in Europa di questa attività , ed hanno formato gli psicologi /psicoterapeuti modenesi di LDV per realizzare il primo Centro italiano gestito da un' istituzione pubblica fortemente sostenuto dalla Regione Emilia-Romagna. Centro che fino ad oggi ha preso in carico, in trattamento individuale o di gruppo, oltre 90 uomini di età compresa tra i 25 e i 60 anni, di diversa scolarità e professione a testimonianza che la violenza si caratterizza per essere un fenomeno diffuso e trasversale nella nostra società.

## **ATTIVITÀ SANITARIE E MEDICINA DI GENERE IN TEATRO OPERATIVO: LA MIA ESPERIENZA.**

Ten. Concetta Dafne EVANGELISTA, Ufficiale medico

Sin dall'inizio degli anni '60 la NATO si è dimostrata sensibile al concetto di *gender* inteso come “*diversità fra uomini e donne senza far riferimento alla loro specificità sessuale ma alla relazione che tra di essi intercorre e al modo in cui questa relazione contribuisce a costruire la società*”. Nel



1973 viene fondato il *Committee on Women in NATO Forces* (CWNF) allo scopo di sviluppare le possibili interrelazioni tra i due sessi nell'ambito delle Forze Armate aderenti al Patto Nord Atlantico e nelle aree di crisi dove le stesse operano.

In quest'ottica viene concepito il Role 1+ di Pristina, inquadrato all'interno del Comando della missione KFOR, nel cui organico sono inseriti due militari di sesso femminile con l'incarico di Ufficiale Medico e Sottufficiale Infermiere. Il Role 1+ supporta tutto il quartier generale di Pristina nelle pratiche di medicina di base e piccola chirurgia e interviene in caso di emergenza in un raggio di 20 km dalla base di Film City. Circa il 3% del bacino d'utenza di tale Comando è costituito da donne.

Nel corso della mia esperienza è stato possibile visitare pazienti affette da infezioni micotiche vaginali e ritardi del ciclo mestruale, soprattutto riscontrabili in personale con un incarico a più elevato stress fisico, che hanno rappresentato una casistica modesta ma interessante.

La differenza nella tipologia di traumi sportivi tra personale di sesso femminile, soggetto ad algie dovute a sforzi più contenuti ma prolungati, e personale di sesso maschile, soggetto invece ad algie dovute a movimenti rapidi ed esplosivi, ha costituito dal punto di vista clinico un ulteriore aspetto di notevole interesse.

Il Role 1+ si è dimostrato essere una struttura adeguata e ben equipaggiata per il trattamento di tutto il personale, tuttavia, soltanto con l'implementazione in un prossimo futuro tramite l'acquisizione di ecografi e kit per l'ispezione vaginale, tale servizio sarà reso ancora più performante.

A fronte degli argomenti sopracitati, oltre alle patologie dovute alle naturali differenze anatomiche, si è riscontrata l'esistenza di diversità anche nei traumi che interessano l'apparato osteo-muscolare; nondimeno l'acquisizione di ulteriori materiali ginecologici permetterà di far fronte alle esigenze, per ora non note, che potrebbero verificarsi in futuro. In ultimo, non meno importante, è risultato essere fondamentale affiancare alla preparazione medica una formazione professionale indirizzata all'inserimento in un complesso contesto multinazionale, dove la presenza di almeno un membro del team sanitario di sesso femminile si rivela imprescindibile.

## **OSTEOPOROSI E GENERE**

Michelina Guerra Responsabile Ambulatorio dell'Osteoporosi U.O. Ortopedia e Traumatologia Hesperia Hospital Modena – Presidente AIDM, Sezione di Modena.  
Gabriella Ferretti Specialista Endocrinologia U.O. Medicina Hesperia Hospital Modena

L'Osteoporosi (OP) è una patologia a forte incidenza di genere. Le donne sono più colpite circa 4 volte più degli uomini a causa della maggiore longevità, il picco di massa ossea è inferiore a quello maschile e, con la menopausa, la protratta carenza estrogenica induce cospicue perdite di massa ossea. L'OP riguarda 1 donna su 3 ed 1 uomo su 7. Secondo lo studio ESPOPO sono oltre 5 milioni gli italiani affetti da osteoporosi, di cui 3,5 milioni sono donne, inoltre 6,5 milioni di donne e 2 milioni di uomini sono affetti da osteopenia. Secondo l'OMS nel 2050 in Italia ci saranno 24 milioni di persone affette da osteoporosi.

Poiché la durata della vita si è allungata, si stima che nel 2025 il numero delle fratture d'anca maschili sarà simile a quello attuale delle donne. Pertanto anche l'OP maschile sta diventando un problema sanitario di importanza crescente. La perdita di osso nell'uomo inizia tra i 40 e 50 anni, con un decremento di circa l'1% per anno, che al di sopra dei 75 anni porta a perdere circa il 15-40% della massa ossea trabecolare e circa il 5-15% della corticale. Le sedi più colpite sono l'anca, le vertebre e il polso. Le fratture nell'uomo compaiono circa dieci anni dopo le donne e, limitatamente alle fratture femorali, la mortalità è doppia nell'uomo rispetto alla donna (31% vs 17%). Dati recenti indicano che circa il 20% delle fratture vertebrali e il 30% di quelle femorali colpiscono i soggetti di sesso maschile. In ogni caso, la malattia interessa l'uomo in percentuale inferiore rispetto alla donna. Nel sesso maschile, prevalgono le OP secondarie, intorno al 60%, mentre nel sesso femminile prevalgono le forme primitive, cioè la post-menopausale e la senile. Le cause più importanti di OP nell'uomo sono l'ipogonadismo, il consumo eccessivo di alcol e la terapia protratta con glucocorticoidi, mentre è in aumento la forma di OP secondaria al blocco androgenico totale (B.A.T. o D.A.T.), terapia molto seguita per il controllo del cancro della prostata.



Questa terapia determina un'accelerata perdita di massa ossea, OP e un incrementato rischio di fratture, a prescindere dalla presenza di metastasi ossee. Studi recenti, infatti, indicano che la D.A.T. determina una perdita annuale di BMD compresa tra il 2% e l'8% a livello lombare e tra l'1,8 e il 6,5% al femore. La diagnosi di OP richiede la MOC (DEXA), esami ematici ed indagini strumentali. In presenza di OP maschile da tenere presente la maggiore incidenza di OP secondarie. Per il trattamento dell'OP maschile sono indicate le stesse molecole utilizzate per la donna: vale a dire i bisfosfonati, il teriparatide

## **OSTEOPOROSI SECONDARIE**

Dott.ssa Malavolta Nazzarena, Dott.ssa Rossi Elisa, Dott.ssa Buffa Angela, Dott.ssa Mulè Rita, Dott.ssa Vukatana Gentiana, Dott.ssa Trevisani Marica, Dott.ssa Corvaglia Stefania

Sono considerate "primitive" le forme di osteoporosi (OP) post-menopausali e senili, "secondarie" quelle determinate da un ampio numero di patologie e farmaci. Le OP secondarie colpiscono il 30% delle donne in post-menopausa e più del 50% delle donne in pre-menopausa con OP e il 66% degli uomini con OP.

Esistono molti fattori che sono considerati causa di OP secondaria. E' quindi e' più corretto pensare a fattori potenziali che contribuiscono all'insorgenza di OP piuttosto che a cause secondarie di OP. Quando è presente un fattore dominante esso viene considerato la causa primaria di OP secondaria.

La frequenza di OP nelle donne con artrite reumatoide va dal 30 al 50%, a seconda delle sedi valutate mediante la densitometria, e questo dato è confermato anche nel maschio. Si tratta quindi di un problema reale che non dipende solo dall'uso di steroidi, ma anche dall'attività di malattia che pone in primo piano il ruolo osteopenizzante di numerosi mediatori dell'infiammazione e di citochine liberati localmente dal panno sinoviale, ma che svolgono un importante ruolo sistemico.

Anche i pazienti con broncopneumopatia cronico ostruttiva hanno un aumentato rischio di OP e di fratture correlate. Tale incremento potrebbe essere correlato ad un aumento dei fattori di rischio (fumo, età avanzata, inattività, malnutrizione e basso peso corporeo), ma anche da uno stato infiammatorio cronico e dall'uso di glucocorticoidi (GC) orali e per via inalatoria. Il malassorbimento e l'infiammazione cronica sono condizioni che contribuiscono alle alterazioni patologiche dell'osso (OP, osteomalacia, aumentato rischio di frattura) in pazienti con malattie infiammatorie croniche intestinali e con malattia celiaca. L'OP può essere la prima manifestazione di una celiachia latente a qualsiasi età. Studi epidemiologici hanno dimostrato che il Diabete Mellito (DM) si associa a elevato rischio di frattura femorale, dell'omero, del piede. Il DM I si associa a riduzione della densità minerale (BMD) (a causa dei bassi livelli di insulina) e ad alto rischio di fratture. Il DM II si associa a incremento di BMD e ad alto rischio di fratture, questo apparente paradosso si spiega andando a valutare la qualità dell'osso che nel DM II appare alterata con riduzione della resistenza ossea.

Tra i numerosi farmaci con potenziali effetti negativi sulla massa ossea, i GC sono la classe più studiata. La perdita di massa ossea indotta dalla terapia con GC è il risultato di un "imbalance" tra riassorbimento (relativamente aumentato) e neoformazione ossea (particolarmente ridotta). La perdita ossea inizia precocemente (primi 3 mesi) e perdura per tutta la durata dell'assunzione dei GC. Anche il trattamento con gli inibitori delle aromatasi aumenta l'attività degli osteoclasti e il rischio di frattura.

Dalla letteratura emerge come la vasta problematica delle OP secondarie indotte da numerose condizioni patologiche e dai loro trattamenti sia ad oggi ampiamente sottostimata. Diventa quindi importante la sensibilizzazione verso questo problema da parte delle diverse figure specialistiche al fine di favorire un precoce ed adeguato inquadramento diagnostico-terapeutico.

## **IL DIABETE NELLE DONNE: STESSE CURE, DIVERSI RISULTATI**

**Valeria Manicardi** – Direttore Unità Internistica Multidisciplinare –Ospedale di Montecchio-AUSL di Reggio Emilia, a nome del Gruppo Donna di AMD.



Il Gruppo Donna della Associazione Medici Diabetologi (AMD) si è costituito nel 2010 con l'obiettivo di approfondire le differenze di genere in ambito metabolico in Italia. L'analisi dei dati del mondo reale raccolti annualmente negli "Annali AMD" costituiscono la fotografia della assistenza diabetologica in Italia. Nel 2012 abbiamo pubblicato i dati relativi a 451.859 Diabetici tipo 2 (188.125 F e 227.169 M) : le donne sono risultate più vecchie (10% in più di donne con età > 75 anni), più obese, con un peggior compenso metabolico (- 3,8% di donne con HbA1c ≤ 7%; +2,7% di donne con HbA1c > 8%) nonostante un maggior utilizzo di insulina nelle donne; ma soprattutto mostrano un profilo lipidico peggiore (LDL colesterolo più elevato fin dalla diagnosi). Nonostante il medesimo trattamento farmacologico con statine le donne raggiungono di meno il target desiderato di LDL colesterolo. In altre parole le Donne con Diabete Tipo 2 hanno un profilo di rischio cardiovascolare peggiore dei Maschi diabetici di pari età e durata di malattia, nonostante pari opportunità di cura. (*Diabetes Care* 36:3162-3168,2013). Una possibile resistenza alle statine nelle donne è segnalata in letteratura. Allo stato attuale delle conoscenze occorre intensificare i trattamenti nelle donne con Diabete tipo 2, verificare l'aderenza alle cure e motivare alla modifica dello stile di vita per ridurre il rischio cardiovascolare globale. Lo Score Q, che misura la Qualità di cura complessiva e correla con il rischio cardiovascolare, è sfavorevole alle donne con DT2. Nel corso del 2014 abbiamo analizzato i dati relativi al Diabete Tipo 1 (insulino-dipendente): 28.802 DT1, di cui il 45,5% Donne e il 54,5% Maschi, seguiti nei servizi di diabetologia in Italia. In questa popolazione non sono emerse differenze di età tra i generi, né di durata di malattia, e non evidenzia differenze di rilievo soprattutto per quanto riguarda il profilo di rischio cardiovascolare: le Donne con DT1 mostrano maggiore difficoltà a raggiungere il target di HbA1c (6% in meno di donne che mantengono i valori di HbA1c ≤ 7%), qualunque sia il tipo di trattamento intrapreso (microinfusore di insulina o terapia multiiniettiva). Le donne sono più spesso trattate con Microinfusore rispetto ai maschi :19,6 vs 13,8%, nel tentativo evidente di superare le difficoltà di ottimizzare il compenso metabolico. I Maschi con DT1 fumano di più, hanno valori di Pressione arteriosa meno controllata e sono in lieve maggiore sovrappeso, ma non emergono nemmeno nel DT1 differenze nelle cure intraprese. Maschi e Femmine con DT1 sono trattati con statine nella medesima percentuale e raggiungono i medesimi risultati. Conclusioni: La rete dei servizi di Diabetologia in Italia è in grado di garantire pari opportunità di accesso alle cure e la medesima qualità di assistenza. Le differenze nel raggiungimento dei target terapeutici evidenziano differenze biologiche e di efficacia dei farmaci che richiedono nuovi studi e approfondimenti. DT1 e DT2 si confermano due popolazioni diverse.

## **SCLEROSI MULTIPLA E INFLUENZA DEL GENERE**

Maria Giovanna Marrosu,

Centro Sclerosi Multipla, Dipartimento di Sanità Pubblica, Medicina Clinica e Molecolare  
Università di Cagliari

La sclerosi multipla (SM) è una malattia infiammatoria e degenerativa del sistema nervoso centrale, alla cui patogenesi concorrono fattori genetici e ambientali che determinano una risposta autoimmune verso componenti della mielina. Come altre malattie autoimmuni, la SM è prevalente nel sesso femminile. E' stato ipotizzato che fattori ormonali, genetici e ambientali siano alla base di tali differenze. E' necessario considerare le differenze di genere nella presentazione clinica e nella risposta ai trattamenti.

Differenze nella presentazione. Diversi studi indicano un incremento del rapporto femmine/maschi, con cause ancora non identificate ma sulle quali si suppone abbiano un impatto modifiche nello stile di vita degli ultimi decenni, quali abitudine al fumo, bassi livelli di vitamina D, assunzione di estrogeni orali, obesità. In generale, le donne tendono ad un esordio più precoce, ad una progressione più lenta, ad un decorso più frequentemente recidivante-remittente.

Effetto degli ormoni sessuali. Un consistente numero di dati sia in pazienti SM che in modelli sperimentali dimostrano che gli ormoni sessuali hanno un valore terapeutico nella SM e che il genere e lo status ormonale devono essere presi in considerazione nella strategia terapeutica. Il razionale nel considerare come opzione terapeutica gli ormoni sessuali si basa sull'elevata prevalenza di SM nelle donne rispetto ai maschi, sulla diminuzione dell'attività di malattia durante





la gravidanza, in particolare nel terzo trimestre. Nel modello sperimentale della SM (encefalomielite autoimmune sperimentale, EAE) sono state dimostrate proprietà immunomodulatorie e neuroprotettive degli ormoni sessuali, indicando come questi agiscano sia sulla componente infiammatoria che su quella degenerativa.

Gravidanza. Durante la gravidanza si osserva una diminuzione delle ricadute, soprattutto nel terzo trimestre, mentre è evidente un incremento nel periodo post-partum, in relazione al numero di attacchi nell'anno precedente la gravidanza e durante questa e la disabilità all'inizio della gravidanza. Per quanto riguarda la disabilità, esistono dati contrastanti circa un'azione protettiva esercitata dalla genitorialità vs l'assenza di figli.

Esposizione a farmaci in gravidanza. L'esposizione accidentale a INF-beta durante la gravidanza è associata ad una più alta abortività e basso peso alla nascita, mentre tali dati non sono confermati per esposizione durante i primi 45 gg di gravidanza. I dati su altri farmaci si basano su casistiche molto limitate, tuttavia è noto che teriflunomide e fingolimod hanno un rischio potenziale di tossicità fetale..

Gravidanza con tecniche di riproduzione assistita (TRA). Diversi reports indicano che l'uso di terapia ormonale nelle TRA aumenta gli attacchi fino a 7 volte. Le basse concentrazioni di estrogeni e progesterone utilizzati nelle TRA aumentano il milieu pro-infiammatorio, favorendo l'insorgenza di ricadute.

Allattamento. Il ruolo dell'allattamento sulle ricadute non è del tutto chiaro. L'allattamento esclusivo al seno sembra essere associato ad una diminuzione delle ricadute comparato all'allattamento artificiale e misto. Tuttavia numerosi fattori confondenti impediscono di considerare conclusivi tali studi.

In conclusione: Il dovere del neurologo è dare informazioni, in modo che la coppia possa decidere in base alle proprie personali convinzioni e valutazioni. La SM non influisce sulla capacità di concepimento, di portare a termine una gravidanza e di crescere un figlio, ma la coppia deve sapere che la SM può portare a una disabilità anche molto grave.

### **ONJ BF-related (Osteonecrosi dei Mascellari correlata a Bifosfonati)**

Laura Miriam Pallotta ,Med. Chir. Spec.Odontostomatologia,Spec.Ortognatodonzia, Sez.AIDM  
Ascoli Piceno

Entità nosocomiale recentemente individuata, collegata alla somministrazione di Bifosfonati, farmaci, inizialmente indicati nelle metastasi ossee, sono oggi consigliati largamente a donne che presentano osteopenia o osteoporosi in menopausa. Eziopatogenesi ancora non chiara.

Obiettivo della comunicazione è diffondere il carattere di multidisciplinarietà della diagnosi e della scelta terapeutica, coinvolgendo dapprima: il Medico di MG, l'Odontoiatra, il Radiologo, quindi, il Chirurgo orale, il Chirurgo Maxillo-faciale, l'Ortopedico. Alcuni nomi commerciali sono: Didronel, Fosamax, Actonel, Boniva, Zometa ed altri di più recente generazione. In pratica, prima di iniziare la cura, non salvavita, devono essere escluse patologie in atto o inaggravanti all'apparato masticatorio, al fine di evitare l'eventuale insorgenza di osteonecrosi. Risulta accertato che il Bifosfonato funge da potente inibitore del metabolismo osseo, impedendo la dissoluzione dei cristalli di idrossiapatite nel ricambio della matrice ossea. I BF presentano emivita breve a livello plasmatico mentre a livello osseo rimangono molto a lungo a causa dell'affinità con l'idrossiapatite; inoltre, inibiscono l'attività degli osteoclasti e degli osteoblasti fino all'apoptosi; hanno anche effetto antiangiogenetico e, riducendo l'apporto ematico, rallentano il turnover cellulare. Poiché mandibola e mascellare sono le ossa a maggior turnover, può presentarsi, in concomitanza con la terapia, osso vetrificato, fragile o necrotico. Esistono linee guida, protocolli, Consensus Conference che permettono di effettuare una corretta terapia con BF, riducendo il rischio di ONJ. La patologia si presenta dopo i 45 aa, colpisce uomini e soprattutto donne in menopausa. I paz. sono distinti in: 1) paz. che devono iniziare la terapia, 2) paz. che sono in terapia con BF senza patologia orale, 3) paz. in terapia con segni e sintomi orali. Importante è la via di somministrazione: maggior rischio per via e.v., minore per os. I paz. prima di iniziare la cura, vanno sottoposti ad esame Rx OPT e TAC o Dentscan delle ossa mascellari e sottoposti ad attenta vs odontoiatrica. Prevenzione: può essere eseguito CTX test per prevedere se ci sono rischi di sviluppare ONJ.



All'esame obiettivo possono risultare: sanguinamenti spontanei, focolai singoli o multipli di necrosi ossea, sequestri ossei, raccolte di essudato purulento, fistole, mobilità dentale fino alla perdita di alcuni elementi, esposizioni di osso, fino a fratture spontanee. La sintomatologia può presentare: dolore, anche resistente alle normali terapie, alitosi, disgeusia, difficoltà di alimentazione, masticazione, fonazione e deglutizione, ipoestesia, parestesia cutanea. Effetti collaterali comuni sono: febbre, nausea, dolori diffusi, alterazioni della funzionalità esofagea, riduzione della funzionalità renale, infiammazione venosa. L'Odontoiatra dopo aver effettuato un'attenta vs, deve eseguire, laddove possibile, terapia conservativa di denti, gengive e osso alveolare, deve ridurre manovre invasive e chirurgiche, ritoccare protesi incongrue e soprattutto eseguire e mantenere una scrupolosa igiene orale. La terapia consiste in: clorexidina 0,20% collut. 3 volte al dì, Penicillina VK500 mg 4/die, in alternativa levofloxacina 500mg o eritromicina 400mg 3/die, associazione con metronidazolo, ma con potenziali tossici.

## **CIBO, AMBIENTE E FERTILITÀ**

Dott. PAOLA SBISÀ

Medico specialista in Scienza dell'Alimentazione e Dietologia  
Geriatría e Gerontologia

In questa relazione mi propongo di approfondire la conoscenza degli agenti di origine nutrizionale implicati nell'eziopatogenesi dell'infertilità di coppia, sempre più frequente nei paesi industrializzati, al fine di poter attuare nel futuro una miglior prevenzione.

Le molteplici cause dell'attuale declino della fertilità possono essere suddivise in: socio economiche, ambientali, psicologiche ed organiche.

È noto sin da tempi antichi come lo stato di nutrizione influisca sulla fertilità; tale fatto si spiega scientificamente con l'influenza di numerosi neuro-trasmittitori ed adipochine sull'asse ipotalamo-ipofisi-gonadi. Questa fitta rete di trasmettitori viene a sua volta influenzata da principi nutritivi, stili di vita ed alimentari. Molti alimenti contengono sostanze ormonali e nutrienti indispensabili per la sintesi endogena degli ormoni, la follicolo-genesi, la spermatogenesi ed il processo di fecondazione.

Cause di infertilità femminile vanno individuate nelle disregolazioni dell'apparato riproduttore indotte da disordini endocrini e patologie dell'apparato stesso, quali l'endometriosi, la fibromiomas uterina, la sindrome dell'ovaio policistico e la menopausa precoce. Tali patologie sono in significativo aumento.

La fertilità maschile è anch'essa in declino, essendo la concentrazione spermatica diminuita del 50% ad oggi rispetto a cinquant'anni fa. Nei neonati si riscontra inoltre un aumento delle malformazioni genitali e disturbi della differenziazione e dello sviluppo sessuale.

Sempre più evidenti sono le prove scientifiche che associano il rapporto tra l'insorgenza di tali patologie all'azione di sostanze inquinanti diffuse nell'ambiente e nella catena alimentare capaci di interferire con la funzione endocrina e riproduttiva umana ed animale (come evidenziato nell'EDSP Endocrine Disruptor Screening Program formulato dall'EPA Environmental Protection Agency).

Le molecole più pericolose sono quelle definite dall'EPA "interferenti endocrini o distruttori endocrini"; trattasi di agenti plastificanti (bisfenolo A, ftalati), conservanti (parabeni), ritardanti di fiamma, pesticidi e metalli pesanti. Tali sostanze passano nella catena alimentare entrando nell'organismo umano attraverso il cibo ma anche attraverso la cute e per via inalatoria; sono attivissime a dosi minimali e tendono ad accumularsi concentrandosi nei tessuti dell'organismo.

Queste molecole sono in grado di mimare l'azione degli ormoni, ed interferire con neurotrasmettitori e molecole chiave nel metabolismo, ma il fatto più grave è che esse sono anche in grado di intervenire su tutte le tappe della differenziazione cellulare e programmazione genetica



ed epigenetica di organi e tessuti rendendosi così dannose non soltanto all'organismo colpito ma anche alla sua progenie.

Alla luce di ciò si auspica per ogni nuovo prodotto chimico un'accurata valutazione delle potenzialità di interagire con la salute umana prima che esso sia immesso sul mercato.

## **DISTURBI NEUROPSICHIATRICI: IL SESSO FA LA DIFFERENZA?**

Caterina Scuderi

Ricercatore Universitario in Farmacologia; Dipartimento di Fisiologia e Farmacologia "Vittorio Erspamer" SAPIENZA Università di Roma

Negli ultimi anni, una delle scoperte più sorprendenti nel trattamento delle malattie neuropsichiatriche, ed in particolar modo della depressione, è stata la constatazione clinica che l'effetto dei farmaci è strettamente dipendente dal genere. Ciò ha spinto numerosi ricercatori ad eseguire una serie di studi volti a chiarirne le cause e ad identificarne i meccanismi molecolari. Ad esempio è stato osservato che una singola infusione di una dose sub-anestetica di ketamina (antagonista del recettore N-metil-D-aspartato) produce un rapido e duraturo effetto antidepressivo sia in pazienti depressi resistenti al trattamento che in modelli animali di depressione. Nonostante questa ed altre importanti evidenze prodotte negli anni, la ricerca farmacologica continua ad interessarsi prevalentemente a soggetti di sesso maschile. Tuttavia, una ricerca più attenta alle influenze del sesso sulla patogenesi dei disturbi neuropsichiatrici (e sulle risposte ai farmaci) si rende necessaria sia per comprendere pienamente i meccanismi operanti ma anche perché può aiutarci a spiegare alcuni effetti apparentemente contraddittori.

La quantità notevole di dati ad oggi disponibili sulle influenze legate al sesso sulla funzione del cervello indicano che l'ipotesi, purtroppo ancora molto diffusa, che le influenze del sesso sono trascurabili non può essere giustificata e ciò probabilmente ritarda il progresso in campo farmacologico.

## **LA GESTIONE DELLE DIFFERENZE IN SANITÀ: EQUITÀ E GENERE NELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA**

Fulvia Signani e Maria Augusta Nicoli, Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale ASSR dell'Emilia-Romagna

La Regione Emilia Romagna, attenta da tempo alle diversità, nel 2011 ha istituito il Tavolo intersettoriale tra gli Assessorati dedicato al genere, che ha curato le fasi preparatorie della Legge regionale, approvata in Assemblea legislativa regionale nel giugno 2014 sotto il nome di "**Legge Quadro per la parità e contro le discriminazioni di genere**" (n.6). La legge, il cui articolo 10 ha per titolo "*Medicina di genere e cura personalizzata*" e richiama il diritto alla salute sancito dall'articolo 32 della Costituzione, nonché la parità di trattamento e di accesso alle cure con particolare riguardo alle differenze di genere, promuove la formazione continua dei professionisti della sanità a un approccio che tenga conto della medicina di genere e invita le strutture sanitarie e socio-sanitarie regionali a valorizzare l'approccio di genere nella cura e nell'assistenza. La legge prevede la disseminazione di un'informazione corretta ed equa sulle problematiche di salute e sulle differenze di genere. Interessante sollecitazione è quella verso un'attività scientifica e di ricerca secondo l'ottica di genere, con l'auspicio di percorsi diagnostico – terapeutico - assistenziali orientati all'equità di genere, senza dimenticare la sicurezza sul lavoro.

Nel 2013 i Direttori Generali di tutte le Aziende Sanitarie si sono visti affidare il compito-obiettivo di mettere in atto azioni ispirate all'equità e al rispetto delle differenze.

Il determinante 'genere', che caratterizza le diversità tra le persone, come è noto rappresenta uno dei numerosi determinanti che generano salute, ma, per merito delle incalzanti scoperte ed evidenze, nonché le specifiche metodologie di analisi (su cui ci si soffermerà brevemente) si presta agevolmente come banco di prova per allenare alla gestione delle differenze sia le forme di pensiero che l'azione di cura.



La Regione ha promosso anche l'avvio di un'area applicativa delle politiche, affidando all'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale l'incarico di sviluppare un **Piano-Programma** che prevede "Modelli organizzativi e strumenti per l'equità e il rispetto delle differenze" a cui afferisce la Linea **Salute di genere** che ha diverse attività in corso d'opera. Per esempio attraverso l'Osservatorio equità e diversità, sta curando la mappatura delle principali attività messe in atto dalle Aziende Sanitarie regionali ispirate all'equità e alla medicina di genere; una raccolta della letteratura delle evidenze relativa all'influenza determinata dal genere nella pratica clinica (appropriatezza) e sta identificando un repertorio di buone pratiche da proporre ai professionisti regionali; sta allestendo altresì Laboratori regionali di formazione per specialisti delle diverse reti cliniche. Si inizia con la cardiologia di genere.

### **GENETICA, EPIGENETICA ED ORMONI SESSUALI NEL CARCINOMA COLORETTALE: PROPOSTE PER UN APPROCCIO CLINICO DI GENERE**

Cristina Tarabbia, Medico chirurgo, Ginecologo, Professore incaricato Università di Ferrara  
Debora Romano, Medico chirurgo, Chirurgo generale,  
AIDM Sezione di Ferrara

Il cancro del colon-retto è la terza causa di morte per neoplasia al mondo. E'una patologia multifattoriale, in cui genetica, epigenetica, ormoni sessuali ed ambiente agiscono sulle cellule staminali delle cripte conducendole a differenziamento atipico, secondo vie molecolari e sequenze carcinogenetiche diverse.

In letteratura sono state descritte differenze di genere riguardo incidenza, mortalità, età media della diagnosi, prevalenza di fattori di rischio, di localizzazione e di tipo istologico, adesione allo screening, correlazione con le fasi ormonali, sopravvivenza nelle forme avanzate e post-chirurgica, risposta e tossicità a chemioterapici.

Tali evidenze suggeriscono un ruolo preminente, se pur controverso, degli steroidi sessuali nella fisiologia dell'enterocita e nei meccanismi carcinogenetici, nonostante il carcinoma colo-rettale non sia un tumore ormono-dipendente.

Lo scopo del lavoro è quello di valutare, attraverso una revisione della letteratura, eventuali differenze di genere nel ruolo del genoma, dell'epigenoma, degli steroidi sessuali e dei fattori ambientali nell'insorgenza e nella progressione della malattia, per una migliore definizione delle strategie preventive, diagnostiche e terapeutiche, al fine di rispondere efficacemente alla domanda di appropriatezza ed equità delle cure.

Alcune forme neoplastiche eredo-familiari e sporadiche, riferibili a mutazioni genetiche ed epigenetiche di geni codificanti per specifici enzimi riparativi del DNA, sono più frequenti nella donna. Poiché il chemioterapico elettivo per ridurre il rischio di recidiva delle forme avanzate di tali istotipi è proprio metabolizzato più lentamente nella donna, i dati epidemiologici suggeriscono una riduzione del dosaggio del farmaco nei protocolli delle pazienti affette, per limitare la maggiore comparsa di effetti ematologici avversi che ne grava la tollerabilità e la prognosi.

Il ruolo protettivo dell'esposizione estrogenica nell'insorgenza e nella progressione del carcinoma del colon-retto è noto da quasi 40 anni, sia per interferenza steroidea con il metabolismo degli acidi biliari, carcinogenetici sulla mucosa gastrointestinale, sia per regolazione locale (ERbeta-mediata) dell'omeostasi enterocitica, dell'architettura delle cripte e della metilazione epigenetica di particolari regioni genomiche localizzate nei promotori del 70% dei geni umani.

Progesterone ed androgeni, oggetto di recenti studi, hanno fornito risultati analoghi.

Tuttavia, dati contrastanti della letteratura hanno reso indispensabile un approfondimento della modulazione ormonale nei tessuti fisiologici e patologici, nell'uomo e nella donna in diverse fasi della vita, che ha delineato un profilo estremamente dinamico di espressione metabolico-ormonale e recettoriale dell'enterocita.

Tali variabili suggeriscono una revisione critica dell'impiego, a scopo preventivo e terapeutico, degli agonisti dei recettori steroidei secondo razionali rigorosi che non ne tengano affatto conto.

Infine, l'importanza non trascurabile del microbioma intestinale nella patogenesi di malattie gastroenteriche infiammatorie e degenerative, e nell'assorbimento di nutrienti e nutraceutici complica ulteriormente il quadro all'interno delle singole categorie di genere.



L'approccio clinico ai pazienti affetti da carcinoma colo-rettale è dunque molto complesso ed andrebbe declinato al genere, all'età e ad altre variabili che probabilmente avvicineranno alla personalizzazione della terapia.

## **PROGETTO RIVOLTO ALLA CURA DI PAZIENTI AFFETTI DA FIBROMIALGIA DELLA ASL AL DI ALESSANDRIA**

Gabriella D'Amico, medico anestesista, Carla Gallini, medico anestesista, Carla Mirabelli medico fisiatra, Mirella Palella, medico internista, Marisa De Stefani, infermiera professionale, Cristina Endrizzi, medico psicoterapeuta  
AIDM Alessandria

Con il termine fibromialgia (SF) si designa una sindrome caratterizzata da dolore cronico diffuso e rigidità muscolo-scheletrica, associata a sintomi autonomici e funzionali (come astenia, disturbi del sonno, intolleranza al freddo, sindrome da colon irritabile eccetera) e disturbi psicopatologici quali ansia e depressione.

I criteri adottati per la diagnosi si basano sull'anamnesi, prevedono la presenza di dolore muscolo-scheletrico diffuso da almeno tre mesi e la positività di almeno 11/18 punti trigger miofasciali (American College of Rheumatology, 1990), dopo aver escluso altre patologie reumatologiche o patologie sistemiche che possono presentarsi con una sintomatologia fibromialgica.

L'incidenza della malattia è pari a 583/100.000 e la prevalenza riguarda soprattutto il sesso femminile (2,5-10,5%). La SG determina invalidità funzionale e lavorativa in una fascia di età spesso giovane e di sesso femminile; il peggioramento della qualità di vita, l'impatto sulle relazioni sociali e familiari che questi pazienti subiscono, comporta un impegno dei servizi sanitari per rispondere ad una richiesta spesso incessante degli utenti che si rivolgono ai servizi sanitari alla ricerca di risposte specifiche per combattere o tollerare il dolore, spesso peregrinando attraverso diversi ambiti specialistici.

Da questo si evince la necessità di adottare un approccio multi disciplinare per la cura dei sintomi che comprenda non solo la terapia farmacologica ma anche quella psicologica e terapie complementari come l'agopuntura e l'omeopatia, accompagnata da specifici programmi rivolti al rilassamento muscolare come il Thai Chi che è un'antica arte marziale che attraverso movimenti lenti e fluidi favorisce il senso di coordinazione motoria, di stabilità posturale e riduce la tensione muscolare. Proprio per migliorare la risposta terapeutica ottimizzando le risorse disponibili, è stato avviato nel 2013 presso la ASL Al di Alessandria un progetto specifico consistente nella creazione, senza oneri aggiuntivi, di un servizio strutturato sulla base di una rete di collaborazione tra diverse branche specialistiche ambulatoriali (Reumatologia, Riabilitazione, Psicoterapia e Terapia Antalgica) presenti sul territorio per offrire alla persona affetta da SF un percorso diagnostico-terapeutico appropriato. Nello studio si inseriscono poi dei progetti di ricerca volti a valutare l'efficacia delle metodiche utilizzate. Un progetto si riferisce all'agopuntura, in particolare l'agopuntura addominale a complemento dell'agopuntura somatica. I soggetti inclusi in questo studio osservazionale prospettico sono stati 13 pazienti di età compresa tra 26 e 62 anni. L'efficacia del trattamento è stata valutata con schede di autovalutazione e con il questionario specifico Fibromyalgia Impact Questionnaire nella versione validata. Il secondo studio ha valutato l'impatto della psicoterapia espressiva che utilizza come strumento terapeutico la danza movimento terapia. Interventi specifici attraverso la rivisitazione dello schema corporeo e dei pattern neuromuscolari implicati nello sviluppo psico-evolutivo, si uniscono ad un approccio psicoterapeutico che ha lo scopo di stimolare risorse creative e adattive ai deficit funzionali che la malattia spesso determina in modo permanente.

## **ESPERIENZA CLINICA E ORGANIZZATIVA DI ANALGESIA IN TRAVAGLIO DI PARTO**

Maria Grazia Garlasco, Maria Giribaldi, Serena Consumati  
Dirigenti medici SOC Anestesia e Rianimazione  
Az.Osp SS Antonio Biagio C.Arrigo Alessandria  
AIDM sezione di Alessandria



Il problema “analgesia in travaglio di parto” presso la nostra azienda ospedaliera (35 posti letto di ostetricia, da 916 nati nel 2002 a 1423 nel 2014) è stato affrontato a partire dal 2003; da aprile 2004 il servizio di anestesia ostetrica è cresciuto garantendo l’analgesia del parto, praticata sulle 24 ore, festivi compresi. Quello che segue è un breve resoconto clinico e organizzativo di questa esperienza.

Le gravide, dopo un iniziale periodo in cui erano “arruolate” a poche ore dal parto, vengono ora indirizzate all’anestesista per un colloquio informativo sulla tecnica peridurale, i suoi vantaggi e la sua gestione. Al termine del colloquio, che ha cadenza settimanale, viene fornito un opuscolo informativo con allegato il foglio per il consenso informato.

A partire dal 2007, visto l’aumento degli accessi alla sala parto di gravide straniere, si è provveduto alla compilazione di opuscoli in lingua araba, rumena e albanese.

I momenti chiave dell’attività di anestesista ostetrico, oltre all’informazione che si cerca di rendere più capillare possibile, anche grazie alla partecipazione ai corsi pre-parto, sono il lavoro in team con i colleghi ginecologi e le ostetriche, una costante presenza in sala parto e la condivisione delle problematiche legate a questo tipo di pazienti.

Inizialmente veniva valutato a sei mesi il gradimento della tecnica attraverso una intervista telefonica. Con la riduzione dei Punti nascita limitrofi, ne è conseguito un aumento di parti in termine numerico e in termine di patologia ostetrica e neonatale, aumentando anche il numero di richieste di partoanalgesia da parte delle pazienti e di posizionamento del catetere peridurale su indicazione medica.

Oltre alla possibilità fornita alla donna di partorire potendo scegliere di farlo in maniera meno dolorosa, la presenza di un servizio di anestesisti ostetrici garantisce una maggiore sicurezza di espletare manovre invasive (parto operativo con vacuum ostetrico, episiotomia o taglio cesareo) utilizzando il catetere peridurale e conseguentemente riducendo il numero di anestesie generali e di complicanze ad esse correlate con miglioramento dell’outcome materno fetale.

Grazie alla costante interazione tra l’anestesista dedicato e lo specialista ginecologo, si è raggiunta la possibilità di aumentare il numero di donne precesarizzate che vengono avviate ad un tentativo di parto per via vaginale e di selezionare un pattern di donne con gravidanza gemellare cui dare la possibilità di partorire per le vie naturali con maggiore sicurezza.

Dal 1 gennaio 2004 a tutt’oggi 5000 donne sono state sottoposte ad analgesia peridurale lombare o a combinata subaracnoidea-peridurale eseguita con tecnica ago dentro ago con l’utilizzo di ropivacaina associata ad oppioidi nella prima somministrazione.

Nel corso degli anni è andato diminuendo sia il numero di parti operativi che il numero di tagli cesarei effettuati sulle pazienti con catetere peridurale a indicare un miglioramento della tecnica che ha saputo adattarsi alle varie fasi del travaglio di parto senza interferire con le stesse e a sottolineare una fruttuosa integrazione di tutti gli elementi facenti parte del team.

## **GLI STILI DI VITA FRA LE LAVORATRICI IN SANITÀ: ALLA RICERCA DI PRIORITÀ PER LE AZIONI**

Rossana Prosperi (a), Fiorangela Fossati (a) Donatella Tiberti (b), Maria Chiara Antoniotti (c), Irene Bevilacqua (d) Maria Antonietta Brezzi (e)

(a) ASL AL Servizio Igiene e Sanità Pubblica Novi Ligure (b) ASL AL - Alessandria - Servizio Sovrazonale di Epidemiologia, (c) ASL NO –Novara -Servizio Sovrazonale di Epidemiologia (d) Igiene, Università di Genova – (e) ASL AL Servizio Igiene e Sanità Pubblica Alessandria  
Sezione AIDM di Alessandria

**Introduzione:** L’importanza globale delle malattie croniche non trasmissibili (MCNT) è in continua crescita, soprattutto malattie cardiovascolari, diabete, tumori, malattie respiratorie croniche causano circa il 60% di tutti i decessi del mondo. Investire in prevenzione con la promozione di stili di vita sani e l’azione sui principali fattori di rischio delle MCNT permette di migliorare la qualità della vita, del benessere degli individui e della società in generale.



**Obiettivi:** Descrivere l'atteggiamento delle lavoratrici dell'area sanitaria, in confronto con le lavoratrici delle altre aree produttive, rispetto ad alcuni fattori di rischio di MCNT e alla prevenzione, con particolare riguardo alle tematiche di Guadagnare Salute

**Materiali e metodi:** Sono state analizzate 2001 interviste della sorveglianza PASSI, nel biennio 2011/2012 del Piemonte, per consumo di alcol e di tabacco, sovrappeso, abitudini alimentari (five a day) e attività fisica, confrontando il settore della sanità (231) e le altre occupazioni (1770)

**Risultati:** Le lavoratrici della sanità rappresentano l'11,3% del campione femminile con una sostanziale omogeneità nella distribuzione delle diverse fasce di età (18-34;35-49;50-69) rispetto alle occupazioni.

Il livello medio alto di istruzione, è significativamente maggiore, 82,2% vs 69,3%, ma non appaiono differenze nella percentuale di chi riferisce difficoltà economiche: 50,5% vs 49,7%. Le lavoratrici della sanità sono più attive: sedentarietà 22,2% vs 31,7%, dato statisticamente significativo.

Per quanto riguarda gli altri aspetti analizzati non si osservano differenze significative: consumo di almeno 5 porzioni di frutta e verdura : 19,6% vs 14,7%; sovrappeso 22,8% vs 19%. Consuma abitualmente alcol il 42,9% vs 45,8%, mentre il consumo a rischio è 12,2% vs 11,7%; fuma il 29% delle operatrici sanitarie rispetto il 24%, delle altre lavoratrici e le ex fumatrici sono il 16,7% vs il 13%. Praticamente tutte le fumatrici che hanno tentato di smettere, lo hanno fatto da sole, senza l'aiuto dei Servizi delle ASL, in entrambi i gruppi confrontati.

**Conclusioni:** Le donne che lavorano nell'area della Sanità, dovrebbero essere maggiormente consapevoli dei rischi e più propense all'adozione di uno stile di vita sano.

Stili di vita corretti non particolarmente diffusi in sanità, inducono a considerare il setting lavorativo come importante opportunità per promuovere la salute.

### **DONNE E MEDICINA: perché essere donne non è da tutti.**

Donne dell'Associazione Italiana Donne Medico sezione di Bergamo: Regina Barbò fondatrice e consigliera, Micaela Motta segretaria, Patrizia Morganti presidente, Paola Rosaschino vicepresidente e tutte le socie

Le donne medico in Italia sono 144.693, oltre il 40 per cento dell'intera popolazione medica. Secondo i dati Fnomceo del 2013, quasi 64.000 sono over cinquanta anni e circa 83.000 sotto. In provincia di Bergamo contiamo 4481 medici iscritti, di cui 1747 donne: tra di esse si contano meno di 20 primari (si veda la tabella con il dettaglio delle strutture censite), pari a 8,75%. Negli anni scorsi è stato segnalato un calo delle "vocazioni" maschili a intraprendere la professione medica (probabilmente incentivato dalla progressiva riduzione del prestigio legato alla figura professionale e alla riduzione delle retribuzioni per i professionisti della salute). Sebbene questo fenomeno sia ora in controtendenza, è comunque vero che negli ospedali i medici donna oggi costituiscono la maggioranza. Tuttavia, come dimostra la nostra tabella, la progressione nella professione e il raggiungimento dei vertici di responsabilità sembrano rimanere appannaggio di chi donna non è.

Un lavoro molto lucido, apparso sull'European Heart Association Journal nel 1999, sottolinea come esistano differenze di genere nell'ambito della professione, e sostiene che il sospetto di sessismo e segregazione è fondato. La conclusione però è che la progressione nella scala gerarchica negli ospedali, è strettamente connessa all'anzianità di servizio. Il problema è che le donne sono spesso soggette a interruzioni nella carriera legate a gravidanza, allattamento, e alla necessità di assistere in prima persona i familiari malati. Questi "pit-stop" hanno l'effetto di farle scivolare ogni volta al punto di partenza nella scalata della piramide delle promozioni. E l'alternativa a questo, per chi rimanda la realizzazione familiare per la carriera, è rassegnarsi ad una ridotta fertilità pur senza aver raggiunto ruoli apicali. Noi non intendiamo promuovere le donne *contro* il resto del mondo. Dopo tanti anni di carriere basate quasi esclusivamente su nepotismi e raccomandazioni, crediamo che rispolverare la parola "merito" possa cambiare le cose. Il merito non ha sesso: non è né maschile né femminile. Valorizzare il merito (cioè la fatica già fatta e la voglia di farne ancora) potrebbe diventare una risorsa non solo nella professione medica, ma anche nella società italiana, che sta vivendo, come è noto, un momento serio e impegnativo. Anche l'organizzazione familiare sta cambiando, con una consapevolezza maggiore, da parte degli uomini, dell'importanza del loro



ruolo nell'aiuto domestico e nell'educazione dei figli. Infine, se "leader" è qualcuno capace di stare un passo indietro, indicando con l'esempio agli altri la strada da percorrere, ebbene, questa definizione sembra adattarsi bene alle caratteristiche delle donne.

***“ Porto nel mio lavoro quello che ho imparato dall'essere madre, dal mondo. Valuto quando stare zitta e quando essere direttiva. So stare davvero nella situazione. E da questo, a me, oltre alla stanchezza, viene una grande gioia”. (Patrizia, infermiera del DH oncologico)***

STRUTTURA	NR UOMINI APICALI	NR DONNE APICALI
AO Treviglio	60	5
AO Seriate	50 circa	7
AO Papa Giovanni XXIII	50	2
ASL Bergamo	13	2
Humanitas Gavazzeni	22	1
Clinica Castelli	4	0
Clinica S. Francesco	?	0
Clinica S. Pietro	18	2
Totale	<b>217</b>	<b>19 (8,75 %)</b>

## IL FEMMINICIDIO: ANALISI DI UNA FORMA ESTREMA DI VIOLENZA DI GENERE

M.C.Manca, R.Trane

AIDM Sezione di Bologna

Secondo l'OMS il femminicidio è ogni forma di discriminazione e di violenza rivolta contro la donna "in quanto donna". Recenti dati evidenziano come il 13,5% degli omicidi nel mondo (1 su 7) sia commesso fra le mura domestiche e i Paesi dove le donne sono più a rischio è il Sud-Est asiatico, dove il 58,8% degli omicidi avviene per mano del partner; seguono i Paesi ad elevato reddito (41,2%), fra i quali l'Italia. Secondo fonti Ministeriali, nel nostro Paese nel 2013, su un totale di 501 casi di omicidio volontario, 172 sono stati consumati in ambito familiare/affettivo e 120 sono state le vittime di sesso femminile (69,77%), per lo più di nazionalità italiana, così come italiana è spesso la nazionalità dell'aggressore. Il Femminicidio è solitamente perpetrato da uomini, nella maggior parte da partner o ex partner e può essere preceduto da abusi domestici, minacce, intimidazioni o situazioni in cui le donne hanno meno potere o meno risorse rispetto ai loro partner. In merito ai mezzi impiegati, se le armi da fuoco si confermano come strumento principale nei casi di femminicidio (45,1%), la gerarchia degli strumenti di offesa si va modificando, con sempre maggiore ricorso alle "mani nude"; riguardo il movente, quello passionale continua ad essere il più frequente (31,7%). Nel 51,44% dei casi in Italia il colpevole è stato assicurato alla giustizia (di solito per autodenuncia e spontanea consegna alle autorità competenti), mentre meno frequentemente (28%) l'autore dell'omicidio ha tentato o è riuscito nell'intento di suicidarsi.

A seguito dell'entrata in vigore della Legge 15/10/2013 n.119 si è assistito ad un significativo inasprimento delle pene e delle misure cautelari. Si riporta, a titolo di esempio, un caso di femminicidio di una giovane donna di nazionalità marocchina rivoltasi allo sportello antiviolenza del comune di Budrio per ricevere assistenza, nonostante i tentativi della stessa di dissimulare la violenza subita da parte del marito. Segnalata ai servizi sociali del medesimo comune, veniva fissato nell'immediato un incontro con il legale per garantirle la necessaria tutela giuridica. A seguito della mancata presenza della donna all'appuntamento stabilito, venivano allertati i servizi sociali dai quali si apprendeva che la stessa era stata uccisa dal marito. Questo grave episodio ha messo in evidenza la necessità di creare una rete di servizi socio-sanitari integrati sul territorio per uno scambio continuo di dati e di informazioni al fine di garantire una efficace presa in carico globale della vittima: infatti nel caso de quo, se fosse stato operativo un database nel quale fossero confluite tutte le informazioni disponibili (accessi a P.S., colloqui con assistenti sociali, interventi delle forze dell'ordine), gli operatori coinvolti avrebbero potuto garantire una assistenza tempestiva ed efficace nel prevenire il tragico epilogo.





Nonostante l'inasprimento delle pene, introdotto con la recente riforma normativa, possa fungere da deterrente per prevenire e contrastare il fenomeno della violenza di genere, appare fondamentale investire in progetti che mirino all'informazione, educazione e sensibilizzazione della collettività e di tutti gli operatori socio-sanitari coinvolti.

## L'OSPITALITÀ DEL FEMMINILE

Dr.ssa Concetta Stornante  
Medico psichiatra -psicoterapeuta  
AIDM -Bologna

"L'Ospitalità del Femminile" prende in prestito il titolo italiano di un estratto dal saggio "The Conditions of Hospitality" della filosofa Luce Irigaray

La riflessione della filosofa inizia dalle differenze dell'ospitalità fra la cultura maschile e quella femminile in quanto la/le differenza/differenze tra i due generi è la prima irriducibile differenziazione nell'ambito della specie umana. Si osserva e ne deriva una differente modalità di ospitare l'Altro.

Ospitare vuol dire permettere la coesistenza con l'Altro e non la sua integrazione e/o assimilazione, dunque trovare un luogo in cui ciò possa accadere.

Per Irigaray: "La donna per natura è capace di portare in grembo un bambino, anche di sesso differente dal proprio, perché grazie ai due - donna e bambino- in lei si è prodotto un luogo che non appartiene né all'uno né all'altro, ma permette la loro coesistenza: la placenta". Io aggiungo che la placenta si materializza in quel luogo quasi virtuale, che è l'utero del corpo femminile pronto ad ampliarsi quando vi è un ospite, frutto a sua volta dell'incontro fra i due generi sessuati.

La filosofa afferma che: "Né la donna né il feto potrebbero sopravvivere senza questo organo che garantisce l'esistenza di entrambi e la loro relazione. Dal mio punto di vista, la formazione della **placenta** all'interno dell'**utero** può configurarsi come " **l'ospitalità naturale dell'essere biologicamente femmina**".

Ma esiste nelle persone una dimensione psicologica per cui ci si sente emotivamente, affettivamente, capaci di accogliere e poi ospitare l'Altro. Si concretizza "l' **ospitalità personale del sentirsi psicologicamente donna**"

Tale attitudine e capacità può realizzarsi nella vita di tutti e professionalmente manifestarsi ed esercitarsi nelle professioni di aiuto. Lo spazio dell'incontro terapeutico è luogo di empatia ed ascolto: strumenti che permettono la creazione di uno spazio inter-relazionale all'interno del quale si potrà manifestare ciò che avviene nella relazione tra i due ed in cui si partecipa con contenuti diversi in base alla posizione di curante e di curato. "Ospitare" si esprime, **nel linguaggio**, attraverso il **silenzio, spazio fra le parole**, che permette l'ascolto dell'Altro.

Altra dimensione esclusivamente umana è quella della costituzione nella comunità degli esseri umani, dei Valori condivisi, potenzialmente presenti in ognuno dei suoi rappresentanti. In questa dimensione si manifesta " **l'Ospitare della Femminilità** ", che si concretizza nella Accoglienza dell'Altro e delle sue irriducibili differenze. Accoglienza vuol dire in questo caso fare uno Spazio per permette di all'Altro di presentarsi con le sue caratteristiche, le sue differenze e nella autenticità, senza che l'Altro venga inglobato e soffocato

**L'Ospitare della Femminilità** è Attendere l'Altro, dove il luogo creato per la coesistenza dei due Generi, è **l'Attesa**, cioè, la sospensione della ricerca dell'Altro, ed il contenuto della relazione che si creerà fra i due, ospiti ambedue, sarà il Desiderio reciproco

## LA DIMENSIONE FEMMINILE NELLA SCLEROSI MULTIPLA E NELLA SUA CURA

*Marina Farinelli, specialista in Psicologia Clinica*

*Carmelina Trocino, specialista in Neurologia*

*Carla Augusta Fossi, specialista in Medicina fisica e Riabilitazione*

*Margherita Arcieri, specialista in Geriatria e Gerontologia, presidente AIDM Bologna*

**AIDM, sezione Bologna**

La Sclerosi multipla (SM) è una malattia infiammatoria cronica autoimmune che colpisce tipicamente il sesso femminile. Si suppone che anche quando si manifesta nei primi anni della vita adulta, abbia un esordio subclinico prima della pubertà. Interessa la mielina che avvolge le fibre nervose con funzione protettiva e di facilitazione della trasmissione dell'impulso nervoso. Esistono due fasi: la demielinizzazione infiammatoria e la degenerazione con perdita assonale. Recenti studi denotano un relativo interessamento anche della sostanza grigia. Evolve solitamente per progressione sostenuta da recidive, crisi e remissioni che possono avvicinarsi nel corso della vita fino a gravi disabilità motorie e cognitive. Alcune forme, però, pur presentando recidive e remissioni non esitano in grave disabilità. L'eziopatogenesi è ancora poco nota: si suppone sia il risultato di un'alterazione dell'equilibrio tra fattori di vulnerabilità, rischio e protezione. Si ipotizza un'interazione di fattori genetici e biologici (immunologici in particolare) e psicosociali coinvolti nell'esordio, nella riacutizzazione, nella remissione. Per la sfera psicologica, gli eventi di separazione e di perdita, lo stile difensivo e di coping cioè il modo di fronteggiare sia gli eventi negativi della vita che quelli positivi e associati al cambiamento in generale, sono stati studiati in relazione all'esordio e all'attività della malattia. I sintomi ed i disturbi possono essere molteplici, perché le lesioni multiple possono comportare l'interessamento di varie aree del sistema nervoso e riguardare la difficoltà di comunicazione, coordinamento e trasmissione tra midollo e cervello. I disturbi neurologici possono interessare la sfera fisica con disfunzioni sensoriali e motorie di diverso grado di severità. Sono abbastanza frequenti disturbi visivi, disartria, disfagia, fatica, dolore, spasticità con difficoltà di coordinamento, perdita del controllo degli sfinteri e disfunzioni sessuali. I deficit cognitivi possono interessare: attenzione, concentrazione, velocità di elaborazione, fluency verbale, elaborazione degli stimoli, memoria e funzioni esecutive. Frequenti sono la disregolazione e la labilità emozionale ed i sintomi possono essere più spesso di natura disforica, ansiosa o depressiva, in relazione a fattori complessi inclusa la sede delle lesioni nervose. L'uso di farmaci impiegati nelle riattivazioni della malattia, quali i cortisonici, o per prevenire nuove crisi, quale l'interferone, tende a modificare il tono dell'umore e la regolazione emotiva. Tutto ciò che è stato enunciato finora molto in breve deriva da un approccio multidisciplinare che va mantenuto nella ricerca e nella cura. La collaborazione tra specialisti è indispensabile vista la complessità della malattia. In particolare lo scopo di questo lavoro è quello di evidenziare come nel processo di cura sia possibile aiutare, in particolare la donna, nello sviluppo e nel mantenimento di una viva identità personale e sociale. Occorre pertanto una cura comprensiva che accompagni nelle varie fasi della malattia, nei fisiologici passaggi ed eventi della vita femminile e che sia di aiuto nel ritrovare e mantenere una soddisfacente qualità dell'esistenza.

## **LA TUTELA MEDICO LEGALE NELL'AMBITO DELLA PRESA IN CARICO DEI RICHIEDENTI ASILO POLITICO**

**M.C.Manca, R.Trane**

**AIDM sezione di Bologna**

Il rifugiato politico è un cittadino di un Paese non appartenente all'Unione Europea, il quale, per il timore fondato di essere perseguitato per motivi di razza, religione, nazionalità, appartenenza ad un determinato gruppo sociale o opinione politica, si trova fuori dal proprio Paese e non può o, a causa di tale timore, non vuole avvalersi della protezione di tale Paese. Alla fine del 2007 secondo il rapporto statistico annuale dell'UNHCR "*Global Refugees Trend's*", vi erano 11.4 milioni di rifugiati. In Italia, la procedura per il riconoscimento della protezione internazionale è regolata dall'art 1 della legge 39/90 (legge Martelli) così come modificato dalla legge n. 189/200 (legge Bossi/Fini). Tale normativa è stata successivamente integrata da altre disposizioni, anche se in Italia non esiste ancora oggi una legge organica dedicata: allo stato attuale, i richiedenti asilo devono sottostare al giudizio, comunque appellabile, delle Commissioni territoriali per il riconoscimento della protezione internazionale. Si riporta, a titolo di esempio, un caso trattato dalla Dott.ssa Manca in qualità di medico legale esperto, in cui una giovane donna camerunense, militante nel partito politico di opposizione, giungeva clandestinamente in Italia, ove faceva richiesta di protezione e asilo politico che le veniva negato perché, "*pur potendo la ricorrente aver*



*subito gli episodi di violenza aventi le caratteristiche di quelli narrati [violenza sessuale di gruppo ed aver assistito all'uccisione del padre e del fratello, ndr], non risulta essere stata oggetto di atti persecutori a sfondo politico...".* A seguito degli accertamenti sanitari disposti dal Giudice della Corte d'Appello (visita ginecologica, ortopedica, psichiatrica ed accertamento medico-legale), le veniva riconosciuto lo status di rifugiato perché "... *un imminente rientro in Camerun ... non farebbe altro che pregiudicare gravemente lo stato di salute psicofisico della stessa...*". Pertanto, il riconoscimento di uno status legale di protezione a cittadini stranieri, fuggiti da Paesi nei quali sono presenti reali pericoli di persecuzione, prevede che tutte le attività socio-assistenziali vengano svolte con la piena collaborazione di tutte le figure professionali coinvolte. Nell'ambito di questo percorso di accoglienza, assistenza ed orientamento sociale, giuridico, di medicina generale e specialistica, il medico legale è indispensabile non solo per l'accertamento e la certificazione delle violenze e torture subite dai richiedenti asilo politico, ma anche e soprattutto per l'efficace formazione del personale socio-sanitario, al fine di garantire loro una presa in carico globale.

## **LA PREVENZIONE AL FEMMINILE**

Tutte le socie della sezione AIDM di BRESCIA, (Presidente Iacono Graziella: [brescia.aidm@gmail.com](mailto:brescia.aidm@gmail.com)) e Comitato ADOSITALIA di BRESCIA (Presidente: Carla Pernigo Crippa: [brescia.adositalia@gmail.com](mailto:brescia.adositalia@gmail.com))

Abbiamo deciso come AIDM BRESCIA di predisporre una locandina da appendere nelle sale di attesa dei MMG e nelle farmacie per invitare le donne ad aderire al massimo agli screening femminili proposti dalla ASL di Brescia. Coinvolgendo le donne attraverso il nostro invito come donne e non solo come Medici pensiamo di dare un contributo all'aumento della adesione agli screening mammografico e citologico. Abbiamo coinvolto in questa iniziativa anche le donne operate al seno di Brescia (ADOSITALIA). Gli screening: screening mammografico: in tutto il mondo il carcinoma della mammella rappresenta il tumore più frequente nella popolazione femminile, sia per incidenza sia per mortalità. La probabilità di ammalarsi aumenta progressivamente con l'età. Per le donne che partecipano ad un programma di screening organizzato, con una mammografia ogni 2 anni fra i 50 e i 69 anni, è dimostrata una riduzione della mortalità che può arrivare fino al 50 %. Grazie all'anticipazione diagnostica non solo si possono ridurre i tassi di malattia diagnosticata in fase avanzata, ma si può decisamente migliorare la qualità di vita delle donne favorendo la diffusione di trattamenti di tipo conservativo. Screening citologico (pap-test): A livello mondiale il tumore del collo dell'utero è il secondo tumore maligno della donna, dopo il tumore della mammella. Lo screening riesce a riconoscere la malattia anche quando non ci sono sintomi, e può individuare quelle lesioni che non sono ancora un tumore ma lo potrebbero diventare. Il pap test viene proposto ogni tre anni alle donne di età compresa fra 25 e 64 anni. Perché insistere sull'informazione: i dati nazionali e regionali di adesione agli screening sono ancora lontani dagli standard desiderabili di adesione. Riteniamo che "metterci la nostra faccia" possa essere utile per convincere altre donne ad aderire. A chi indirizzare la comunicazione: il posto più adatto è lo studio dei MMG perché il proprio Medico è la persona più adatta, nel consigliare la donna a sottoporsi allo screening, a promuovere i programmi di screening. Perché AIDM si mette in gioco in questa locandina: è un gesto semplice ma può essere una modalità efficace di applicare la nostra capacità di essere convincenti nei confronti di altre donne proprio in quanto donne noi stesse e anche per svolgere un'attività nell'ottica della SALUTE DELLE DONNE, posta come obiettivo strategico della Conferenza mondiale sulle donne di Pechino 1995 divenuto base della Medicina di Genere e di SALUTE 2020 Europa ed obiettivo strategico della Regione Lombardia (promozione della salute delle donne e medicina Gender oriented).

## **LA LOMBALGIA CRONICA: PREVENZIONE E TRATTAMENTO**

Maria Tiziana Di Leo  
Medico Fisiatra



## AIDM – Sezione di Caltanissetta

**INTRODUZIONE:** Da diversi anni, la sezione AIDM di Caltanissetta ha posto la sua attenzione sulla prevenzione della lombalgia cronica, con particolare riguardo nelle donne. A livello mondiale, circa l'80% delle persone ha avuto almeno una volta nella vita un episodio di dolore lombare, soprattutto individui che conducono una vita sedentaria, ma anche professionisti che sono costretti a mantenere posizioni obbligate per lunghe ore.

**SCOPO DEL LAVORO:** La lombalgia cronica, qualunque sia la sua origine, è molto invalidante perché riduce la funzione globale del paziente nelle attività di vita quotidiana primarie e secondarie. Per questo motivo l'obiettivo principale nella cura della lombalgia cronica deve essere sicuramente la prevenzione primaria e secondaria. Abbiamo così pensato di creare un gruppo di pazienti ed insegnare loro non solo gli esercizi per rinforzare la propria colonna vertebrale ma anche le strategie per prevenire il dolore acuto.

**MATERIALI E METODI:** abbiamo creato una BACK SCHOOL (Scuola della schiena, molto conosciuta e sviluppata negli Stati Uniti) che insegna al paziente come gestire la propria lombalgia, come prevenirla con correzioni posturali nelle attività di vita quotidiana e come rinforzare la propria colonna vertebrale con gli esercizi specifici e con la ginnastica posturale. I pazienti sono divisi in piccoli gruppi omogenei per età e patologia e due volte a settimana effettuano esercizi di stretching dei mm del rachide, esercizi di rinforzo dei mm addominali, lombari e dorsali ma anche esercizi di rinforzo globale, esercizi respiratori ed esercizi posturali. Una volta al mese tutti i pazienti dei gruppi partecipano ad un piccolo seminario dove un medico spiega loro come è fatta la colonna vertebrale, le patologie più comuni, ma soprattutto quali sono le attività e le posture errate e quali atteggiamenti corretti assumere per prevenire la ricomparsa del dolore.

**RISULTATI:** con l'applicazione del metodo della scuola della schiena i pazienti hanno avuto un notevole miglioramento del dolore e hanno imparato a migliorare gli atteggiamenti posturali sia nelle attività domestiche che lavorative.

**CONCLUSIONI:** i pazienti affetti da lombalgia cronica grazie alla scuola della schiena hanno la possibilità di autogestire il mal di schiena e di rinforzare la propria colonna vertebrale con continuità, evitando l'assunzione, a volte incontrollata, di farmaci e nello stesso tempo ottenere un miglioramento delle proprie attività nella vita di tutti i giorni.

## CAMPAGNA DI INFORMAZIONE E PREVENZIONE ONCOLOGICA ALLE DONNE OSPITI DELLA CASA CIRCONDARIALE DI CATANIA

Maria Tarascone, neurologo, facility manager AIDM Catania

Questa iniziativa, svoltasi nel marzo del 2014 ha visto impegnate le socie della circoscrizione di Catania nel raggiungimento degli scopi contemplati dalla Associazione.

Dopo un lungo, ma necessario, iter burocratico, concordato con la Direttrice della sezione femminile della Casa Circondariale, si è organizzata una giornata di formazione sui temi di prevenzione oncologica, dedicata a tutte le donne in quel momento ospiti, con l'obiettivo non solo di promuovere "la formazione scientifico culturale", ma anche di mettere a fuoco "problematiche sanitarie e socio-sanitarie che coinvolgono la collettività e in particolare le donne". Gli argomenti trattati hanno spaziato dalla prevenzione primaria, con l'invito alla lotta contro il tabagismo, alla prevenzione secondaria dei principali tumori: cervice uterina, mammella, colon-retto, cute, bocca, polmone.

L'appuntamento, sicuramente preceduto da diffidenze e cautele, ha fatto fluire e cogliere la forte sensazione di una relazione di fiducia "possibile", si è risposto a tutte le tante domande effettuate registrando una necessità di conoscenza veramente forte e nel clima partecipativo instauratosi si è potuto constatare come queste donne, specie le più giovani, fossero ben informate su molti argomenti, alcune di loro avevano anche già sottoposto le proprie figlie a vaccinazione anti-HPV.

E' stato somministrato un consenso informato alle successive visite che si sarebbero svolte negli ambulatori a ciò dedicati del carcere stesso, registrando la partecipazione di tutte le donne presenti. In date successive sono stati effettuati i controlli ginecologici completati dall'esecuzione del Pap Test e della visita senologica. Un successivo appuntamento ha previsto la consegna alle stesse donne dei referti del pap test e del consiglio terapeutico ove necessario. La tappa successiva ha previsto la valutazione della somministrazione del vaccino anti-HPV nelle donne più giovani.

Prendere parte a questa esperienza ha rappresentato per le nostre colleghe il privilegio di superare confini rigidi e invalicabili, resi tali da regole ferree e severe, ma al tempo stesso di aprire un piccolo varco nella vita di queste donne nel tentativo di abolire le disuguaglianze e di garantire equità di accesso alle cure per le categorie più disagiate tenendo fede al motto che l'AIDM ha fatto proprio "Matris animo curant".

Hanno collaborato: Claudia Pricoco, Rosalinda Musumeci, Aurora Scalisi, Luana Coco, Ivana D'Antoni, Ilaria Marilli, Annalisa Marchese Ragona.

## ...E NELLE MALATTIE RENALI ESISTE UNA DIFFERENZA DI GENERE?

T. Papalia, A. Mollica, R. Greco

U.O.C. Nefrologia, Dialisi e Trapianto - A.O. Cosenza  
AIDM COSENZA

Anche in Nefrologia nelle ultime 2 decenni sono state documentate differenze di genere per le malattie renali. Studi sperimentali e su animali hanno infatti, contribuito a chiarire che gli uomini, sembrano essere a maggior rischio di danno renale rispetto alle donne e che con l'invecchiamento hanno un maggiore declino della funzione renale e una più importante sclerosi glomerulare. Anche la velocità di progressione di molte malattie renali sembra influenzata negativamente dal sesso maschile. Nel Diabete Mellito di tipo 1 nei maschi è evidente un maggiore coinvolgimento renale che si manifesta più precocemente e in maniera più aggressiva con la comparsa di proteinuria. Il sesso femminile, in età fertile, sembra essere un fattore protettivo per alcune malattie renali come



le glomerulonefriti primitive, il rene policistico e la nefropatia ipertensiva. Allo stesso modo le donne sono molto più predisposte alle glomerulonefriti secondarie a malattie autoimmuni come il Lupus eritematoso sistemico (LES). Nelle donne la glomerulonefrite membranosa, la nefropatia a depositi di IgA e la malattia policistica dell'adulto, hanno comunque una progressione più lenta.

I fattori coinvolti in questa disparità di genere sembrano includere la dieta, le dimensioni del rene e dei glomeruli, le differenze dell'emodinamica glomerulare e gli effetti degli ormoni sessuali. Per quanto riguarda quest'ultimi, osservazioni cliniche nell'uomo e studi in animali da esperimento in vivo e in modelli in vitro, hanno consentito di ipotizzare un loro ruolo in molti dei processi implicati nella patogenesi della progressione della malattia renale.

Tali potenziali meccanismi comprenderebbero effetti recettoriali degli ormoni sessuali sull'emodinamica glomerulare, la proliferazione delle cellule mesangiali e l'accumulo di matrice, nonché effetti sulla sintesi e rilascio di citochine, agenti vasoattivi, e fattori di crescita. Inoltre, gli estrogeni potrebbero esercitare potenti azioni antiossidanti nel microambiente mesangiale, contribuendo all'effetto protettivo del genere femminile.

Inoltre gli ormoni sessuali possono mediare gli effetti del genere sulle malattie renali croniche anche attraverso l'interazione con il sistema renina-angiotensina.

Nuove osservazioni suggeriscono anche un ruolo per gli androgeni nella promozione del danno renale cronico nel sesso maschile, attraverso la stimolazione della via apoptotica che è un peculiare tipo di morte cellulare programmata che si attiva in numerose malattie renali croniche, portando alla perdita continua di cellule renali. La modulazione del milieu ormonale con la castrazione femminile e maschile ha, infatti, modificato la capacità di progressione della malattia renale suggerendo effetti diretti degli ormoni sessuali nel condizionare una maggiore suscettibilità dei maschi al danno renale progressivo. Rimangono comunque una serie di incertezze sull'effettivo ruolo che gli ormoni sessuali abbiano sull'evoluzione della malattia renale. Poiché come è noto, dopo la menopausa l'effetto protettivo degli ormoni sessuali sul genere femminile viene meno, ma le donne con nefropatie continuano, comunque, ad avere una progressione di malattia più lenta rispetto agli uomini, sono necessari ulteriori studi per comprendere se gli ormoni sessuali sulle nefropatie agiscono in maniera diretta o hanno semplicemente un ruolo permissivo

### **QUANDO IL “GENERE” CONDIZIONA LA TERAPIA...**

R.Greco, A.Mollica, T. Papalia,  
U.O.C. Nefrologia, Dialisi e Trapianto - A.O. Cosenza  
Sezione AIDM –Cosenza

Lo sviluppo di una medicina critica, gender oriented, in grado di cogliere le differenze di genere rispetto ai processi di salute e di malattia, ha permesso, negli ultimi anni, di svelare il mistero dei molteplici fallimenti diagnostici e terapeutici nei confronti della salute delle donne.

Molte patologie che coinvolgono il rene, sia nelle forme primitive (ad es. le glomerulo nefriti) che in associazione ad altre malattie sistemiche (ad es. il lupus) possono essere ricondotte ad alterazioni del sistema immunitario.

La biopsia renale rimane l'indagine di elezione per la diagnosi istologica della nefrite e per la conseguente scelta della terapia mirata. I farmaci immunosoppressori, modulando la risposta immunitaria del paziente, contrastano i meccanismi responsabili del danno renale. Come per molti altri farmaci, anche per gli immunosoppressori, attualmente in uso, sono riferiti effetti tossici sistemici, che, nel caso specifico del genere femminile, possono avere un ruolo determinante nella scelta e nella prescrizione dei relativi protocolli terapeutici. Ad esempio il trattamento con Corticosteroidi aumenta il rischio di diabete, osteoporosi, ipertensione e turbe dell'umore. Poiché, dagli ultimi dati presentati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, emerge che le donne hanno una maggiore prevalenza di fratture di femore (+ 736%), di diabete (+9%), di ipertensione arteriosa (+30%), e sono a maggior rischio di depressione e ansietà (+138%), nei casi in cui tali terapie steroidee vengano somministrate come da precipua indicazione clinica, il prosieguo dell'assunzione potrebbe essere impedito, compromettendone l'efficacia terapeutica. Questo può spiegare, ad esempio, il peggiore outcome delle Vasculiti renali nel genere femminile. Spesso, in seguito al riscontro bioptico di stadi avanzati di malattie a coinvolgimento renale, la terapia con



Ciclofosfamide (gold standard nel trattamento delle Nefriti lupiche), specie in donne in età fertile, può aumentare il rischio di alterazioni del ciclo mestruale e di infertilità, e da ciò deriva un comprensibile condizionamento nella prescrizione di tali protocolli terapeutici. Negli uomini la preservazione della fertilità mediante la raccolta e la conservazione del liquido seminale nelle banche autorizzate, consente una migliore compliance del paziente, anche dal punto di vista emotivo.

Un altro dato da non sottovalutare, soprattutto in una società proiettata alla massima valorizzazione dell'aspetto estetico, è lo stravolgimento dell'aspetto fisico nella donna che assume tali farmaci immunosoppressori: basti pensare ai segni della cortisonizzazione quali il tipico aspetto cushingoide, l'irsutismo, le strie rubre su addome e arti inferiori, l'acne; all'ipertricosi e all'ipertrofia gengivale della Ciclosporina A. Gli effetti collaterali richiamati determinano una spiccata resistenza del genere femminile al prosieguo delle terapie, condizionando così la cura e la prognosi di tali nefropatie.

Questo lavoro evidenzia come le specificità di genere possano condizionare anche l'evoluzione clinica di importanti quadri patologici.

### INDICATORI DI VIOLENZA DOMESTICA : UNO STRUMENTO DA SPERIMENTARE

Rosa Pedale (Medico di Medicina Generale) – Maria Teresa Vaccaro (Pediatria di Libera scelta)(responsabili scientifiche del progetto Viola-SIMG-DAUNA / FIMP-FG). Rosalia Cavallaro, Maria Luigia Ieluzzi, Rosalba Papagna, Antonella Piscopiello, Renato Sammarco, Laura Spinelli, Giusy Volpicelli, Michele Zamboni.  
AIDM Foggia

All'interno del progetto Viola (Violenza Domestica) la sezione SIMG-Dauna, in collaborazione con l'AIDM/FG ha elaborato un file di raccolta dati in formato excel, diretto al MMG (Medico di Medicina Generale) e PLS (Pediatria di Libera Scelta), volto all'intuitivo e rapido rilevamento dei dati sull'epidemiologia dei maltrattamenti e violenza domestica in capitanata.

#### MATERIALE E METODI

La raccolta dati è iniziata a giugno 2014; i primi risultati parziali saranno raccolti a settembre 2014. Tale file, unico nel suo genere, prevede:

- 1) l'inserimento delle circostanze generali dell'evento (data di rilevamento e tipo di accertamento);
- 2) l'inserimento dei dati anagrafici principali della vittima garantendo l'anonimato della stessa (sesso, data di nascita e nazionalità);
- 3) la valutazione del contesto familiare;
- 4) il rilevamento dei segni fisici e dei disturbi di comportamento generati dalla violenza.

Le sezioni dedicate ai punti 3 e 4, comprendono numerosi indicatori di violenza ricavati dalla seguente letteratura scientifica:

- world report on violence and health - World Health Organization 2002;
- rapporto 2013 del Soccorso Violenza Sessuale e Domestica (SVSeD) della Clinica Mangiagalli;
- la violenza e i maltrattamenti contro le donne dentro e fuori la famiglia – Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) Anno 2006;
- violenza domestica: riflessioni, riferimenti e dati; "istruzioni per l'uso" – Istituto Superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro (ISPESL 2008).

Tali indicatori di violenza, per loro facilità di ricerca da parte del medico compilatore, sono stati raggruppati (arbitrariamente) in sottovoci, come riportato dalla tabella seguente.

VALUTAZIONE CONTESTO FAMILIARE	
Isolamento nucleo familiare	
Disagio lavorativo	
Lutto	
Problemi di coppia	
Problemi di dipendenza	
Altro	
SEGNI FISICI	



Lesioni/fratture non coerenti con raccolta anamnestica	
Ecchimosi in diverso stadio evolutivo	
Disturbo della sfera sessuale e riproduttiva	
Disturbi recenti di vista o udito	
Autolesionismo	
Altro	
<b>DISTURBI DEL COMPORTAMENTO</b>	
Disturbi dell'alimentazione	
Isolamento personale	
Cambiamenti dell'umore	
Calo del rendimento scolastico	
Disturbi del sonno	
Disturbi psico-somatici	
Problemi di dipendenza	
Altro	

## **RISULTATI**

Con l'impiego del seguente file ci si auspica, dopo partecipazione a relativo corso di formazione, non solo la raccolta di significativi dati ai fini statistici, ma anche una maggiore sensibilizzazione al fenomeno sommerso dei maltrattamenti e violenza domestica da parte dei medici del territorio aderenti al progetto.

## **CONCLUSIONI**

La diversificazione dei vari programmi utilizzati dai MMG e PLS della capitanata ha portato alla elaborazione del presente file che, dopo sperimentazione locale, si spera possa essere diffuso anche a livello nazionale.

## **TOSSICODIPENDENZA AL FEMMINILE**

Dott. Garrubba Maria

Laboratorio di Farmacologia e Tossicologia Clinica - Ospedale I.R.C.C.S. "Casa Sollievo della Sofferenza" San Giovanni Rotondo (FG)

A.I.D.M. Sezione di Foggia

## **INTRODUZIONE**

Nonostante la prevalenza stimata dei consumatori di sostanze sia nettamente a favore del genere maschile, il numero assoluto di donne che fanno uso di sostanze è preoccupante. Gli indicatori rappresentativi del fenomeno delle dipendenze mostrano, nella quasi totalità dei casi, valori differenti per i maschi e le femmine: ad esempio, l'età di esordio della patologia e la durata, la tipologia e le modalità di assunzione, l'età e la modalità di accesso ai servizi. A questa differenziazione epidemiologicamente evidente dei percorsi non corrisponde però una speculare differenziazione dell'offerta terapeutica che tenga conto delle specificità di genere e quindi delle esigenze dell'universo femminile all'interno di un sistema di servizi, pubblici e privati, tarati quasi esclusivamente su di un target maschile.

## **FATTORI SOCIO-DEMOGRAFICI**

Le donne diventano tossicodipendenti generalmente più tardi dell'uomo, hanno più probabilità di provenire da famiglie dove almeno un membro ha avuto problematiche con sostanze d'abuso e riferiscono più spesso di avere un partner che fa uso di sostanze. Riportano, inoltre, di essere investite di un eccessivo carico di responsabilità nelle loro famiglie d'origine e di aver avuto esperienze traumatiche in misura maggiore rispetto alla controparte maschile. Riguardo alla maternità, il tasso di aborti spontanei o terapeutici risulta elevato. Poche donne (36%) si sottopongono a controlli ginecologici durante la gravidanza e solo in pochi casi vi è l'adesione ad un trattamento; un 53% di esse continua a far uso di sostanze durante la gravidanza. Al momento





del parto, le donne nascondono frequentemente la condizione di dipendenza o i trattamenti in corso, con conseguenze drammatiche per il nascituro.

#### MATERIALI E METODI

La Sezione di Farmacologia e Tossicologia Clinica del Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio e TrASFusionale dell'Ospedale di San Giovanni Rotondo, porta avanti, in collaborazione con il SERT Gargano Nord, il "Progetto Patenti", che esegue indagini per l'esclusione di abuso di sostanze stupefacenti ed alcoliche per il Codice della Strada e in lavoratori addetti a mansioni che comportano rischi per la sicurezza di terzi. Da gennaio 2013 a dicembre 2014, sono stati analizzati 260 soggetti (età media:37 anni), utilizzando test di screening per l'analisi delle sostanze stupefacenti nelle urine e la cromatografia a fase inversa per la Transferrina desialata (CDT) marker di abuso cronico di alcol. L'intero ciclo ha previsto sei accessi per le sostanze stupefacenti e due, all'inizio e alla fine del ciclo, per la CDT.

#### RISULTATI

Dei 260 soggetti analizzati solo 11(4%) sono risultati di sesso femminile con problemi legati, soprattutto, all'alcol confermando come la maggior parte dei consumatori di sostanze appartenga al genere maschile.

#### CONCLUSIONI

Adottare un approccio di genere nel settore delle dipendenze significa considerare tanto le differenze biologiche, quanto il vissuto, la situazione ed i bisogni di uomini e donne al fine di elaborare appropriate e mirate strategie preventive e/o terapeutiche.

BIBLIOGRAFIA Tuchman E. 2010.Women and addiction: the importance of gender issues in substance abuse research.J Addict Dis 29:127-38

## LE REAZIONI AVVERSE AI FARMACI: DIFFERENZE DI GENERE

AIDM Lecce

Federica Erroi\* Luana Gualtieri\*

\* medico di medicina generale

**Background** Il 60% dei ricoveri delle donne è dovuto alle reazioni avverse ai farmaci. Il dato si trae dal Libro Bianco dell'Osservatorio Nazionale sulla Salute della Donna (Onda) del 2013, da cui è emerso che, sulla medicina di genere il nostro paese è ancora indietro. Le donne hanno un rischio di reazione avversa quasi doppio (1,7 volte) degli uomini, e questo incide anche sui costi sanitari.

**Introduzione** Partendo dalle considerazioni dei ricoveri per reazioni avverse, ci siamo poste il problema se oltre che ad essere maggiormente esposte a reazioni avverse gravi, le donne siano esposte più degli uomini, anche alle reazioni comuni ai farmaci. Dalla disamina della letteratura abbiamo constatato che non è stato condotto alcuno studio che verificasse se gli effetti collaterali dei farmaci, che non richiedono ricovero, hanno la stessa prevalenza di genere nello studio del Medico di medicina generale; per cui abbiamo voluto condurre una survey tra i Medici di Medicina Generale di Lecce

**Obiettivo** Rilevare la conoscenza dei medici di medicina generale sulla medicina di genere e in particolare sulla farmacologia di genere

Rilevare la eventuale diversa distribuzione nei sessi delle reazioni avverse ai farmaci

**Materiali e metodi** Sono stati intervistati 55 medici di medicina generale nella provincia di Lecce a cui è stato distribuito un questionario con otto ITEMS. Lo studio si è svolto da giugno a settembre 2014. Successivamente è stata realizzata una estrazione dei dati concernenti le reazioni avverse ai farmaci grazie ad una query per il programma Millewin usato da 15 medici partecipanti allo studio. Il periodo preso in esame va dal 1999 al 2014.

**Risultati** Il 62% dei medici intervistati riferisce di conoscere la medicina di genere ma solo il 7% ne dà la giusta definizione, Per quanto riguarda la farmacologia di genere, il 51% dei medici non ne ha mai sentito parlare, il 51% ha la percezione che gli effetti collaterali e le reazioni avverse ai farmaci è una problematica più femminile che maschile,



Il 53% di essi appare molto interessato e aperto alle problematiche di genere nella pratica clinica. Tra le difficoltà riscontrate in un approccio in tal senso nella diagnosi e cura dei pazienti emerge l'assenza di linee guida (56%).

Per quanto riguarda le reazioni avverse negli anni presi in considerazione, le segnalazioni sono state 1884, di cui il 62% sono a carico delle donne e il 38% riguardano gli uomini. Un'analisi dettagliata di ciascuna categoria di farmaci coinvolta ha permesso di constatare differenze di genere anche nei principi attivi.

**Conclusioni** I dati estratti dal nostro studio osservazionale, se pur con i limite numerico dei medici coinvolti, rispecchiano quello che è affermato in letteratura da studi effettuati solo in ambiente ospedaliero. Il medico di medicina generale può dare una importante aiuto nel rilevare differenze di genere nelle reazioni avverse ai farmaci, nell'ottica di ottimizzare la cura della persona e ridurre di conseguenza anche i costi.

## **VIOLENZA DOMESTICA E MEDICO MG**

AIDM Lecce

Dott.ssa Luana Miglietta \* Dott. Sandro Petrachi\*\* Dott.ssa Luana Gualtieri \*\*\*

\* Medico di Medicina Generale \* \*\*Mmg Specialista Medicina Legale \*\*\*Mmg specialista in ostetricia e ginecologia

Il fenomeno della violenza domestica rappresenta una piaga tanto diffusa quanto grave, alla quale le Istituzioni e la società civile stanno dedicando una crescente attenzione, poiché è causa di gravi ripercussioni sulla salute della vittima, sia a breve che a lungo termine. Il mmg, per le caratteristiche di accessibilità allo studio, rappresenta un soggetto privilegiato nell'intercettare su vasta scala tale fenomeno e può intervenire, malgrado la scarsità di tempo da dedicare al paziente a fronte delle crescenti responsabilità burocratiche, facilitandone l'emersione e la riduzione del danno, con l'obbligo di informare l'Autorità Giudiziaria di 'reati perseguibili d'ufficio' mediante redazione di referto o rapporto. A tal fine obiettivi fondamentali sono:

1. **sensibilizzare** il mmg sul fenomeno della violenza interpersonale e sulle sue ricadute a breve e lungo termine sulla salute delle vittime;
2. **migliorare** la **consapevolezza** del mmg di essere in una posizione privilegiata per identificare precocemente le situazioni a rischio che si annidano nel nucleo familiare, imparando a gestirle insieme ad alte figure professionali;
3. **rivalutare** gli strumenti e le conoscenze che il mmg ha a disposizione per prevenire il fenomeno, fare terapia, contrastare e ridurre il fenomeno della cronicizzazione dei sintomi;
4. **suggerire strategie** per la gestione del fenomeno.

Poiché il principale strumento a disposizione del mmg è il colloquio, è necessario potenziarne le attitudini comunicative al fine di far emergere un problema correlato ad un abuso e ricercare le soluzioni più idonee sia in fase acuta, sia in fase di cronicizzazione. Prendere coscienza del problema rappresenta il primo passo per il mmg, così come conoscere i servizi territoriali di supporto ai quali indirizzare la vittima rappresenta, infine, il completamento di una buona pratica clinica. Sebbene il mmg abbia un ruolo decisivo non solo nelle misure di prevenzione primaria della violenza, ma anche nelle strategie di prevenzione secondaria e terziaria, il peso dell'intervento non può ricadere completamente su questo, ma è importante la coesistenza di una stretta collaborazione con gli altri operatori sanitari coinvolti. Infatti, affinché la corretta gestione di un ambito clinico così delicato possa essere compiuta efficacemente, è fondamentale che diverse figure professionali ( mmg, ginecologi, pediatri, psicologi, operatori sociali, Forze dell'ordine etc.) imparino a 'collaborare' tra loro, con lo scopo di facilitare il lavoro degli altri, nell'interesse degli operatori e degli utenti. A tal fine sarebbe auspicabile, per migliorare l'elaborazione e l'implementazione degli interventi, la creazione di una rete capillare di conoscenze, condivisione e comunicazione tra le varie figure istituzionali ( medici, psicologi, assistenti sociali, ginecologi, pediatri...), allo scopo di individuare quanti più casi possibili, operando ognuno con le proprie specificità all'interno di un programma più articolato; a livello di protocolli, gli ospedali e le altre



strutture sanitarie possono rappresentare contesti utili per gli interventi, utilizzando le proprie risorse e infrastrutture per attività di prevenzione, diagnosi e cura.

### **FEMMINICIDIO: PERCHE' LE LEGGI NON SERVONO SE NON CAMBIANO LE TESTE**

AUTORI: Maria Odette Coppola\* AIDM Lecce

Alessandra Costantini\*\* Maria Carmen Manna\*\*\*

\*Medico Medicina Generale \*\* Giurista \*\*\* Laureata in filosofia

La violenza sulle donne rappresenta “un problema di salute enorme a livello mondiale” con conseguenze sulla salute classificate in: fisiche, psicologiche comportamentali, sessuali riproduttive, mortali. Con questo lavoro abbiamo voluto analizzare il fenomeno da un punto di vista Sociologico, Giuridico e Medico. Fenomeno che ha radici culturali, ideologiche, sociali e psicologiche, basate sulla condizione di sudditanza della donna rispetto all'uomo a causa di un'educazione maschilista che legittima l'uso della forza nei rapporti, e negli ultimi anni è andato incontro ad un incremento esponenziale. In Italia i primi provvedimenti istituzionali risalgono al lontano 1996. Ma secondo gli ultimi dati ISTAT, nel 2013 6.743.000 donne tra i 16 e 70 anni, sono state vittime di violenza, mentre 179 sono state uccise. L'età media è stata di 53,4 anni e il mezzo più usato è stato le mani nude. Nel 66,4% il carnefice è stato il partner e solo il 7% ha denunciato. Perché? Il Rapporto Eures del 2013 sottolinea l'inefficacia/inadeguatezza della risposta istituzionale alla richiesta d'aiuto delle vittime che nel 51,9% avevano denunciato l'aggressione. Inoltre studi effettuati hanno dimostrato che la donna attende che qualcuno le chieda delle violenze subite. Nel momento in cui la donna si rivolge ai servizi si trova di fronte a personale impreparato ad affrontare e gestire il problema e decide di non denunciare. Per questo motivo, l'ultima Legge avente come oggetto disposizioni urgenti per il contrasto della violenza, n.119 del 15/10/2013 introduce "l'obbligo di formazione per gli operatori che entrano in contatto con la violenza". Formazione che deve avere 3 obiettivi: conoscenza più ampia possibile del fenomeno da un punto di vista medico, psicologico, sociale e giuridico; considerazione della violenza come cofattore eziologico e di rischio e conseguente trattamento; prevenzione attraverso l'informazione data alla donna. Il MMG rappresenta una delle prime figure ad entrare in contatto con donne vittime di violenza. Per questo motivo l'AIDM di Lecce farà partire nel 2015 una survey negli ambulatori dei MMG in cui verrà distribuito inizialmente un questionario ai MMG con l'obiettivo di valutare l'incidenza e l'impatto del fenomeno nell'attività lavorativa. Successivamente verrà somministrato a tutte le donne afferenti negli ambulatori, un questionario stilato sulla base delle linee guida, per identificare le donne che stanno subendo violenza incoraggiandole alla denuncia ma anche per sensibilizzare tutte le donne riguardo al problema. Perché il solo fatto che una figura che funge da supporto, quale è il MMG, si dimostri preoccupato sull'eventualità che il maltrattamento sia possibile, rafforzerà la capacità di cercare aiuto quando la donna sarà pronta a farlo. L'immediato futuro rende però indispensabile l'adozione di un approccio olistico alla tutela delle vittime di violenza, da realizzarsi attraverso l'interazione di più professionalità complementari che consentano di attuare programmi di formazione ed informazione riguardo alla tutela giuridica, medica, psicologica e sociale delle donne vittime di violenza nel tentativo di arginare il problema.

### **EFFICACIA DELLA MUSICO-DANZATERAPIA NEL PERCORSO RIABILITATIVO DI PZ. OPERATE PER NEOPLASIA MAMMARIA: STUDIO SU 41 PAZIENTI**

\*Concetta Laurentaci, °Wanda Cifarelli

\*Dirigente medico U.O. Dipartimentale Riabilitazione; °Psiconcologa L.I.L.T.

AIDM Matera

Introduzione Il tumore mammario rappresenta una delle neoplasie a più elevata incidenza, ma anche a migliore prognosi quoad vitam, seppur in presenza di marcate difficoltà delle pazienti a gestire e superare emotivamente un evento “luttuoso” come l'asportazione mammaria (parziale o totale).



Obiettivi dello studio Al fine di limitare le ricadute negative su donne operate per neoplasia mammaria, presso il P.O. di Matera è stato avviato dal 2005 un Laboratorio di Musicoterapia, con l'obiettivo di favorire il proficuo superamento della fase di accettazione di malattia e la gestione dell'ansia: è, infatti, ormai nota in letteratura scientifica la stretta correlazione tra ansia e malattia neoplastica, con incidenza di rischio doppia, rispetto alla popolazione di soggetti non ansiosi, di ammalare. Il nostro lavoro ha valutato retrospettivamente i positivi effetti del trattamento musicoterapico e danzaterapico in gruppi di donne, trattate tra il 2008 e il 2014 che, dopo il tradizionale percorso riabilitativo, hanno intrapreso un percorso finalizzato ad acquisire adeguati strumenti di gestione dell'ansia, con ricadute positive sulla qualità di vita.

Casistica, materiali e metodi Sono state arruolate n°41 pazienti, di età compresa tra 35 e 72 anni (età mediana 53,5 anni), facenti parte di 6 gruppi di musicoterapia, dal 2008 al 2014, per valutare l'efficacia del trattamento sul miglioramento della qualità di vita e dell'autonomia funzionale globale.

Sono stati utilizzati un questionario autoelaborato inerente il percorso di Musicoterapia (7 domande, di cui 3 con punteggio, 4 di tipo qualitativo) e l'EuroQol-5D (questionario standardizzato "Health related quality of life" HRQL), strumento di misura generico utile a valutare: - stato di salute di gruppi di pazienti in momenti diversi (follow up)

- efficacia degli interventi sanitari
- peggioramenti/variazioni dello stato di salute
- verifica di procedure di trattamento

Risultati. I dati emersi testimoniano l'efficacia della Musicodanzaterapia, non solo durante il percorso, ma anche a lunga distanza da esso, grazie tanto all'utilizzo delle strategie comportamentali apprese durante le sedute di terapia, quanto alla fitta rete di relazioni interpersonali avviate dai terapeuti e dalle pazienti. In particolare, su 41 pazienti si sono verificate solo 11 recidive, di cui 3 seguite da decesso per recidiva con metastatizzazione a distanza e 8 in trattamento farmacologico efficace (4 pazienti ancora in terapia), testimoniando come un corretto e globale approccio alla malattia possa aiutare ogni paziente a non riammalare.

Conclusioni Il presente lavoro sottolinea come l'iter musicoterapico abbia aiutato le pazienti a ridefinire tanto gli obiettivi personali, quanto le relazioni socio-familiari, mediante acquisizione di strategie comportamentali volte al controllo dell'ansia.

Il trattamento è stato percepito dalle pazienti come meno "intrusivo" e più utile rispetto ad altre forme di supporto psicologico, in quanto tecnica squisitamente non verbale che mette al centro non la patologia, ma l'individuo globalmente inteso, al fine di dimenticare il corpo "malato" e ritornare al corpo "amato".

#### Bibliografia

Beck SL: The therapeutic use of music for cancer-related pain. In *Oncol. Nurs. Forum.* Nov-Dec 1991; 18(8): 1327-37.

Nunez MJ et al: Music, immunity and Cancer, *Life Science*, 2002 Jul 19; 71 (9). Pelletier CL: The effect of music on decreasing

## ANGIOEDEMA EREDITARIO : CASE REPORT

R. Petrelli, A. Bongiovanni, G. Certo, M. Costa, L. Mazzeo, A. Purrone P. Quatrocchi  
AIDM Messina Peloro

**Introduzione.** L'Angioedema Ereditario (HAE) è una rara condizione morbosa familiare (prevalenza 1:65000), trasmessa con carattere autosomico dominante, caratterizzata da ricorrenti episodi di edema autolimitantesi e distrettuali, a carico di cute e/o mucose (soprattutto vie respiratorie ed apparato digerente), sostenuta dal deficit quantitativo (tipo I) e/o funzionale (tipo II) di una glicoproteina complementare, il C1-Inibitore (C1-INH) che comporta l'aumento delle chinine plasmatiche (particolarmente incisiva è la partecipazione della bradichinina).

**Case Report.** G.S. è una donna di 77 anni con familiarità per HAE (1 fratello e 1 sorella). La sua diagnosi risale al 1995 (con valori di C4 e C1-INH compatibili per tale patologia). Da allora ha effettuato terapia con Danazolo 200 mg/die ed è andata incontro a diversi episodi di macroglossia e 2 di edema della glottide che ne hanno richiesto l'ospedalizzazione. In data 15/01/2014 la



paziente è stata sottoposta ad intervento chirurgico di “Quadrantectomia esterna mammella sinistra per carcinoma mucinoso stadio pT1c, G2, N0, Recettore Estrogeno positivo(>80%), Recettore Progesterone positivo(>80%), Indice Proliferativo (Ki67-Mib1 Index):25%, Her-2 :assente”.Viene prescritta ormonoterapia adiuvante con Anastrozolo (Griset 1 mg/die per 5 anni).Quindi si rende necessaria la sospensione del Danazolo in data 30/01/2014.Il 10/02/2014 il dosaggio di C4 era:10,4 mg/dl e di C1INH era : 5,5 mg/dl. A distanza di un anno (gennaio 2015), la paziente non riferisce episodi con localizzazioni vitali, ma solo edemi migranti agli arti superiori, autolimitantesi nel tempo.

**Conclusioni.**Il caso da noi presentato illustra l'azione protettiva antiestrogenica dell'Anastrozolo allorquando si rende necessaria la sospensione del Danazolo in corso di cancro della mammella in una paziente con HAE.

## STRESS E GENERE

AIDM-Sezione di Modena

M. Guerra\*, E. Bertellini\*\*, M. T. Donini\*\*\*, G. Ferretti\*

\*Dirigente Medico Hesperia Hospital Modena

\*\* Direttore Anestesia e rianimazione Ospedale Baggiovara AUSL Modena

\*\*\*Dirigente Medico U.O. Ortopedia e Traumatologia Policlinico di Modena

La sindrome generale di adattamento (STRESS) è una risposta aspecifica a qualsiasi richiesta proveniente dall'ambiente (Selye). EUSTRESS (stress buono) è una risposta adattiva, necessaria a tutti gli esseri viventi per la sopravvivenza. DISTRESS (stress cattivo) quando le richieste provenienti dall'ambiente vengono percepite come superiori alle proprie forze ed energie, nasce la sensazione di pericolo e paura. Nel 1932 W.B. Cannon descrisse la reazione allo stress “*lotta o fuga*”, secondo questa teoria una persona minacciata reagirà con la lotta, se ci sono probabilità di vittoria, o con la fuga. Tale comportamento è la risposta maschile allo stress. La donna a causa della minore resistenza fisica rispetto agli uomini, in ogni caso, sia lotta che fuga, risulta svantaggiata. Inoltre la presenza di bambini da proteggere, o in caso di gravidanza, aumenta ulteriormente tale condizione. Nel 2000, S.E. Taylor, ricercatrice dell'UCLA (University of California, Los Angeles), concluse che le donne adottano diverse strategie adattative e reagiscono allo stress con la reazione “*protezione e socializzazione*”, cioè curando e proteggendo se stesse ed i piccoli e cercando il contatto sociale, soprattutto donne. Nel 2008 T. Rutledge pubblica uno studio sul rapporto tra relazioni sociali e rischio di ictus. Sono stati considerati 12 indicatori (relazioni coniugali ed affettive, amicizie, lavoro, sport, volontariato etc) che determinano l'indice di network sociale, e quindi il grado di socialità e di apertura al mondo. Le donne che vivevano più isolate erano anche quelle più a rischio di ictus, anche mortale. Il rischio di ictus tra le più isolate era doppio di quelle che vivevano in una più ampia dimensione sociale. La salute delle donne dipende di più di quella degli uomini dalla rete delle relazioni sociali e quindi dalla compattezza dei diversi ambiti familiare, lavorativo e sociale.

Altro punto da ricordare è che la risposta allo stress è anche modulata dalle fasi della vita mediante gli ormoni sessuali.

Le conseguenze patologiche dello stress sono differenti. Le donne sono più soggette degli uomini a patologie di natura emozionale-psicologica (sfiducia, paura, angoscia, depressione, umiliazione, disistima), psico-somatica (reazioni cutanee, perdita o aumento ponderale, perdita dei capelli), affettiva-sessuale. La mancanza di responsabilità è visto come frustrante dalle donne, negli uomini è stressante l'eccesso di responsabilità. Quando è possibile gli uomini affrontano direttamente il problema, le donne attivano strategie di contenimento e condivisione emotiva del problema. Se le difficoltà persistono gli uomini tendono ad evitare il problema, le donne vivono situazioni di auto colpevolizzazione e autocritica. Queste diversità strutturali di uomini e donne andrebbero indagate per elaborare strategie efficaci di contrasto degli effetti dello stress economico- sociale sulle donne.



Maria Luisa De Luca  
Direttore Dipartimento Aziendale di Cure Primarie AUSL Modena  
AIDM-Sezione di Modena

**Premessa-background:** Oggi il concetto di salute è una questione complessa, non più strettamente sanitaria, ma legata ai fattori socio-culturali ed economici che possono determinarla e alle interpretazioni che della stessa forniscono gli individui. Il passaggio dal concetto di salute a quello di benessere sposta il focus da una dimensione oggettiva ad una soggettiva. Di conseguenza, le politiche sanitarie si sono trovate a dover spostare l'attenzione dalla rimozione della malattia alla promozione della salute e a dover adeguare le prassi organizzativo-gestionali che in passato avevano caratterizzato i sistemi sanitari.

**Obiettivi:** Passare dalla biologia basata sulla differenza sessuale alla medicina specificamente orientata al genere (inteso come il risultato che si ottiene inserendo un individuo nella cultura e nella società), che assegna un valore relativo e un ruolo specifico. Le caratteristiche biologiche, ma anche quelle socio culturali che differenziano i generi influenzano lo stato di salute di uomini e donne e dunque non è quindi possibile continuare a considerare l'uomo, come è stato fatto in passato, come il paradigma di riferimento per la ricerca medica e la pratica clinica. È fondamentale utilizzare l'analisi sulle disuguaglianze (dalla differenza di genere alle disuguaglianze) come indicatori determinanti nel monitoraggio delle politiche, della pianificazione strategica socio-sanitaria e dei percorsi assistenziali.

**Materiali e Metodi:** Vi sono differenze di genere nell'analisi epidemiologica, nella terapia e nella prevenzione delle patologie in molti ambiti: psicologia, malattie cardiovascolari (alta mortalità delle donne) tumore al polmone (è più difficile per le donne smettere di fumare), diabete (le donne sono più a rischio per malattie delle coronarie), osteoporosi. Nello studio PASSI 2008-2011 della provincia di Modena viene evidenziato che le donne riferiscono meno spesso rispetto agli uomini di stare bene o molto bene ma più frequentemente di sentirsi discretamente e le differenze di genere aumentano con l'età. Inoltre le donne riferiscono in percentuale maggiore sintomi depressivi rispetto agli uomini soprattutto dopo i 35 anni. Appaiono ancora differenze di genere in tutte le modalità di consumo di alcool, attività fisica, eccesso ponderale e anche nell'attenzione che i sanitari pongono nei confronti dell'eccesso ponderale. Vi sono poi aspetti in cui la salute psicofisica della donna acquista un significato di fondamentale importanza legato ai ruoli socialmente accettati per il "genere" femminile (maternità, violenza ecc)

**Risultato:** Per ridurre le disuguaglianze è necessario fornire a ciascuno l'assistenza in base al bisogno personalizzato e non un'assistenza standardizzata uguale per tutti che il più delle volte aumenta le disuguaglianze.

Un approccio di genere alla medicina consente quindi di: ridurre il livello di errore nella pratica medica; promuovere l'appropriatezza terapeutica; migliorare e personalizzare le terapie; generare risparmi per il Servizio Sanitario Nazionale.

## **DONNA E TIROIDE: UN BINOMIO DA SEMPRE.**

Maria Grazia Ferrari Specialista in Endocrinologia e Medicina Interna  
AIDM – Sezione di Modena

Mentre per le malattie che coinvolgono alcuni organi o apparati solo recentemente si è arrivati a notare le diversità tra generi questo non può certo dirsi per quel che riguarda la tiroide e le patologie tiroidee.

Dall'antichità, e non solo da parte degli addetti ai lavori, è poi palese la stretta correlazione che esiste fra la donna, gli eventi del periodo riproduttivo, e la tiroide.

Certamente solo recentemente è stato possibile dare una interpretazione scientifica del fenomeno, stabilendo l'influenza degli estrogeni e dell'autoimmunità nel determinare questi eventi anche se ci sono molti altri motivi per cui la tiroide assume una connotazione tutta femminile.

Le patologie della tiroide si presentano con un evidente e ben noto dimorfismo sessuale per cui le donne possono presentare disturbi alla tiroide 5-8 volte più frequentemente degli uomini, se consideriamo le forme subcliniche.



L'ambiente ormonale estrogenico e la ciclicità delle variazioni ormonali sono coinvolte nel determinare la maggiore prevalenza. La comparsa preferenziale di malattie della tiroide nel sesso femminile trova spiegazione anche per un altro fattore determinante, anch'esso strettamente correlato con l'ambiente ormonale femminile, e cioè la maggiore predisposizione delle donne a sviluppare patologie autoimmuni in genere e patologie autoimmuni della tiroide in particolare.

Poiché fisiologiche modificazioni ormonali accompagnano tutta la vita della donna, dalla pubertà alla senescenza, anche se con particolare rilevanza nel periodo della gravidanza, dell'allattamento e della menopausa, le patologie tiroidee sono più frequenti, rispetto al sesso maschile, praticamente in qualunque fascia di età

La predisposizione del sesso femminile per le patologie tiroidee è talmente importante che l'autorevole rivista americana JAMA consiglia che gli esami tiroidei rientrino come test periodico in alcune tipologie di pazienti, quali gli ipertesi, gli ipercolesterolemici, e le donne con età >35 anni. Sono importanti i seguenti punti:

- La iodoprofilassi (da potenziare in corso di gravidanza e sino al termine dell'allattamento) con corretto uso del sale iodato costituisce il cardine per la prevenzione delle patologie tiroidee.

Nonostante molteplici campagne di informazione il messaggio non sembra aver raggiunto sufficientemente gli operatori sanitari e la popolazione.

- Attenzione alle preparazioni cosmetiche e farmaceutiche introdotte a scopo dimagrante e usate impropriamente.
- Verificare il corretto utilizzo dei trattamenti tiroxinici (dosaggio, modalità di assunzione, interferenza con altri farmaci).
- Monitorare la funzione tiroidea in caso di utilizzo di farmaci che interferiscano con la produzione ormonale (litio, amiodarone, interferone, sunitimib, ecc)
- Controllo periodico della funzione tiroidea, ed, eventualmente, della situazione autoanticorpale, in caso di presenza di alcune patologie autoimmuni.
- L'ipofunzione tiroidea della gestante, anche lieve, deve essere diagnosticata e corretta con la terapia sostitutiva nel minor tempo possibile.
- La prevenzione va effettuata attraverso regolari controlli della funzionalità tiroidea, specie in presenza di fattori di rischio associati o in particolari fasi della vita come la gravidanza o la menopausa. Molte donne non si accorgono che la loro tiroide sta funzionando meno perché la malattia è subdola e lenta a svilupparsi e, dunque, ci si abitua progressivamente a star peggio.

## **LA CEFALEA È DAVVERO DONNA?**

Cainazzo Maria Michela

Centro Interdipartimentale per lo Studio delle Cefalee ed Abuso di Farmaci, Policlinico di Modena  
AIDM-Sezione di Modena

La cefalea è uno dei disturbi più comuni nella popolazione generale; il 99% della popolazione femminile ed il 93% della popolazione maschile ha avuto, almeno, un episodio di cefalea nella vita. Le forme prevalenti di cefalea sono l'emicrania e la cefalea tensiva: entrambe, potenzialmente, disabilitanti e con notevole impatto sulla salute pubblica. In Italia, la prevalenza media stimata dell'emicrania è del 12%; il rapporto donne/maschi di 2-3:1; il costo globale dell'emicrania/anno è di circa 3.260.000,00 euro, di questi il 52,4% è da riferire a costi diretti e il 47,6% a costi indiretti. Gli attacchi possono manifestarsi con una frequenza variabile, da 1-2/anno a più volte alla settimana; la forma cronica si può complicare con un consumo quotidiano di farmaci sintomatici. La Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF) 2001 dell'OMS ha inserito l'emicrania severa, per tutte le fasce di età nel sesso femminile al 12° posto come causa di disabilità. La relazione fra ormoni femminili ed emicrania è supportata da diverse evidenze (la prevalenza dopo la pubertà, il mestruo come fattore trigger per l'emicrania in più del 50% delle donne, il miglioramento dell'emicrania durante la gravidanza, la possibilità di modificare il corso della patologia emicranica con il trattamento ormonale o con l'uso dei contraccettivi ormonali). Questa maggiore vulnerabilità femminile a livello del SNC è da riferire

essenzialmente al crollo degli estrogeni che favoriscono da un lato l'ipereccitabilità neuronale (aumento del tono glutammatergico, riduzione dei livelli di magnesio) e dall'altro la riduzione del controllo inibitorio (disfunzione del sistema antinocicettivo endogeno, riduzione del tono GABAergico e 5-HTergico). Il paziente emicranico evidenzia una maggiore suscettibilità agli stimoli sia interni che esterni; tale condizione è probabilmente favorita da un substrato genetico. La Cortical Spreading Depression (CSD) è una delle manifestazioni più importanti di questa suscettibilità. Studi di *neuroimaging funzionale* basata sull'effetto BOLD (*blood oxygen level dependent*) hanno permesso di studiare con risoluzione millimetrica, sec/sec l'attivazione della corteccia occipitale, dopo stimolo fotico; nei pazienti la cefalea è preceduta da una depressione dell'attivazione neuronale, che si propaga lentamente nella corteccia occipitale contigua alla velocità di 3-6 mm/min. La CSD estendendosi all'intero emisfero si associa ad un'alterazione della omeostasi ionica (bassi livelli di ioni Mg<sup>++</sup>; anomalie mitocondriali e/o calcio-canalopatie); durante la propagazione della CSD l'accumulo di ioni K<sup>+</sup> e H<sup>+</sup> nell'ambiente extra cellulare favorisce la comparsa di un pH acido. Il disequilibrio ionico e il rilascio corticale di monossido di azoto (NO) attivano i terminali trigeminali meningei da cui originano i cambiamenti vascolari: vasodilatazione, aumento del flusso sanguigno e stravasamento di proteine plasmatiche. Nel sesso femminile prevalgono altre forme di cefalea tra queste ricordiamo: l'emicrania emiplegica familiare, l'emicrania basilare, l'emicrania retinica e l'emicrania continua. Anche la cefalea tensiva è presente con maggiore frequenza nel sesso femminile rispetto al sesso maschile (F:M=1.5:1) La patogenesi è riferibile ad una stimolazione, spesso miofasciale, periferica a bassa intensità prolungata nel tempo in grado di provocare sensibilizzazione centrale (corni posteriori e nucleo trigeminale) ed anomala percezione corticale dello stimolo come dolore.

## **EMOGLOBINA GLICATA: DIFFERENZE DI GENERE**

AIDM Polinnia Marconi Napoli

Maria Ludovica Genna dirigit. Medico UOS Diagnostica Ematologica AORN. A. Cardarelli Napoli, Domenico Crea M.G. ASLNapoli1 Napoli, Silvana Capasso Pediatra

L' emoglobina glicata (HbA1c) è utilizzata nei pazienti con diabete mellito soprattutto per il controllo glicometabolico a medio-lungo termine. Si ritiene che sesso ed etnia *non* influiscano sul valore dell'emoglobina glicata, sebbene sia noto che, in presenza di anemia sideropenica, i valori dell'emoglobina glicata tendono ad aumentare ed a persistere alti. Numerosi studi hanno comunque evidenziato una differente prospettiva di rischio tra i due sessi nella malattia diabetica con aumentata morbilità e mortalità per le malattie cardiovascolari nelle donne. **Ji Cheol Bae** e coll. nello studio **Hemoglobin A1c values are affected by hemoglobin level and gender in non-anemic Koreans** (Journal of Diabetes Investigation 2014) su 87284 campioni di adulti, non diabetici e non anemici, hanno notato che i valori di HbA1c sono influenzati dai livelli di emoglobina circolante. Il valore di HbA1c risulta differente se rapportato al livello di emoglobina. Con minori valori di emoglobina circolante si aveva più alta HbA1c, con lo stesso livello di glicemia a digiuno. Il livello HbA1c aumentava di circa 0,1% in coincidenza con una diminuzione di 2 g/dl di emoglobina circolante e con lo stesso livello di glucosio a digiuno. I risultati di tale studio suggeriscono che, nell'intervallo glicemico dei non-diabetici, il livello di emoglobina tende a influenzare il valore di HbA1c indipendentemente dalla glicemia e che le donne presentano una emoglobina glicata, corretta per sesso, inferiore rispetto agli uomini. Si ipotizza che le mestruazioni contribuiscano alla differenza di genere di HbA1c poiché le donne in età fertile hanno un più rapido turn-over degli eritrociti e che l'aumento dei reticolociti abbassi il valore dell'emoglobina glicata. Gli ormoni sessuali femminili potrebbero essere implicati nel contribuire a questa differenza di genere. L'emoglobina glicata, secondo lo studio coreano, aumenta con l'età matura sia negli uomini che nelle donne in maniera sostanzialmente eguale. **K. Faerch** e coll. nello studio **Sex differences in glucose levels: a consequence of physiology or methodological convenience? The Inter99 study** (Diabetologia 2010) hanno valutato una popolazione danese non diabetica, chiedendosi se le differenze tra i sessi nella glicemia a digiuno (FPG) e 2 ore dopo carico di glucosio (2hPG), e di HbA1c, potessero essere spiegate con le differenti dimensioni del corpo o con differenze biologiche tra uomini e donne. I risultati hanno evidenziato che gli uomini avevano





più elevati FPG e HbA1c rispetto alle donne che, invece, presentavano 2hPG più elevata, spiegabile in parte come conseguenza della somministrazione della stessa quantità di glucosio a individui di taglia differente, mentre i livelli più elevati di glicemia a digiuno e di HbA1c negli uomini rifletterebero differenze reali tra i due sessi nella sensibilità insulinica e nella funzione delle  $\beta$  cellule. Pertanto si ritiene sia utile ridefinire il valore della HbA1c mettendo a punto valori medi standard in grado di interpretare adeguatamente il risultato confrontandolo sia con il valore dell'emoglobina che con il sesso e l'età.

### **MEDICINA DI GENERE E PARAMETRI EMATOLOGICI**

Maria Ludovica Genna dirigit. medico UOS Diagnostica Ematologica AORN Cardarelli Napoli, Domenico Crea M.G. ASLNapoli1 Napoli, Silvana Capasso pediatra.

AIDM Polinnia Marconi Napoli

La **Medicina di genere** è la scienza che studia l'influenza del sesso (accezione biologica) e del genere (accezione sociale) sulla fisiologia, fisiopatologia e clinica di tutte le malattie per giungere a decisioni terapeutiche basate sull'evidenza sia nell'uomo che nella donna. A parere di Glezerman la medicina di oggi si trova ad un punto di svolta, simile a quello che visse 150 anni fa quando, avendo capito che un bambino non è un adulto in miniatura e che il sistema/corpo del bambino è completamente differente da quello di un adulto, la medicina ha organizzato la branca della pediatria. Da qualche anno in ottica di genere tutto viene visto in modo nuovo – egli afferma – e nel futuro ci saranno due strade diverse, una per la cura dell'uomo, una per la cura della donna con l'intento di trovarne differenze e somiglianze in un processo parallelo. E' dunque uno strumento di appropriatezza clinica, un insieme di specificità nei diversi contesti di riferimento, dalla patogenesi alla risposta alle terapie farmacologiche. La Medicina di Laboratorio, sempre impegnata a rendere significativi e utili alla diagnostica clinica i numeri che emergono dalle varie analisi effettuate sui materiali biologici, si è presto interrogata su quanto la **differenza** di età, di peso, di razza, di sesso possa contare nell'attribuire valore di scostamento dalla normalità (quindi indice di patologia) ai dati trovati. Questo tentativo si è presto applicato alla differenza di genere. Non sempre è però facile separare l'influenza del sesso dal genere, inteso come comportamenti e stili di vita tipicamente femminili o maschili. Recenti ricerche hanno evidenziato (**Biino G et al. Age- and sex-related variations in platelet count in Italy: a proposal of reference ranges based on 40987 subjects' data. PLoS One 2013**) su 40987 soggetti, **conte piastriniche variabili** in Italia con valori più alti nelle donne a cominciare dall'età di 14 anni, quando diminuisce l'emoglobina (azione di stimolo del ferro sulla produzione piastrinica?) a sua volta responsabile della differenza di genere dei due parametri anche negli anziani. Di particolare interesse i risultati del progetto Haemacare su Blood nel 2010, in cui vengono rilevati i dati relativi all'incidenza delle **emoplasie** in Europa (66371 linfoidi e 21796 mieloidi) negli anni 2000-2002. Al suo interno si rileva una più bassa frequenza di malattie ematologiche nella donna probabilmente legato a minore esposizione ai rischi occupazionali e di inquinamento. Nello studio del NHANES Report 2012 (**Biological variation of Hematology test based on the 1999-2002 National Health and Nutrition Examination Survey**) del CDC è stato analizzato il "**coefficiente di variazione**" tra persone (BP) e intraindividuale (WP), nell'uso di 18 parametri ematologici. Le donne presentano un più alto WP rispetto agli uomini per i test relativi agli eritrociti quali l'ematocrito, l'emoglobina, il volume corpuscolare e l'RDW, dovuto alle perdite per mestruazioni o alla richiesta di ferro in gravidanza. Si auspica un referto ematologico revisionato in ottica di Medicina di Genere.

### **PSICOTERAPIA DI GRUPPO NELLA ASL NAPOLI 1**

AIDM Polinnia Marconi Napoli

Responsabile dottoressa Rosetta Rossi, dirigente medico psichiatra.

Da più di dieci anni l'utilizzo di un personale quanto innovativo metodo di psicoterapia di gruppo, presso il "Servizio salute mentale donna" della ASL NA 1, aiuta un pubblico femminile di età



variabile dai 25 ai 65 anni a liberarsi di disturbi di ansia, panico, fobie, ossessioni e depressione attraverso un lavoro di ristrutturazione della vita psichica. Frutto di studi, ricerche e formazione in Canada (Mc Gill University di Montreal) ed Italia (Napoli, Firenze, Pisa) questo metodo coniuga in sé criteri di efficacia, efficienza ed economicità ed è in linea con qualsivoglia *spending review* e con il “Patto della salute” che prevede appunto innovazione, appropriatezza e potenziamento dell’assistenza territoriale, con promozione della medicina d’ iniziativa, ritenendo la ricerca parte integrante delle attività del SSN al fine di innovare e migliorare l’assistenza sanitaria. Questo processo terapeutico, ben consolidato dall’esperienza e scientificamente dimostrabile, viene proposto come un lavoro di ristrutturazione della propria casa interiore, in cui i sintomi vengono indicati come dei *led*, spie che indicano un motore acceso all’interno, nella propria vita intima, nell’inconscio. Ma inconscio significa contemporaneamente **non** conosciuto e **nel** conscio, quindi può essere esperito grazie al lavoro in terapia, un lavoro che richiede una forte alleanza terapeutica con, da un lato la competenza del professionista, dall’ altro la ferma determinazione dell’utente a liberarsi del motore della nevrosi. Il terapeuta determina un clima di comprensione, collaborazione, rispetto reciproco nel quale sono banditi la critica e il giudizio e nel quale le utenti acquistano la fiducia necessaria per potersi affidare e da cui poter trarre la forza per superare le proprie resistenze che via via emergono. Le tecniche, gli accorgimenti, addirittura le strategie per condurre un gruppo sono sofisticate e complesse, legate al *transfert* ed al *controtransfert* , e inevitabilmente vanno modificate ed adattate in considerazione delle situazioni specifiche, ma è pur vero che una volta acquisite, una volta padroneggiate dal terapeuta, costituiscono un formidabile strumento per intervenire su qualsiasi gruppo di persone assistite in qualsivoglia *setting* ambientale.

Gli utenti afferiti al servizio dal 2010 al 2015 e usufruenti di una psicoterapia di gruppo sono stati 453. Di questi 226 soffrivano di disturbi d’ansia del tipo attacchi di panico e di fobie associate, 194 di disturbi dell’umore di tipo depressivo, 10 di disturbi alimentari. Gli ultimi 13 soffrivano di patologie indicate come “altro” comprendenti una casistica di patologie del tipo ossessione-compulsione per il gioco, videogiochi e simili, oltre a disturbi del comportamento di tipo disadattivo. Di questi utenti 89 persone (20%) hanno abbandonato la terapia, in dettaglio 67 dopo la prima seduta, le altre 22 dopo la seconda. Hanno quindi concluso la terapia 364 persone, delle quali 291 (80%) hanno risolto la sintomatologia e 73 (20%) ne hanno ridotto l’ intensità. Delle 291 persone che hanno risolto la sintomatologia il 70% ha avuto cambi di struttura caratteriale, mentre il 30% ha avuto cambi di stile di vita.

## **VIOLENZA SULLE DONNE**

Franca Silvana Manco Anatomo Patologa

Elena Capriola Psichiatra Psicologo Clinico RESPONSABILE UOSM POLLENA/DSM ASLNA3SUD

La violenza contro le donne è ritenuta una violazione dei diritti umani ed è quindi violenza di genere. La “Dichiarazione sull’eliminazione della violenza contro le donne” del 1993 all’art.1, descrive la violenza contro le donne come: « Qualsiasi atto di violenza per motivi di genere che provochi o possa verosimilmente provocare danno fisico, sessuale o psicologico, comprese le minacce di violenza, la coercizione o privazione arbitraria della libertà personale, sia nella vita pubblica che privata. »

La violenza può essere fisica, sessuale, verbale, materiale, psicologica, stalking. Una segnalazione merita la violenza domestica che è esercitata soprattutto nell’ambito familiare attraverso minacce, aggressione fisica e maltrattamenti psicologici, intimidazione, controllo, stalking, trascuratezza, deprivazione economica, atteggiamenti persecutori, percosse, abusi e ricatti sessuali, senza dimenticare le bambine e le ragazze adolescenti costrette all’incesto. Tali comportamenti possono costituire reato a seconda della locale legislazione e della loro gravità. Altre forme di violenza sono le mutilazioni genitali, lo stupro di guerra ed etnico.

Va citato il femminicidio che in alcuni paesi, come in India e in Cina, si concretizza nell’aborto selettivo (le donne vengono indotte a partorire solo figli maschi, perché più riconosciuti e accettati socialmente) mentre in altri addirittura nell’uccisione sistematica di donne adulte. Esistono infine



violenze relative alla riproduzione (aborto forzato, sterilizzazione forzata, gravidanza forzata, contraccezione negata).

Femicidio e femminicidio sono crimini di Stato tollerati dalle pubbliche istituzioni per incapacità di prevenire, proteggere e tutelare la vita delle donne, che vivono diverse forme di discriminazioni e di violenza. Una donna su tre, al mondo, è stata picchiata, forzata ad avere rapporti sessuali, o ha comunque subito abusi almeno una volta nella sua vita, secondo fonti statistiche ONU.

“In Italia resta un problema grave, risolverlo è un obbligo internazionale”.

Le osservazioni all'Italia di Rashida Manjoo, Special Rapporteur delle Nazioni Unite per il contrasto della violenza sulle donne, sono pesanti.

In Italia, sono stati fatti sforzi da parte del Governo, attraverso l'adozione di leggi e politiche, incluso il “Piano di Azione Nazionale contro la violenza” che riconosce che “questi risultati non hanno però portato a una diminuzione di femmicidi o sono stati tradotti in un miglioramento della condizione di vita delle donne e delle bambine”.

Dal 2006 in Italia si stanno sviluppando campagne di sensibilizzazione dirette agli uomini e, più recentemente, promosse anche da uomini.

La difficoltà di pervenire ad una definizione comune del fenomeno della violenza domestica costituisce soltanto un aspetto: le differenze, talora molto spiccate presenti nelle stime proposte dalle fonti scientifiche, istituzionali, giornalistiche poggiano su un complesso di ragioni, fra le quali va annoverata la varietà delle metodologie di indagine.

Varie sono le fonti (sanitarie, di polizia, giudiziarie, statistiche, Centri antiviolenza, Telefono donna, etc.) dalle quali derivano le informazioni su cui si basano i diversi studi.

## **OSTEOPOROSI, ALTERAZIONE POSTURALE E FRATTURE VERTEBRALI DA COMPRESSIONE: APPROCCIO CLINICO-BIOMECCANICO**

Antonietta Matina, Ornella Ferrara, Maria Gabriella Di Girolamo

Unità Operativa Complessa di Ortopedia e Traumatologia – Azienda Ospedaliera Universitaria

Policlinico “P. Giaccone” – Palermo -

AIDM-Sezione di Palermo

Nella pratica quotidiana della gestione di un ambulatorio ortopedico dedicato alla prevenzione e trattamento dell'osteoporosi non è infrequente riscontrare la discrepanza tra quadro clinico e radiografico di osteoporosi conclamata e BMD nella norma.

Ciò fa dedurre che nel determinismo delle fratture vertebrali da fragilità intervengono dei fattori extrascelettrici legati essenzialmente alla perdita della stabilità meccanica del rachide. Scopo dello studio è mettere in relazione l'osteoporosi con i fattori che possono favorire l'insorgenza delle fratture vertebrali da compressione, primo fra tutti l'alterazione posturale. La valutazione posturale nei pazienti con osteoporosi costituisce uno strumento fondamentale per identificare e correggere i fattori modificabili responsabili del difetto posturale e prevenire il rischio di frattura conseguente alla caduta per perdita d'equilibrio o all'aumento del momento flessorio da ipercifosi dorsale.

Questo metodo, insieme alla adeguata terapia farmacologica, può condurre alla riduzione significativa dell'incidenza delle fratture e soprattutto è in grado di frenare l'effetto a cascata nelle fratture vertebrali da fragilità.

E' opportuno tenere conto di ciò e, dopo la valutazione clinico-strumentale per l'osteoporosi, effettuare una valutazione clinico-posturale con l'analisi stabilometrica, la baropodometria statica e dinamica con analisi del passo, l'esame Formetric.

In presenza di alterazioni dei recettori della postura si ha un peggioramento della statica vertebrale con conseguente aumento della cifosi dorsale.

L'effetto domino, al quale frequentemente si assiste dopo una prima frattura vertebrale da fragilità, riconosce una patogenesi soprattutto meccanica in cui l'accentuazione della curva cifotica e lo spostamento in avanti dell'asse gravitazionale portano ad un aumento del momento flessorio e, quindi, a nuove fratture.

Il difetto posturale non identificato e non trattato può aumentare in maniera esponenziale l'effetto a cascata dei crolli vertebrali dovuto allo scompenso biomeccanico.



In presenza di una frattura vertebrale da fragilità è indispensabile valutarne l'impatto in termini meccanici attraverso un'attenta valutazione del grado di deformità e della sede dove essa si è verificata per riuscire a quantificare le conseguenze meccaniche sulla postura e le probabilità di innescare l'effetto domino.

## **LA SARCOPENIA NEL PAZIENTE OSTEOPOROTICO E NEL PAZIENTE OSTEOARTROSICO: QUALI CORRELAZIONI?**

Maria Gabriella Di Girolamo, Antonietta Matina

Unità Operativa Complessa di Ortopedia e Traumatologia-Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "P. Giaccone"- Palermo

AIDM-Sezione di Palermo

Il progressivo aumento dell'età media a cui abbiamo assistito negli ultimi decenni ha avuto molteplici effetti sulla salute pubblica, fra i quali l'incremento dell'incidenza di patologie degenerative legate all'invecchiamento.

Tra queste spiccano per incidenza le malattie che coinvolgono l'apparato muscolo-scheletrico, ossia osteoporosi, osteoartrosi e sarcopenia.

Comparando le differenze tra queste patologie, analizzando il grado di sarcopenia e le modificazioni istomorfologiche ad essa correlate, si vuole definire la possibile via di segnalazione intracellulare coinvolta nell'atrofia delle fibre muscolari.

Tutto ciò conduce direttamente alla ricerca di possibili trattamenti terapeutici condivisi da adottare in fase iniziale per rallentare la progressione della patologia muscolo-scheletrica e modulare, fin da subito, il riarrangiamento osseo dell'osteoartrosi e dell'osteoporosi.

Analizzando i muscoli di pazienti affetti da osteoporosi, è emerso che l'atrofia coinvolge prevalentemente le fibre muscolari di tipo II, e si associa in modo significativo a valori di diminuita BMD, a confermare che la severità del disordine scheletrico svolge un ruolo centrale nella patogenesi in questa forma di sarcopenia.

L'atrofia delle fibre muscolari di tipo II potrebbe essere correlata al fatto che questo tipo di fibre, glicolitiche, è meno resistente all'atrofia rispetto alle fibre ossidative di tipo I.

Nell'osteoartrosi il livello di atrofia muscolare è meno pronunciato rispetto a quello ritrovato nell'osteoporosi e non si correla significativamente ai valori di BMD. Inoltre, essa risulta più omogenea, colpisce in modo simile tanto le fibre muscolari di tipo I quanto quelle di tipo II, e risulta correlata in modo significativo agli anni di malattia e all'Harris Hip Score.

La riduzione di Akt può costituire uno dei possibili momenti di compromissione in quella via di signaling intracellulare che dovrebbe stimolare la sintesi proteica e la sopravvivenza cellulare.

Gli osteoporotici infatti, hanno livelli di Akt intra-muscolare significativamente inferiori rispetto a quelli degli artrosici.

L'atrofia muscolare nell'osteoporosi e nell'osteoartrosi potrebbe avere molteplici spiegazioni eziologiche, tra cui l'alterazione della via di segnale in cui è coinvolta l'Akt. L'approfondimento diagnostico potrà stabilire se esiste una correlazione positiva tra la percentuale di fibre muscolari atrofiche e la quantità di Akt presente nel muscolo dei soggetti studiati.

La conoscenza di questa correlazione può portare alla diagnosi precoce di malattia degenerativa muscolo-scheletrica associata.

Nella pratica clinica, la presenza di un valore di BMD molto basso deve far nascere il sospetto di una atrofia muscolare osteoporosi-correlata.

Solo i programmi terapeutici integrati potranno, in questi soggetti, migliorarne la qualità della vita.

## **LA CITTA' DI PALERMO ED IL SUO IMPEGNO CONTRO LA VIOLENZA SULLE DONNE E SUI MINORI: "IL LAVORO DI RETE"**

Dr. Carolina Vicari, dirigente medico UO ginecologia ed Ostetricia Arnas PO Civico Palermo  
Segretaria AIDM – Palermo. Dr. Rosa Demma, dirigente medico UO ginecologia ed Ostetricia

Arnas PO Civico Palermo. Dr. Tiziana Doveri, medico borsista UO ginecologia ed Ostetricia  
Arnas PO Civico Palermo  
AIDM – SEZIONE - PALERMO

In Sicilia l'ISTAT, nell'indagine La violenza e i maltrattamenti contro le donne dentro e fuori la famiglia(2006), stima:

- che il 23,3% delle donne da 16 a 70 anni abbia subito una violenza fisica o sessuale nel corso della vita, di cui il 11,9% da parte di un partner, ed il 4,8% nel corso dell'ultimo anno (2006).
- che il 4,3% della popolazione femminile da 16 a 70 anni ha subito forme di violenza sessuale prima dei 16 anni, di cui oltre il 50% da parte di parenti o persone conoscenti
- che il 19,8% di donne dai 16 ai 70 anni dichiara di avere subito una forma di violenza sessuale nella propria vita.

A fronte di questi dati la medesima indagine rileva che solo il 2,4% delle donne denuncia la violenza subita nel caso sia stato il partner ad esercitarla e che il 3,4% la denuncia nel caso l'autore non sia il partner. A Palermo il primo marzo del 2006 è stato siglato un Protocollo d'Intesa tra organismi ed istituzioni che ha costituito una "Rete contro la violenza sulle donne e sui minori nella città di Palermo" Fanno parte di questa rete: Aziende Sanitarie; Forze di sicurezza; Assessorati comunali; Università degli Studi; Tribunale Ordinario e dei minori; Procura della Repubblica del Tribunale di Palermo; Il Centro antiviolenza "Le Onde", riferimento principale della rete che ha raccolto i dati qui di seguito esposti.

Nell'anno 2012 431 donne, di cui 285 sono state accolte e accompagnate con un ventaglio di servizi alla costruzione e attuazione di un nuovo progetto di vita libero dalla violenza.

Nel 2013 il numero è aumentato, hanno contattato il Centro 696 donne di cui 378 sono state assistite fino al raggiungimento di una vita libera dalla violenza.

Queste donne soffrono multiple violenze ed il grafico sotto riportato lo evidenzia.



Sono donne, però, che non stanno sempre zitte e all'improvviso si "svegliano" e lasciano tutto per un incerto destino o che non chiedono aiuto ai servizi preposti ad intervenire in caso di violenza. In questi anni abbiamo anche estrapolato i dati che riguardano le azioni intraprese dalle donne nelle situazioni di aggressione. Il 25,5% delle donne che soffrono violenza intrafamiliare hanno chiesto aiuto rivolgendosi alle forze dell'ordine (112 o 113), recandosi in ospedale, segnalando il problema al medico generico, parlandone a familiari o amici e denunciando il reato. Donne che chiedono sostegno e interventi in emergenza, che desiderano trovare soluzioni e che parlano e che sono ascoltate.

**MEDICI, DENTISTI E FARMACISTI "SENTINELLE" DELLA VIOLENZA DI GENERE.**

**PROGETTO PARMA**

Antonella Vezzani, Sabina Zapponi, Maria Cristina Baroni, Maria Mazzali  
AIDM Sezione di Parma

Il fenomeno della violenza di genere, costituisce un problema di salute pubblica globale. Si tratta di un fenomeno complesso, la cui soluzione richiede un coinvolgimento delle Istituzioni e del tessuto sociale del nostro Paese. È dunque necessario che i sistemi di salute pubblica svolgano un ruolo sempre più attivo nel contrastare la violenza, spesso prevenibile e prevedibile.

Medici, odontoiatri e farmacisti, rivestono un ruolo importante nel diagnosticare e trattare precocemente le donne che subiscono violenza. Infatti, l'assistenza primaria ha una notevole diffusione sul territorio ed è facilmente accessibile. Il medico di famiglia e il pediatra incontrano più



volte i pazienti per motivi differenti, hanno con loro un rapporto di fiducia e ne raccolgono le confidenze. Gli odontoiatri rivolgono la loro cura in un ambito che spesso è sede di lesioni da violenza di genere. Infine i farmacisti possono raccogliere richieste di aiuto che la donna non si sente di rivolgere ai canali tradizionali di soccorso.

Nella pratica professionale indagare sugli aspetti correlati alla violenza interpersonale, può causare negli operatori un senso di difficoltà o di frustrazione. Vissuti emotivi negativi, stereotipi e pregiudizi negli operatori sanitari, se presenti, possono ostacolare la richiesta di aiuto della vittima. L'AIDM di Parma in collaborazione con Soroptimist (che ha sostenuto finanziariamente il progetto) ha raccolto la richiesta di realizzare un corso di formazione per migliorare le competenze di operatori sanitari che nella loro pratica professionale possono incontrare la richiesta di aiuto di donne vittime di violenza di genere. E' stato quindi realizzato un progetto di formazione con lo scopo di: Aggiornare le conoscenze di medici, degli odontoiatri e dei farmacisti sul fenomeno della violenza domestica e delle sue ricadute sulla salute fisica e psichica della donna; Implementare gli strumenti operativi che i professionisti hanno a disposizione per far emergere la richiesta di aiuto, riconoscere i segni della violenza, contrastare e ridurre il fenomeno della cronicizzazione dei sintomi; Facilitare l'accompagnamento della donna verso un percorso di tutela, interagendo con gli altri servizi territoriali.

Il percorso formativo, che si è svolto presso l'Ordine dei Medici di Parma nel 2014, ha visto la partecipazione di figure professionali esperte nel trattamento delle conseguenze fisiche e psicologiche della violenza di genere, delle forze dell'ordine e del centro antiviolenza.

La metodologia prevedeva l'impiego di strumenti quali i questionari esplorativi per indagare le conoscenze e le competenze dei partecipanti prima e dopo l'evento formativo. Sono state realizzate lezioni frontali e proiezioni di filmati sul tema della violenza con lo scopo di facilitare la comprensione del fenomeno. Infine, rappresentanti di questo gruppo di lavoro sono stati coinvolti nella rete provinciale di contrasto alla violenza di genere di Parma, per creare un nodo di collegamento tra medici, farmacisti, dentisti e gli altri attori della rete e rafforzare il sistema di contrasto alla violenza di genere del territorio di Parma.

### **UN POSSIBILE MODELLO APPLICATIVO DELLE RACCOMANDAZIONI EUSOMA SULLE MEDICINE COMPLEMENTARI E ALTERNATIVE (CAM) NELLE PAZIENTI CON TUMORE AL SENO. L'esperienza triennale alla Fondazione Salvatore Maugeri (FSM) di Pavia.**

Dr.ssa Chiara Bocci, Servizio di Radioterapia, Fondazione Salvatore Maugeri, AIDM Pavia

L'EUSOMA (European Society of Mastology) raccomanda dal 2004 l'inserimento delle Medicine Complementari ed Alternative (CAM) all'interno delle Unità di Senologia (US) affinché le pazienti (pz) possano trovare maggiori risposte alle loro necessità, spesso inesprese, e possano riempire una carenza terapeutica della medicina convenzionale.

Vi sono dati di diversi studi conoscitivi circa la frequenza, il tipo e la ragione che spinge le pazienti con carcinoma mammario (CM) all'utilizzo di CAM, oggi il terreno terapeutico in più rapida evoluzione e più a lungo esplorato dalle stesse nel corso di una malattia cronica con lunghi periodi di remissione e di benessere.

Con lo scopo di promuovere un dialogo, per individuare i bisogni, le speranze e migliorare la qualità di vita delle pz con CM, abbiamo introdotto l'uso di CAM nell' Unità di Senologia del nostro Istituto.

Dal Febbraio 2012 al Gennaio 2015 presso la US della FSM di Pavia sono state introdotte, per le pz con CM, differenti tipologie di CAM (Medicina Complementare, Medicina dello Sport, Terapia nutrizionale).

Il percorso di Oncologia integrata prevede che, come da raccomandazioni EUSOMA, le pz vengano contattate dall'infermiera della US ed informate circa l'opportunità di essere supportate durante tutto il percorso oncologico (chirurgia, chemioterapia, radioterapia e terapia endocrina) dal team delle CAM.

Le CAM sono interpellate più frequentemente per: miglioramento della qualità di vita, sindrome vasomotoria, tossicità cutanea da RT, Cancer Related Fatigue, astenia radio indotta, ansia,



insonnia, e disturbi dell'apparato digerente. Sono state effettuate, in circa tre anni di attività, oltre 400 visite di Medicina Complementare, oltre 150 consulenze dietetiche ed oltre 100 visite di Medicina dello Sport. L'età media delle pz è di 57 anni.

Nella nostra esperienza il trattamento degli effetti collaterali dei trattamenti oncologici con le CAM è risultato sicuro, ben accetto dalle pazienti e in grado di ricoprire le necessità non soddisfatte delle pazienti con CM. Auspichiamo che le US certificate EUSOMA possano presto inserire, secondo le linee guida di questa Società Scientifica, un approccio multidisciplinare condiviso che preveda l'inserimento delle CAM.

### **VALUTAZIONE PER IL RITORNO AL LAVORO DOPO UN TUMORE AL SENO**

Maria Rosa Strada, Oncologia Medica, Istituto Clinico Città di Pavia (Gruppo San Donato),  
Cristina Gremita, Direttore UOC Prevenzione e Sicurezza Ambiente di Lavoro (ASL Pavia)  
Sezione AIDM Pavia

La diagnosi di tumore mammario riguarda oggi un'ampia quota di donne in età lavorativa ma il ritorno occupazionale rimane un'area di ricerca poco esplorata nonostante i molteplici risvolti psicologici, socio-familiari ed economici che ne derivano. I risultati di un'esperienza precedente (AIOM 2014, Roma) condotta su 350 pazienti operate per carcinoma mammario e in età lavorativa al momento della diagnosi hanno mostrato che la durata della malattia > 60 gg e il tipo di lavoro sono i fattori direttamente correlati con il rientro lavorativo; per quanto riguarda la qualità di vita si è rilevato un miglioramento statisticamente significativo per le pazienti che sono tornate alla propria occupazione, mentre la correlazione risultata negativa alla persistenza del sintomo fatigue.

Considerando inoltre che ad oggi la malattia oncologica pesa per un 33% delle disabilità e delle inabilità complessivamente riconosciute (dati INPS) e che il 2.2% della popolazione italiana è rappresentata dai lungo sopravvissuti si pone sempre più pressante il problema del reinserimento occupazionale/lavorativo di un numero crescente di soggetti per cui manca di fatto una linea guida di riferimento.

Si propone dunque di creare un protocollo di valutazione per il reinserimento lavorativo in pazienti oncologici fra cui le donne operate per tumore della mammella e libere da malattia, in età lavorativa al momento della diagnosi.

Il progetto è finalizzato a favorire la conservazione del posto di lavoro e la più idonea collocazione mansionaria attraverso una risposta sociosanitaria a carattere multidisciplinare; attori coinvolti sono il paziente, il MMG, il medico competente, il medico specialista della disciplina, il medico del dipartimento di prevenzione e sicurezza in ambiente di lavoro, il referente aziendale.

Il crono programma prevede l'organizzazione del nucleo operativo che proceda alla elaborazione di raccomandazioni specifiche a carattere generale, la scelta degli strumenti condivisi per la valutazione dei pazienti, la sperimentazione degli strumenti da impiegare in casi selezionati dove, per un giudizio di idoneità alla mansione non sbilanciato in eccesso cautelativo o in difetto valutativo, sia necessario tenere conto di una serie di aspetti quali il quadro clinico e il profilo prognostico, i trattamenti, i loro effetti collaterali e la potenzialità terapeutica.

A completamento del percorso è prevista un'azione formativa e riabilitativa volta alla correzione degli stili di vita scorretti direttamente collegati con l'andamento della malattia riconosciuti quali fattori prognostici sfavorevoli come ad esempio l'obesità, la sindrome metabolica e la mancanza di esercizio fisico che molti dati reperibili in letteratura correlano con un maggior numero di recidive nelle pazienti operate di tumore mammario.

Facilitare il rientro al lavoro con un'azione consapevole e clinicamente corretta assume anche una valenza psicologica importante per quel ritorno alla normalità che il paziente oncologico chiede.

### **LA DONNA CON LESIONE MIDOLLARE E LA GRAVIDANZA**

Gabriella Fizzotti, Simona Buratto, Sandro Re.  
Unità Spinale. Fondazione Maugeri. Pavia.  
AIDM Pavia



**INTRODUZIONE** Il desiderio di maternità è naturale e legittimo. Per le donne affette da esiti di mielolesione può rappresentare l'obiettivo per una completa re-integrazione sociale. Le incertezze legate alla condizione fisica che, non rispecchia l'immagine ideale di una donna sana, pronta ad affrontare un percorso finalizzato alla cura della prole possono condizionare tale speranza. Il "desiderio di maternità" si trasforma conseguentemente in un sogno infranto.

Lo scopo di questo studio è stato quello di evidenziare le difficoltà riscontrate durante la gravidanza e nel post-parto dalle donne mielose per verificare l'importanza e la necessità di cure mirate prima, durante e dopo il parto (1).

**MATERIALI E METODO** Sono state considerate le esperienze di 11 donne con lesione midollare ad eziologia traumatica e non traumatica: 4 tetraplegie, 6 paraplegie e 1 paraparesi. Tutte avevano iniziato la gravidanza dopo la lesione ed afferivano a differenti Unità Spinali o ad Associazioni Nazionali. A ciascuna è stato inviato, attraverso posta elettronica, un questionario riguardante le possibili difficoltà incontrate nella quotidianità durante il periodo gestazionale: condizioni cliniche, postura, trasferimenti, uso della carrozzina, igiene personale, autonomia nell'abbigliamento, organizzazione domestica.

**RISULTATI** Il 55% delle donne non aveva mai pensato a come la disabilità potesse condizionare la gravidanza prima di rimanere incinte. Le gravidanze portate a termine con successo sono state 17. Le fasi iniziale ed intermedia non hanno rappresentato un problema per il 73% dei casi mentre il 100% indicava l'ultimo trimestre come il più faticoso a causa dell'aumento ponderale; in particolare le maggiori difficoltà erano legate ai trasferimenti da e verso carrozzina, all'uso della carrozzina ed alle gestualità quotidiane. Le problematiche nell'uso della carrozzina comprendevano il sollevamento sia dell'ausilio che degli arti inferiori a causa delle dimensioni dell'addome. Al settimo mese di gravidanza, quasi il 45% aveva difficoltà nei trasferimenti letto-carrozzina, la percentuale saliva al 55% nei trasferimenti carrozzina-WC e viceversa; una percentuale pari all'80% indicava come più difficile il trasferimento per l'uso della doccia. Nella gestione dell'abbigliamento il 55% delle donne riferiva difficoltà nell'indossare i pantaloni o nel calzare o sfilare le scarpe, le difficoltà diminuivano se le gestualità venivano effettuate a letto.

**CONCLUSIONI** Cure mirate ed un adeguato follow-up sono i presupposti per garantire la corretta assistenza alla donna con lesione midollare che decida di avere un figlio (2). La gravidanza deve essere monitorata attentamente in relazione alle maggiori e diverse richieste della gestante. Il percorso riabilitativo dovrà suggerire strategie per migliorare l'autonomia personale in condizioni di sicurezza sia nell'ambiente domestico che sociale.

#### Bibliografia

Tebbet. M & Kennedy.P. The experience of childbirth for women with spinal cord injuries: an interpretative phenomenology analysis study. *Disability & Rehabilitation*, 2012; 34(9): 762–769.

Pannek J, Bertschy S. Mission impossible? Urological management of patients with spinal cord injury during pregnancy: a systematic review. *Spinal Cord*. 2011 Oct;49(10):1028-32. doi: 10.1038/sc.2011.66. Epub 2011 Jun 14.

#### **L'ORGANIZZAZIONE SANITARIA IN UN'OTTICA DI GENERE. E' POSSIBILE OGGI?**

Angela Maria Moneta, Direttore Sanitario, IRCCS Fondazione C. Mondino, Presidente Sezione AIDM Pavia

La crescente femminilizzazione del lavoro in sanità che comprende il lavoro infermieristico, tecnico e medico oltre che amministrativo richiedono l'attenzione delle organizzazioni per ridurre le patologie collegate con una attenzione di genere. La stessa prevenzione, con il DLG 81/08, pone come rilevante "il genere" nella definizione dei rischi lavorativi; pertanto la tipologia di lavoro e la conciliazione sono fattori influenzanti il benessere lavorativo.

In tal senso si è orientato il progetto "Conciliare in Fondazione" promosso ed attuato dalla Direzione Sanitaria dell'IRCCS Mondino nel corso del 2014.

Utilizzando l'opportunità e i fondi promossi da Regione Lombardia con il bando ex DGR 4221/2012 "Sostegno di iniziative di welfare aziendale ed interaziendale" abbiamo avviato una esperienza conciliativa in ambito sanitario, nuova per le realtà sanitarie ospedaliere, con l'obiettivo di fare da apripista ad una diversa sensibilità dell'organizzazione al genere femminile in sanità che rappresenta, ormai, la maggiore percentuale degli operatori sanitari e che è contraddistinta dalla "asimmetria dei tempi e di vita, per il quasi esclusivo accudimento di figli, familiari anziani oltre al





lavoro. La conciliazione si configura quindi come un fattore di salute orientata verso una serie di azioni a misura di donna. La disattenzione organizzativa è essa stessa un fattore di patologia.

Su “Academic Psychiatry” (2004) si dice che per le donne in sanità faticano “a stare in salute per distribuire salute” schiacciate sotto il peso del conflitto famiglia lavoro.

La realtà occupazionale dell'IRCCS Mondino presenta una percentuale di dipendenti femmine del 71%; sono state previste quindi, dopo un'analisi del contesto familiare, considerati i fabbisogni di figli e di accudimento di anziani, le azioni più orientate a soddisfare la realtà di integrazione lavoro famiglia di queste dipendenti.

Queste azioni sono state: servizi aziendali di integrazione sanitaria, di sostegno al reddito, time saving, supporto ai figli e sviluppo della cultura aziendale.

Lo sviluppo decisionale della progettazione ha portato a 3 risultati: azioni di facilitazione e supporto economico ai dipendenti, crescita della cultura conciliativa, formazione di una rete di contatti, convenzioni, fra il tessuto commerciale con creazione di una stabile azione di conciliazione lavorativa. In particolare la crescita di consapevolezza delle opportunità fornite da intervento conciliativo ha creato un benessere organizzativo in cui una rete di alleanze fra amministratori, operatori, sindacati e aziende convenzionate ha contribuito ad una migliore visione d'insieme, ad una sistematizzazione dell'intervento, con beneficio sulla qualità di vita della dipendente oltre che della relazione con il paziente e dell'efficienza del lavoro di gruppo.

Il sistema sanitario dovrebbe imparare la lezione del mondo imprenditoriale: la maggiore rappresentatività femminile da risultati economici migliori che nel campo della salute significa promuovere il benessere dei pazienti.

L'impatto della crescente presenza femminile sul sistema sanità e sulla vita dei medici, uomini e donne, porta a mettere in comune i diversi punti di vista, diversi sguardi di genere senza sostituire l'unilateralità maschile a quella femminile.

## **ESISTE L'OTORINOLARINGOIATRIA DI GENERE?**

Laura Lanza, Direttore UO ORL Voghera (AO Provincia di Pavia)

Sezione AIDM- PAVIA

In otorinolaringoiatria il problema del “genere” non è ancora stato affrontato ma è oggi necessario farlo per istituire percorsi diagnostico-terapeutici appropriati per le patologie testa-collo che interessano maggiormente la donna poiché questo obiettivo è stato anche richiesto da Regione Lombardia, in quanto all'interno della Delibera Regionale n° X/1185 del 20/12/2013 “Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sanitario regionale per l'esercizio 2014” la X legislatura pone attenzione all'innovazione e progettualità organizzativa che si realizzi attraverso l'appropriatezza di cure “gender oriented”. In base alla revisione della Letteratura, partendo dalla patologia auricolare, l'otosclerosi colpisce le femmine doppiamente rispetto ai maschi. La malattia è ereditaria, legata al cromosoma X e ciò spiegherebbe la maggior incidenza nelle donne; insorge nella pubertà, si aggrava con gravidanza e allattamento. Da ricordare è anche la Sindrome di Turner, la cui prevalenza è di 1/2000-1/2500 nate femmine. E' causata dall'assenza parziale o totale di uno dei 2 cromosomi sessuali X. Riguardo la vertigine, la forma emicranica è frequente nelle femmine (rapporto femmine-maschi 7/1); Frequenti sono inoltre le vertigini post-emicraniche; vi sono donne che sviluppano vertigini dopo che la cefalea è passata da anni. Più frequenti nelle femmine sono anche le vertigini nella Malattia di Meniere e nella VPPB. Spesso le gravide lamentano sintomi rinotici, quali naso chiuso, starnuti e rinorrea. Studi sui recettori di estrogeni e progesterone nel naso delle gravide hanno riscontrato maggiore ricettività. E' dimostrata differente concentrazione di ormoni sessuali e loro recettori nella mucosa nasale nelle varie fasi ormonali femminili, ormoni che nella gravidanza presentano livelli elevati nel sangue. Il disturbo è legato ad un effetto diretto degli ormoni sessuali sulla mucosa nasale e ad uno indiretto di variazione di concentrazione locale dei recettori ormonali e di alcuni neurotrasmettitori. L'esito è più vascolarizzazione e secrezioni ghiandolari che determinano gonfiore e congestione nasale. I sintomi spariscono dopo il parto, ma raramente permangono e si cronicizzano. E' pertanto una rinite ormonale legata ai cambiamenti ormonali (pubertà, periodo premenstruale, terapia ormonale sostitutiva o pillola contraccettiva). Anche la rinite allergica presenta prevalenza femminile. In



laringe, nell'adulto i noduli cordali sono propri della donna così come la malattia da reflusso esofageo non erosiva (NERD). Riguardo alle neoplasie, pur essendo il tumore laringeo prevalente nel maschio, nella femmina l'incidenza è aumentata, parallelamente al tumore polmonare per il fumo. Per quanto riguarda invece l'orofaringe, l'eziopatogenesi oltre a dipendere da una predisposizione genetica, dallo stile di vita e dall'alimentazione, correla soprattutto con l'infezione da Papillomavirus umano. Più colpita è la donna (età avanzata, multipli partner sessuali, fumo e alcool). Sicuramente vaccinare tutti prima del primo rapporto sessuale fa diminuire il rischio di infezione HPV, le precancerosi e neoplasie dell'orofaringe. Anche l'ipotiroidismo colpisce prevalentemente le femmine soprattutto nella menopausa, come le tiroiditi; la tiroidite subacuta di De Quervain colpisce maggiormente le femmine dai 30 ai 50 anni. La tiroidite di Riedel è rara e colpisce donne tra i 40 ed i 60 anni; la tiroidite di Hashimoto infine colpisce le femmine con un rapporto di 5 a 1 rispetto ai maschi. Per le forme neoplastiche, il carcinoma follicolare predilige le femmine, come il carcinoma indifferenziato. Nell'esperienza dei nostri servizi ambulatoriali che effettuano oltre 14.000 prestazioni annue, i dati sovradescritti vengono quotidianamente verificati e ciò potrebbe permettere l'avvio di una medicina personalizzata. In particolare l'Associazione Scientifica "Gruppo Lombardo di Otorinolaringoiatria" (GLO), ha dato disponibilità a rivolgersi verso le patologie ORL più frequenti nella donna per migliorare l'appropriatezza prescrittiva e la qualità dell'assistenza.

## OLTRE LA FRONTIERA DELLA MALATTIA: MEDICINA NARRATIVA A CONFRONTO

Associazione Italiana Donne Medico (A.I.D.M.) Sezione Reggio Calabria

Reggio Calabria 28 giugno 2014. L'evento nasce dal desiderio di esplorare il rapporto avvolgente, sempre esistito, che lega arte e medicina, e dall'esigenza sempre più sentita di ripercorrere il variegato universo medico e umano nelle sue emozioni più semplici e profonde, come il dubbio, la paura, il coraggio, il dolore, che spesso accompagnano la malattia e la vita. Il Comitato artistico A.I.D.M. (Coordinatrice: Armida Moscardini, Componenti: Carmen Vittoria Marchese, Maria Grazia Mazzali) ha voluto rappresentare la capacità, tipicamente femminile, in una professione come quella medica, di saper trarre dagli eventi di sofferenza un'opportunità, una nuova speranza, un cambiamento vitale. Le varie relazioni, che introducono il concetto e le motivazioni della **Medicina Narrativa**, si accompagnano a diverse rappresentazioni artistiche (poesia, musica, teatro, pittura) quali espressione di storie di vita, in un percorso comune con l'ARS, associazione reggina di artisti medici e operatori della sanità presieduta da Pasquale Borruto, con l'intento di nuove riflessioni sulla realtà socio-sanitaria e umana, in cui malattia e guarigione sono già, in parte, trame narrative, in armonia di intenti e unendo le diverse professionalità di appartenenza, come un'occasione di confronto, con noi stessi e con quello che significa la nostra professione. Interventi: **Dr.ssa Carmen Marchese** (MMG-Presidente AIDM sez.Reggio Calabria) "Identità e narrazione di sé in medicina"- Mostra pittorica Daniele Chiovaro accompagnata da brani poetici di medici, **Prof. Antonio Virzi** (Psichiatra)- "Medicina narrativa e letteratura, **Dott. Salvatore Borrelli** (MMG)"Fisiologia e benessere interiore", **Dott.ssa Elisabetta Felletti** (Psichiatra) "Come un equilibrista sul filo: Rapporto medico- paziente." Segue lettura di un brano tratto dall'opera, accompagnato dalle note musicali di Pino Scambelluri., **Dott.ssa Carmelina Palumbo**(Psichiatra) "Io e le poesie. La scrittura come momento per superare le difficoltà professionali.", **Dott. Luigi De Filippis** (Reumatologo) "Medicina etnonarrativa", **Dott.D. Marciano** (Anestesista, Musicista) "La musica dell'universo : rapporto musica e medicina", lettura poesia Dr.Mario Gallucci, **Dott.ssa Manuela Priolo** (Genetista)"Da che parte stai? L'amniocentesi: un'esperienza fotografica.", **Dr.Giovanni Cassone**(Radiologo) Presentazione Video ONLUS "Clara Cassone"- "Da un'esperienza dolorosa alla nascita di un progetto"- Lettura poesia Dr.Franco Sarica , **Rappresentazione teatrale a cura dell'ARS** del testo "**Rewind**" di Manuela Priolo .-Al termine."Preghiera del medico"di Salvatore Vita e Domenico Marciano. Oggi il medico vive una fase storica e sociale di profondo disagio. Dalla bellissima immagine della locandina, dipinta dal giovane Daniele (giovane disabile che dipinge con la bocca), partono le nostre riflessioni. Racchiude in sé il senso dello smarrimento, che pervade il medico, il paziente, l'uomo di oggi, ma può anche essere una speranza, o, come lo ha inteso Daniele, un" sogno ad occhi aperti." Siamo ancora in molti a pensare che la Medicina sia almeno in parte un'arte: non è come le



nozioni, non si impara dai libri, nè dalle slides ma si impara osservando, scavando dentro noi stessi. Il nostro premio e il nostro destino è il lavoro continuo di ricerca su di noi e sugli altri... perché, lo sappiamo bene, non possiamo portare nessuno più in là di dove siamo già andati noi, di dove conosciamo...

## **IL RUOLO DELL'EDUCAZIONE ALIMENTARE NELLA CURA E PREVENZIONE DELLE MALATTIE DEL BENESSERE**

Caterina Di Mauro, Medico di Famiglia; Maddalena Falagario, Psicoterapeuta; Lucia Fontana, Specialista in Scienza della Nutrizione; Laura Forte, Ematologa ; Mariangela Mastromatteo, Direttore Sanitario IRCCS Fondazione G.B. Bietti Onlus, Roma; Gabriella Nasi, Vice Direttore Sanitario Ospedale "Cristo Re", Roma; Francesca Paradiso, Medico Corsista del Corso Triennale di Formazione in Medicina Generale della Regione Lazio;  
Maria Elena Positano, Psichiatra; Stefania Soldano, Medico di Famiglia.  
AIDM Roma Centro

Il ruolo tradizionale tramandato dalla donna è quello di provvedere alla nutrizione e all'accudimento del nucleo familiare. Il ruolo della donna-medico è quello di impostare le scelte alimentari basandole su un substrato scientifico e su evidenze verificate anche in ambito accademico. La donna diventa così promotrice di una medicina più attenta al bisogno di salute sia in ambito familiare che assistenziale. L'educazione alla Salute è una specificità dell'intervento dell'AIDM di Roma Centro dove, grazie all'opera di coinvolgimento di una nostra socia, abbiamo sentito l'esigenza di rivedere sotto una nuova luce il nostro ruolo di cura e prevenzione come Medici di Famiglia e Specialiste di varie branche. La disciplina alimentare Macrobiotica Pianesiana trova particolare riscontro nella cura del diabete tipo 2, come rilevato in diversi studi eseguiti da Mario Pianesi, dal prof. Fallucca, Pozzilli e Colleghi del Campus Bio-Medico, che hanno evidenziato il ruolo determinante del tipo di probioti selezionato in base all'alimentazione assunta. Particolare interesse ha suscitato un lavoro pubblicato sulla rivista "IL DIABETE ", consistente in uno studio randomizzato controllato su cinquantuno pazienti diabetici trattati con la dieta MaPi 2, mentre al gruppo di controllo è stata somministrata una dieta ipoglicidica standard, il gruppo trattato con la MaPi 2 ha dimostrato una riduzione della resistenza insulinica, una riduzione del peso corporeo significativamente più alta, e una riduzione dei marker infiammatori. Discriminante è stata l'adozione di una alimentazione più ricca in carboidrati complessi, cibi di tipo biologico integrale, fermenti naturali, che procurano un notevole incremento della flora intestinale probiotica. Lo stesso studio è citato dalla Rivista NUTRITION AND METABOLISM da A. Soare e coll. Nella rivista DIABETES/METABOLISM RESEARCH AND REVIEWS C. Porrata-Maury e coll. descrivono i benefici nel diabete tipo 2 della dieta MaPi 2 ( 12% proteine, 18% grassi, 70 % carboidrati ). Nell' American Journal of Epidemiology Yang Yang e coll. evidenziano che un alto apporto di fibre nella dieta quotidiana riduce del 10% le cause di mortalità.

Studi promettenti si stanno svolgendo applicando la dieta MaPi alla cura della Sclerosi Multipla, al Cancro del colon, alle malattie croniche del tubo gastroenterico come la Malattia di Crohn, la Rettocolite Ulcerosa e nella cura delle Leucemie. Si stanno profilando sempre nuovi scenari che assegnano alla nutrizione un ruolo centrale, con lo studio dei Probiotici nella prevenzione e nella cura delle "Malattie del Benessere".

"Importa quanto bene vivi, non quanto a lungo" "Pensa sempre alla qualità della vita, non alla sua quantità" Seneca, I sec. dC

## **LA CURA DI CHI CURA**

Caterina Di Mauro, Medico di Famiglia ; Maddalena Falagario, Psicoterapeuta ; Laura Forte, Ematologa ; Francesca Gigliotti, Gastroenterologa; Mariangela Mastromatteo, Dirigente Ospedaliero, Ospedalità Privata ; Gabriella Nasi, Vice Direttore Sanitario Ospedale "Cristo Re" di Roma; Francesca Paradiso, Medico in formazione specifica in Medicina Generale; Maria Elena Positano, Psichiatra; Stefania Soldano, Medico di Famiglia  
AIDM Roma Centro

L'aver cura, tradizionalmente appannaggio delle donne, mogli, mamme, figlie, sempre pronte a dedicarsi, è quell'insieme di gesti che risiedono nella radice primaria dell'essere umano e segnano la struttura ontologico-esistenziale dell'essere stesso.

La crescita esponenziale della popolazione anziana da un lato e, dall'altro, la riduzione della spesa sociale, rischiano di minare il già precario sistema di welfare assistenziale italiano. Un sistema a forte caratterizzazione "monetaria" che ha erogato non tanto servizi, quanto contributi economici che sono stati la sola contropartita rispetto ad un crescente fabbisogno assistenziale. Un fabbisogno che, nella maggior parte dei nuclei familiari, ha trovato risposte in un'attività condotta per lo più da donne che si sono fatte carico del lavoro e delle responsabilità della cura senza trovare, spesso, forme di conciliazione non solo con l'attività lavorativa, ma anche con quella prettamente familiare, determinando pesanti situazioni di stress, depressione, isolamento sociale.

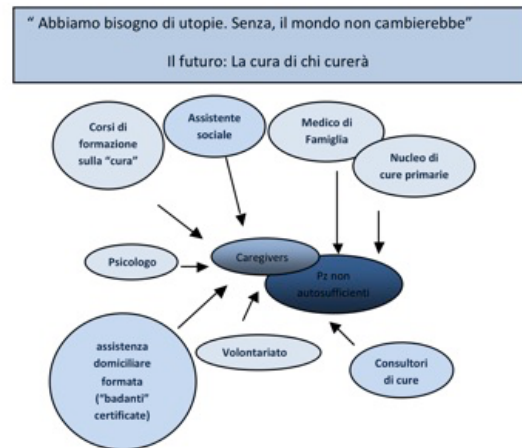
Sono queste persone, definite "caregiver", che di fatto sorreggono il sistema di welfare italiano in nome di un sentimento affettivo o di un senso del dovere.

Un impegno nella cura che rischia di far entrare in un circuito vizioso le vite di milioni di donne e di famiglie; rischio che deve essere combattuto non solo con l'ampliamento dell'offerta di servizi, ma anche attraverso azioni mirate verso la persona responsabile delle attività di cura. Uno studio di Elizabeth Blackburn, premio Nobel per la Medicina nel 2009, ha dimostrato che i caregivers sottoposti

allo stress di curare familiari gravi hanno un'aspettativa di vita ridotta dai 9 ai 17 anni. In una società sempre più povera di tempo, di spazi e di diritti per chi ha bisogno di cure, il Medico di Famiglia, per esempio, rappresenta il primo anello di una "catena sociale" in cui la famiglia può ritrovare il giusto supporto e la giusta guida. Il caregiver, in prima linea nel processo di cura, può aprirsi con i suoi bisogni, i suoi dubbi e le sue angosce.

La formazione del caregiver potrebbe rappresentare un buon punto di partenza, come pure l'ascolto dei suoi bisogni (bastano poche domande: "Come stai? Dormi abbastanza?"), oppure l'aiuto pratico con consigli nella gestione in modo tale da allontanare il sentimento di solitudine e abbandono che spesso sperimentano.

Le persone bisognose di cure nei prossimi decenni aumenteranno di pari passo con l'aumento di malattie cronic-degenerative e della non autosufficienza, per cui cominciamo a lavorarci su e giocheremo d'anticipo.



## MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI

Caterina Di Mauro, Medico di Famiglia; Maddalena Falagario, Psicoterapeuta; Laura Forte, Ematologa ; Francesca Gigliotti, Gastroenterologa ed Esperta in Ecografia Interventistica; Mariangela Mastromatteo, Direttore Sanitario IRCCS "G.B. Bietti" Onlus, Roma; Gabriella Nasi, Vice Direttore Sanitario Ospedale "Cristo Re" di Roma; Francesca Paradiso, Medico Corsista del Corso Triennale di Formazione in Medicina Generale della Regione Lazio; Maria Elena Positano, Psichiatra ; Stefania Soldano, Medico di Famiglia . AIDM Roma Centro

Le mutilazioni genitali femminili (MGF) rivestono un ruolo di rilevanza culturale nei popoli che ci circondano nel bacino del Mediterraneo, in quanto sancisce e definisce a livello fisico il comportamento idoneo ad ottenere il massimo nella funzionalità nelle connessioni intergenerazionale, intersessuale e interfamiliare delle tradizioni ancestrali. L'aspetto culturale, però, non può prescindere dalla considerazione che gli aspetti "corporali" abbiano una profonda risonanza affettiva. Quando il corpo viene "violato" o, come nella MGF, così menomato prima di raggiungere l'età della consapevolezza, tra i 2 mesi e i 15 anni, quando ancora non si è formato neppure uno schema corporeo, non parleremo di cultura ma di vera e propria violenza, fisica e



psichica, dal momento che viene imposta una menomazione, senza alcuna opzione, né di conoscenza né culturale. E' importante il fatto che istanze di questo tipo siano avanzate da *medici donne* che, quindi, meglio di altre categorie professionali, siano in grado di opporsi con convinzione ad una pratica menomante che si perpetua nei secoli perché una cosiddetta "*ragione superiore*" lo impone. Chi conosce dal di dentro l'essere donna nelle sue mille sfaccettature e conoscendone i limiti che la mano umana può inferirle, è più vicino di altre perché "*matris animo curant*". A tale proposito colpisce maggiormente dover constatare che siano delle *mammame* a praticare tali mutilazioni, anche così estese da abolire le grandi labbra, impedendo alle bambine "operate" perfino di sedersi normalmente e di salire le scale, fino a renderle –di fatto - delle invalide. Queste donne non si preoccupano nemmeno di essere fuori legge in Italia : esse affermano di essere disposte a continuare tali pratiche anche a rischio della prigione perché sono convinte di contribuire all'unità della famiglia. Il privare del piacere la donna infibulata garantirebbe una tutela dall'adulterio, preservando la famiglia dal degrado della cultura e indebolimento della società. E' chiaro come, alla luce delle attuali conoscenze scientifiche, quanto sia differente l'interpretazione dei fatti clinici oggettivi ed è solo su questo piano che possiamo e dobbiamo lottare, affinché la conoscenza di dati e le testimonianze di quante hanno vissuto tali traumi possano contribuire a far riflettere sull'importanza della medicina di genere nella pratica medica quotidiana. A questo scopo la nostra sezione ha proposto il proprio progetto di educazione alla salute alla Fondazione "Nilde Iotti" e conseguito il "Premio Melograno" nel dicembre 2013 per la convivenza civile tra popoli nel Mediterraneo. Inoltre si sono svolti numerosi seminari sulle MGF nei vari corsi per il triennio di formazione in Medicina Generale nella Regione Lazio allo scopo di avviare le nuove leve a riconoscere e accompagnare le donne migranti a riconoscere tale pratica come retaggio di un passato di sottomissione da abbandonare.

## RESILIENZA E MODELLI LAVORATIVI AZIENDALI

Positano Maria Elena \*, Forte Laura°

\*Psichiatra e Psicoterapeuta, Ematologa e Ricercatrice, AIMD Roma Centro

La resilienza, definita come la capacità di fronteggiare gli eventi stressanti o traumatici e di riorganizzare in maniera positiva la propria vita dinanzi alle difficoltà, è caratteristica molto connotata al genere femminile, per ragioni connesse alla produzione di estrogeni, alla trasmissione neuronale interemisferica, così come alla numerosità dei neuroni specchio maggiore nelle donne. Un esempio di resilienza che si può considerare è la tenacia e la determinazione di molte colleghe che con estrema difficoltà hanno raggiunto posizioni di spicco nella professione medica, ma anche imposto e declinato il loro stile professionale. Si considerino esempi come Maria Montessori, le fondatrici dell'AIMD, il Ministro Kiengo, etc. Adesso come nel passato la resilienza, come capacità innata ma incrementabile, è auspicabile sia una risorsa della vita sia lavorativa che familiare femminile. La resilienza nasce dalla consapevolezza di sé e del proprio valore e deve essere sviluppata nelle donne che intendono affrontare l'ambizioso obiettivo di una vita bilanciata dal punto di vista affettivo e lavorativo. Infatti nel contesto professionale della donna medico vi sono numerose situazioni di difficoltà, come ad esempio nel caso di errore medico, nel caso di ostacoli nella progressione di carriera, nel caso di contesti lavorativi avversi, nel caso di difficile conciliazione tra i tempi per coltivare la vita familiare e quelli impiegati nella vita lavorativa. La resilienza si avvale di una capacità di programmazione rispetto ai tempi, ai modi, agli obiettivi della propria vita professionale. E' una scommessa per ogni donna medico che in ogni fase della vita non si determini una retrocessione non voluta di ruolo, di responsabilità, di gradimento professionale e di crescita individuale. Pertanto la resilienza in una realtà aziendale può svilupparsi pienamente solo in presenza di una buona collaborazione professionale e di una intesa trasversale che consentano anche di far superare il senso di panico connesso all'errore medico, qualora perpetrato, e la frustrazione connessa, nonché di facilitare la riqualificazione narcisistica di chi vi è incorso, tenendo conto della specificità femminile anche nella gestione organizzativa e carrieristica. Infatti in un contesto lavorativo aziendale la forte presenza delle donne medico in crescita negli ultimi anni comporta che l'organizzazione aziendale debba tener conto delle caratteristiche di genere per il buon andamento gestionale e lavorativo clinico. La



resilienza si sviluppa dalla capacità individuale di combattimento e dall'allenamento a fronteggiare le sfide e si alimenta della conoscenza dell'ambiente in cui si opera e dell'impegno individuale a gestire le proprie responsabilità, ma anche del rispetto per le proprie passioni. E' una qualità che mediante modelli aziendali adeguati può essere sviluppata favorendo una crescita personale della donna medico lavoratrice

## **LA CONFERMA DEL RUOLO DELL'AIDM NELLA REALTÀ PROFESSIONALE E POLITICO-SOCIALE DI ROMA**

Gabriella Nasi\*°, Stefania Soldano^°

\*Vicedirettore Sanitario Ospedale "Cristo Re" di Roma

^Medico di Famiglia ASLRMD1

°AIDM Roma Centro

Nella società e nel mondo sanitario in particolare, occorre prendersi la responsabilità di trovare soluzioni in un ambito dove c'è sempre più bisogno di passione. Noi donne medico attraverso le nostre capacità di uscire dagli schemi e di essere "resilienti" siamo chiamate ad essere le protagoniste del sistema. Ci si chiede, dunque: "Perché le donne medico sono una minoranza sia nei Consigli ordinistici che nei ruoli apicali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie?". Tale condizione risultava drammaticamente evidente nel 1999 quando l'AIDM di Roma decise di presentare alle elezioni del Consiglio OMCEO una lista di sole donne perché, fin dalla fondazione dell'Ordine, la rappresentanza femminile non aveva superato l'unità e per diversi decenni il Consiglio era stato composto da soli uomini. Da quel momento sembrò scattare un allarme, piuttosto che un'attenzione, per la presenza delle donne medico anche per l'aumentare delle iscritte all'albo. E' stata così messa alla luce la realtà lavorativa medica femminile e si è istituito uno "sportello accoglienza" per le pari opportunità presso l'Ordine. Inoltre, si è ottenuta una costante presenza femminile nelle liste elettorali e finalmente nel triennio 2009-2011 è stata eletta una rappresentante AIDM Roma Centro in qualità di Consigliera. In quel periodo vi è stata una sensibilizzazione maggiore alle problematiche femminili con uno studio specifico che ha evidenziato una condizione lavorativa e sociale delle donne medico più difficile rispetto ad altre realtà delle donne italiane e l'attivazione di una rubrica sulla medicina di genere nel bollettino dell'OMCEO. Attualmente, nonostante il nostro costante impegno, vi è ancora molta resistenza nel dare visibilità alle donne, sono troppo poche le unità al femminile a livello di organi istituzionali e ruoli apicali come dimostrano anche i risultati delle elezioni del triennio 2015-2017 per 105 OMCEO. Infatti, sono solo 6 le donne medico Presidenti di Ordine, le Vicepresidenti e le Segretarie sono il 18%, le Tesoriere il 17% e per la composizione dei Consigli, su un totale di 1583 Consiglieri, le dottoresse sono il 20%. Nel 77% la presenza femminile non supera le 4 unità, questa è proprio la triste realtà dell'OMCEO di Roma e Provincia, su poco meno di 43.000 iscritti. In tale contesto l'impegno dell'AIDM di Roma è trasformare gli eventi stressanti, come la descritta situazione professionale, in positività con fiducia nelle proprie competenze, tolleranza alla frustrazione, capacità di ristrutturazione cognitiva, attitudine alla speranza, importanza del gruppo, incremento della trama di relazioni, abilità di socializzare e di relazionarsi in modo supportante. L'associazione è in grado di stimolare amore e fiducia, offrendo modelli di ruolo rassicuranti, progettando le proprie mete pianificandone le tappe per conseguirle, sviluppando network sociali, accettando i cambiamenti, puntando alla realizzazione degli obiettivi. Si conferma pertanto l'importanza dell'associazione sia con i primi risultati ottenuti sia per la crescita dell'individuo donna nella sua interezza e complessità, grazie allo spostamento del focus dal singolo individuo alla comunità. L'assenza di una vera rete associativa e della resilienza comunitaria renderebbe invece vulnerabili le associate stesse.

## **ALCUNE REALTÀ NELLA CITTÀ DI MESSINA**

Rosalba Ristagno Presidente sez. AIDM S.Stefano C.

AIDM sez. S. Stefano di Camastra (ME)



La città di Messina conta tre sezioni AIDM: S. Stefano C., Messina Peloro, S.Teresa di Riva. Tre socie AIDM sono componenti del consiglio dell'Ordine dei Medici di cui una, la scrivente (già coordinatrice del Comitato Pari Opportunità dal 2006), è referente per la l'Osservatorio FNOMCeO della professione medica e odontoiatrica femminile e presidente della sez. S.Stefano C.

Opera a Messina dal 1989 il più antico Centro antiviolenza della Sicilia, il CEDAV, cui si sono rivolte circa 2000 donne, 750 delle quali prese in carico per un percorso di uscita dalla violenza. Prevalente l'attività di volontariato, in assenza di forme istituzionalizzate di finanziamento; per l'anno 2015 la regione ha assegnato un finanziamento di 25.000,00 €, sui 450.000 destinati ai centri antiviolenza di tutta l'isola. Nel messinese non è presente una casa rifugio.

Tappa importantissima è stata la sottoscrizione, il 22 luglio 2014, di un protocollo d'intesa che, su iniziativa del Cedav e della sua Presidente, l'avv. Carmen Currò, ha dato vita a una "rete interistituzionale", modello vincente nel contrasto alla violenza di genere, per una programmazione e gestione integrata e coordinata di interventi.

È in corso per l'anno 2014-2015 un ciclo di seminari (responsabile scientifica la prof. M. A. Cocchiara), organizzato dal Dipartimento Universitario di Scienze Giuridiche e storia delle Istituzioni (DiSGeSI) e dalla Consigliera di Parità della provincia di Messina, con il supporto organizzativo del CUG dell'Ateneo e in collaborazione con il Cedav, e con vari enti, istituzioni e associazioni, tra cui l'Ordine dei Medici e l'AIDM sez. Tirreno-S. Stefano di Camastra. Un percorso formativo, dal titolo "*La violenza di genere: prevenirla, riconoscerla, contrastarla*", molto ricco di interventi e denso nei contenuti.

L'Università di Messina ha fatto e continua a far parte di gruppi di studio quali:

- il progetto nazionale dell'Istituto Superiore di Sanità (2009-2012) denominato "La Medicina di Genere come Obiettivo Strategico per la Sanità Pubblica: l'Appropriatezza della Cura per la Tutela della Salute della Donna", responsabile scientifico Giocchino Calapai professore associato di Farmacologia;
- il progetto multiregionale, iniziato nel 2008 e tutt'ora in corso, sul tema "Vigilanza sulle reazioni avverse derivanti dall'uso di farmaci, fitoterapici e integratori alimentari durante la gravidanza" finanziato dall'AGENAS e dalla Regione Sicilia, responsabile scientifico Giocchino Calapai;
- ricerca sulle reazioni avverse da farmaci nella città di Messina, intervista a 1050 donne, responsabile Giocchino Calapai.

Merita menzione la giovane messinese Rosalia Crupi, una delle tre vincitrici del premio nazionale di ricerca "Gender Innovation" per l'anno 2014, promosso dalla Società Italiana di Farmacologia nell'ambito della medicina di genere.

Conseguenziali al Protocollo d'Intesa Interistituzionale del 22 luglio, in linea con la normativa Codice Rosa in Sicilia, e successivi al protocollo d'intesa tra la FIASO e l'Azienda Sanitaria di Grosseto destinato a "esportare" in tutte le Aziende Sanitarie di Italia il modello "Codice Rosa Bianca", è in itinere una serie di incontri finalizzata a realizzare il percorso per la prevenzione, il riconoscimento e il contrasto alla violenza di genere.

## **MALATTIE PROFESSIONALI NELLA PROVINCIA DI TRAPANI NEL PERIODO 2010-2014. UNO SGUARDO DI GENERE**

Sabrina Bastianini\*, Rosa Maria Caruso\*, Maria Patrizia Muccioli\*\*, Antonina Rizzo\*\*\*, Simonetta Piazza\*

\* Dirigente Medico Medicina del Lavoro ASP Trapani

\*\* Pediatra di Libera Scelta ASP Trapani

\*\*\* Dirigente Medico Patologia Clinica ASP Trapani

Sezione AIDM Trapani

Negli ultimi anni si è posta grande attenzione sulla problematica dell'emersione delle malattie professionali che hanno costituito motivo di interesse anche in occasione della I Giornata della Prevenzione organizzata dalla Sezione AIDM di Trapani nel Maggio 2014. Scopo del presente lavoro è stato quello di analizzare le segnalazioni di malattie professionali pervenute presso lo

SPRESAL dell'ASP di Trapani nel periodo compreso tra il 2010 e 2014. Dall'analisi delle segnalazioni pervenute nel quinquennio, oggetto di analisi, si è osservato che il numero delle stesse è progressivamente aumentato negli anni, infatti si è passati dai 26 casi del 2010 ai 38 casi del 2014 con un picco di 47 casi nel 2013. Di queste, i casi segnalati nelle lavoratrici rappresentano il 7,8% sul totale delle pervenute (13 casi su un totale di 176) in accordo con la modesta presenza nel mercato del lavoro delle donne anche nella nostra provincia (Tab. I). Analizzando il fenomeno in dettaglio, le malattie da sovraccarico biomeccanico del rachide e degli arti superiori sono le patologie professionali attualmente più segnalate; tuttavia, si segnala anche un incremento di denunce di Dermatite Allergica Contatto – DAC. Infatti tra i 13 casi pervenuti, 4 riportano la diagnosi di Ernia Discale, 4 di DAC, 2 di Tunnel carpale, 2 di tendinite del sovraspinoso. Per quanto riguarda i comparti lavorativi con maggior numero di segnalazioni di malattie professionali questi sono: Industria e Servizi (7 casi) e Terziario (5 casi). Tale andamento è in accordo con la tradizionale maggiore presenza femminile nei suddetti comparti e con la conseguente esposizione ai rischi lavorativi tipici di tali settori (maggiore incidenza di DAC nelle parrucchiere). Da sottolineare come il riscontro di tali patologie sia altresì dovuto al carico portato dalle donne che, contemporaneamente alla propria mansione, gestiscono anche impegni organizzativi e assistenziali della propria famiglia. I dati sopra riportati evidenziano la parziale efficacia delle attività condotte, all'interno del Piano Regionale Straordinario per la tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro della Regione Sicilia, con la sua linea progettuale "*Emersione Malattie Professionali*". Tale progetto, iniziato nel 2010, ha contribuito a sensibilizzare gli operatori sanitari nella gestione delle patologie lavoro-correlate attraverso la segnalazione delle patologie occupazionali (ex art.139 D.P.R. 1124/65 ed art. 10 D.Lgs. 38/2000).

GENERE	2010	2011	2012	2013	2014	TOTALI	
	N.	N.	N.	N.	N.	N.	%
MASCHI	24	29	29	45	36	163	92,2
<b>FEMMINE</b>	2	3	4	2	2	<b>13</b>	<b>7,8</b>
TOTALI	26	32	33	47	38	176	100

Tab. I: Malattie Professionali segnalate nel quinquennio 2010-2014

### I TUMORI NELLE DONNE DELLA PROVINCIA DI TRAPANI

Giuseppa Candela,<sup>1</sup> Floriana Battaglieri,<sup>2</sup> Nicoletta Cappello,<sup>3</sup> Paola Fonte,<sup>3</sup> Maria Patrizia Muccioli,<sup>3</sup> Carolina Rizzo,<sup>4</sup> Antonina Rizzo,<sup>5</sup> Amelia Valenti,<sup>6</sup> Tiziana Scuderi.<sup>7</sup>

<sup>1</sup> Dirigente medico Resp UOS Registro Tumori ASP Trapani; <sup>2</sup> Specialista ambulatoriale Neurologia; <sup>3</sup> PLS ASP Trapani; <sup>4</sup> Dirigente medico Cardiologia ASP Trapani; <sup>5</sup> Dirigente medico Patologia Clinica ASP Trapani; <sup>6</sup> Specialista ambulatoriale Cardiologia

<sup>7</sup> Biologa Registro Tumori ASP Trapani **Sezione AIDM di Trapani**

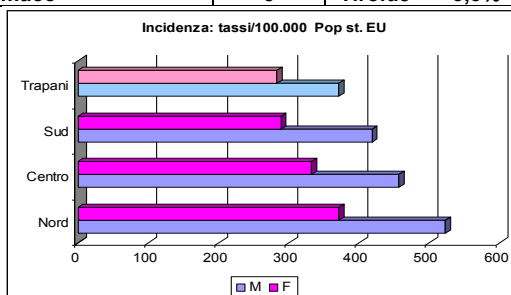
In provincia di Trapani dal 2003 è attivo il Registro Tumori di popolazione che monitorizza la patologia oncologica nella popolazione residente. I tumori costituiscono motivo di allarme rappresentando la prima causa di morte nei giovani e provocando la percezione di un eccesso di rischio nel territorio. In provincia si ammalano di tumore, ogni anno circa 860 donne, a fronte di una popolazione femminile oncologica di circa 6644 unità e di una mortalità che interessa ogni anno circa 406 femmine. In accordo con l'andamento nazionale, il primo tumore diagnosticato nella donna è quello mammario: circa il 24% di tutti i tumori; seguono i tumori del colon retto 11,3%, del corpo dell'utero 5,7% e della tiroide 3,5%. La sopravvivenza per tutti i tumori femminili a cinque anni dalla diagnosi è del 58,9%. I dati della registrazione non mostrano eccessi di rischio neoplastico nella popolazione femminile residente, confortanti risultano infatti sia i tassi di incidenza che quelli generali di mortalità che rimangono al di sotto dei valori medi nazionali. Nonostante questo vantaggio emergono tuttavia molte criticità. Nelle sedi oggetto di screening oncologici, come la mammella, si rilevano stadi avanzati di malattia superiori e valori di sopravvivenza inferiori ad altre aree italiane, differenze imputabili al ritardo dell'avvio dello screening mammografico in provincia. Altra criticità da segnalare è quella relativa alla migrazione oncologica che interessa più del 60% di tutti i ricoveri per neoplasia nel sesso femminile.



Particolarmente elevata è la migrazione per il trattamento del tumore mammario: 71% di tutti i ricoveri, con una mobilità extraregionale che risulta la più elevata delle ASP della Sicilia. Approfondimenti relativi al trattamento chirurgico del tumore della mammella hanno anche evidenziato, per la stessa paziente, interventi in momenti differenti e in differenti luoghi di ricovero. L'assenza in provincia di una breast unit e della radioterapia sono probabilmente alla base del fenomeno migratorio e di una innegabile disuguaglianza che pone la donna della provincia di Trapani in una situazione di svantaggio non più accettabile.

Il tema “ tumori ” è stato più volte al centro dell'attenzione della sezione AIDM di Trapani che nella sua attività di formazione/informazione lo ha affrontato da diverse angolature, soprattutto ponendo l'accento sulla prevenzione, informando sugli screening oncologici e sulla prevenzione primaria attraverso la correzione degli stili di vita e l'esecuzione delle vaccinazioni anti cancro come: anti epatite B e anti HPV. Nel Maggio del 2014 la sezione AIDM di Trapani ha organizzato una giornata sulla prevenzione nella quale le socie hanno messo la loro professionalità al servizio dei cittadini contribuendo a far crescere la cultura della prevenzione, anche oncologica, nella popolazione.

I TUMORI PIU' FREQUENTI NELLE FEMMINE DELLA PROVINCIA DI TRAPANI				
Pool Italia			Trapani	
24,9%	Mammella	1	Mammella	24,1%
15,1%	Cute	2	Colon-retto	11,3%
11,9%	Colon-retto	3	Cute	11,2%
5%	Polmone	4	Corpo dell'utero	5,7%
4,1%	Stomaco	5	Tiroide	3,5%



### PARTECIPAZIONE ALLE POLITICHE DI GENERE

Autrice: Sara Tabbone, psichiatra - psicoterapeuta, presidente emerita AIDM Treviso  
 Si ringraziano: Liana Manfio, Assessore; Rete per le Politiche di Genere; Operatrici Claudia Ceccarello, Francesca Dettori, Benedetta Talon

L'AIDM Treviso ha accolto la proposta dell'Assessorato sociale-sanità-casa di Treviso di partecipare alla costruzione di una Rete per le Politiche di Genere, con impegno ad implementare la cultura di parità e a coprogettare/cogestire lo 'Spazio Donna' del Comune di Treviso; ha incaricato la sua Commissione 'Diritti Umani e Lotta alla Violenza' di svolgere compiti di studio, ricerca e varie... ad hoc, e ha incaricato Sara Tabbone di partecipare ai lavori della Rete, quale referente dell'Associazione, con pieno potere di rappresentanza.

La costruzione di Rete ha coinvolto le seguenti Associazioni di Treviso: AIDM, LILT, CAV, Rete Donne Sudamericane, Telefono Amico, Artigianato Trevigiano, Arci Lesbica, CIF comunale e giovani, Coordinamento Provinciale Volontariato, Comunità Il Mandorlo, Ucipem Consultorio Familiare, Telefono Rosa, Solidarietà a Colori, Il Corpo dell'Artista, Consulta Femminile, CNA Pensionati e Impresa Donna, Ascom Confcommercio, Caritas Tarvisina. Partecipano anche l'AIDM di Mogliano e una cittadina uditrice: Paola Poldelmengo.

Gli incontri di Rete, avviati il 10 ottobre 2013, sono facilitati da Claudia Ceccarello – psicologa, Francesca Dettori – sociologa, Benedetta Talon – psicologa, coinvolte dall'Amministrazione Comunale, attraverso una specifica convenzione.

La Rete ha prodotto:

1. verbali e schede esplicative degli incontri
2. schede descrittive dei servizi e delle attività offerte alla cittadinanza dalle Associazioni della rete;



3. progettazione dello Spazio Donna; attivazione del servizio in cogestione; sua presentazione alla cittadinanza;
4. progettazione di una ricerca/azione, avviata il 12 gennaio, sul tema: 'ascolto - accoglienza - accompagnamento';

In merito allo Spazio Donna, la Rete ha fornito indicazioni su :

- destinatari: donne e uomini in situazione di bisogno e/o interessati a realizzare percorsi su tematiche di genere;
- istituzione del Gruppo di Cogestione composto dalle operatrici/ facilitatrici, in regime di convenzione, e dalle referenti di rete, in regime di volontariato: CNA, Telefono Rosa, Artigianato Trevigiano, CAV , Arci Lesbica.

Il Gruppo rimane aperto ad ulteriori presenze, in relazione a successive disponibilità delle Associazioni della Rete;

- compito del Gruppo: accoglienza, ascolto, accompagnamento dell'utenza;
- giorni e orario di apertura;
- modalità e strumenti di promozione.

La Rete ha previsto la verifica e la revisione della progettazione e cogestione dello Spazio Donna, con frequenza semestrale, effettuate dal Gruppo di Cogestione e da un Gruppo di Connessione, composto da referenti della Rete non obbligate alla presenza nella sede dello Spazio Donna.

Il Gruppo di Connessione ha anche il compito di offrire: orientamenti, consulenze e confronti a favore dell'utenza, su specifica richiesta; ricerca/azione e progettazione/cogestione di interventi promossi da Spazio Donna rivolti all'utenza e/o alle Associazioni e/o alla cittadinanza.

#### Conclusioni

L'AIDM Treviso, con la partecipazione alla Rete di Comunità per le Politiche di Genere aggiunge un' originale tappa al suo progetto scientifico e culturale sulle 'questioni di genere' avviato nel 2005, che ha preso nome " Novembre al femminile" nell' anno 2009, presentato al XXXIV Congresso Nazionale AIDM 2014.

**ATTIVITÀ DI PARTENARIATO DELLA AIDM - SEZ. LAMEZIA TERME E IL CENTRO ANTIVIOLENZA “DEMETRA” CASE REPORT IN PRONTO SOCCORSO**

Dr.ssa Renata Felicia Tropea, Dr.ssa Elisabetta Priolo – Pronto Soccorso- Presidio Ospedaliero “Giovanni Paolo II – LAMEZIA TERME

Nella città di Lamezia Terme già dal 2009 è operativo il Centro Antiviolenza istituzionale che è il “Centro Demetra”. In linea con le impostazioni a livello nazionale per la formazione di una rete antiviolenza per affrontare adeguatamente il fenomeno, che vede le Donne Medico in prima linea nel pronto soccorso, l' AIDM sezione di Lamezia Terme, già dal 2010, è impegnata quale importante supporto medico. In questi anni, le donne medico dell' AIDM del pronto soccorso ospedaliero, hanno affrontato svariati casi. Hanno più volte offerto alla donna che aveva subito violenza, l'opportunità di ricevere e ricorrere a risposte personalizzate ed adeguate fornite dal centro Demetra, che forte della collaborazione di diverse associazioni private, è una realtà importante e punto di riferimento per il territorio. Una esperienza emblematica avuta in pronto soccorso è qui di seguito riportata: “Notte d'inverno. Donna giovane, 26 anni. A suo dire ex tossicodipendente. Non residente. Senza fissa dimora. Madre di due figli in custodia presso la nonna materna residente nella provincia di Avellino. Giunge al pronto soccorso lametino in stato di gravidanza, malnutrita, HCV positiva. Riporta lesioni di aggressione e maltrattamenti provocati dall'attuale compagno.

Dopo le cure del caso, emerge chiaramente l'impossibilità del suo rientro al domicilio dove temporaneamente viveva con l'aggressore.

Viene affidata, notte tempo alle attenzioni di Suor Anna, afferente all' Associazione Mago Merlino, partner che opera in una casa accoglienza per le donne in difficoltà. Da quel così tempestivo momento di presa in carico la giovane donna ha usufruito delle consulenze e serie di interventi e azioni a sua tutela.”

Le donne medico dell' AIDM di Lamezia Terme, dopo una iniziale fase sperimentale, sono oramai in fase tecnicamente operativa e attendono la istituzionalizzazione da parte della A.S. Provinciale di Catanzaro del 'percorso rosa', affinché la cultura dell'accoglienza, cura, protezione, informazione e supporto della rete antiviolenza siano sempre più qualitativamente percepiti e divulgati.

Centro Demetra Anno 2014 - Report attività per tipologia e luogo di aggressione *Tabelle contenenti contatti totali (39 “nuovi” contatti + 5 prosiegui)*

Tipologia violenza subita		
Fisica - psicologica	12	27,3%
Psicologica	7	15,9%
Fisica	17	38,6%
Violenza sessuale / stupro	3	6,8%
Fisica - psicologica - economica	0	0,00%
Stalking	3	6,8%
Economica	0	0,0%
Tipologia violenza non riconosciuta	0	0,0%
Fisica - Economica	0	0,0%
Dato non conosciuto	2	4,5%
<b>Tot.</b>	<b>44</b>	<b>100%</b>
Luogo Aggressione		
In casa	30	68,2%
Sul posto di lavoro	1	2,3%
Scuola, università	0	0,0%
Luogo pubblico	2	4,5%
Mezzi pubblici	0	0,0%
All'aperto	2	4,5%
Dato non conosciuto	9	20,5%
<b>Tot.</b>	<b>44</b>	<b>100,00%</b>



## INDICE

Presentazione volume.....	2
Cellule staminali e genere.....	4
Dolore e terapia, influenza del genere.....	4
La medicina di genere: cultura della differenza.....	5
Le donne donano di più: matris animo curant.....	6
Influenza del genere nella prevenzione delle patologie cardiovascolari.....	7
Donne allo specchio.....	7
Il ruolo della vitamina D .....	8
Centro regionale della salute e medicina di genere .....	9
Nutraceutica: Stato dell'Arte.....	9
Genere e demenza.....	10
Terapia dell'osteoporosi e sostenibilità della cura.....	11
Adolescenza precoce e differenza di genere.....	12
La violenza contro le donne: lavorare per un cambiamento negli uomini. Il centro LDV dell'azienda USL di Modena.....	13
Attività sanitarie e medicina di genere in Teatro Operativo: la mia esperienza.....	14
Osteoporosi e genere.....	14
Osteoporosi secondarie.....	15
Il diabete nelle donne: stesse cure, diversi risultati .....	16
Sclerosi multipla e influenza del genere.....	16
ONJ BF-related (Osteonecrosi dei Mascellari correlata a Bifosfonati).....	17
Cibo, ambiente e fertilità.....	18
Disturbi neuropsichiatrici: il sesso fa la differenza?.....	19
La gestione delle differenze in sanità: equità e genere nella Regione Emilia-Romagna.....	19
Genetica, epigenetica ed ormoni sessuali nel carcinoma coloretale: proposte per un approccio clinico di genere.....	20
Progetto rivolto alla cura di pazienti affetti da fibromialgia della ASL AI di Alessandria .....	21
Esperienza clinica e organizzativa di analgesia in travaglio di parto.....	22
Gli stili di vita fra le lavoratrici in sanità: alla ricerca di priorità per le azioni.....	23
Donne e medicina: perché essere donne non è da tutti.....	23
Il femminicidio: analisi di una forma estrema di violenza di genere.....	24
L'Ospitalità del Femminile .....	25
La dimensione femminile nella sclerosi multipla e nella sua cura.....	26
La tutela medico legale nell'ambito della presa in carico dei richiedenti asilo politico.....	27
La prevenzione al femminile .....	27
La lombalgia cronica: prevenzione e trattamento .....	28
Campagna di informazione e prevenzione oncologica alle donne ospiti della Casa Circondariale di Catania .....	29
...e nelle malattie renali esiste una differenza di genere? .....	29
Quando il genere condiziona la terapia .....	30
Indicatori di violenza domestica: uno strumento da sperimentare .....	31
Tossicodipendenze al femminile .....	32
Le reazioni avverse ai farmaci .....	33
Violenza domestica e medico MG .....	34
Femminicidio: perché le leggi non servono se non si cambiano le teste .....	35
Efficacia della musico-danzaterapia nel percorso riabilitativo di pz. operate per neoplasia mammaria: studio su 41 pazienti.....	35
Angioedema ereditario: case report.....	36
Stress e genere .....	37
Medicina di genere e implicazioni nell'organizzazione dei servizi sanitari .....	38
Donne e tiroide: un binomio da sempre .....	38
La cefalea è davvero donna? .....	39
Emoglobina glicata: differenze di genere .....	40



Medicina di genere e parametri ematologici .....	41
Psicoterapia di gruppo nella ASL Napoli 1 .....	42
Violenza sulle donne .....	42
Osteoporosi, alterazione posturale e fratture vertebrali da compressione: approccio clinico-biomeccanico .....	43
La sarcopenia nel paziente osteoporotico e nel paziente osteoartrosico: quali correlazioni? .....	44
La città di Palermo ed il suo impegno contro la violenza sulle donne e sui minori: “il lavoro di rete” .....	45
Medici, dentisti e farmacisti “sentinelle” della violenza di genere. Progetto Parma .....	46
Un possibile modello applicativo delle raccomandazioni EUSOMA sulle medicine complementari e alternative (CAM) nelle pazienti con tumore al seno. L’esperienza triennale alla Fondazione Salvatore Maugeri (FSM) di Pavia .....	46
Valutazione per il ritorno al lavoro dopo un tumore al seno .....	47
La donna con lesione midollare e la gravidanza .....	48
L’organizzazione sanitaria in un’ottica di genere. E’ possibile oggi? .....	49
Esiste l’Otorinolaringoiatria di genere? .....	49
Oltre la frontiera della malattia: medicina narrativa a confronto .....	50
Il ruolo dell’educazione alimentare nella cura e prevenzione delle malattie del benessere .....	51
La cura di chi cura .....	52
Mutilazioni genitali femminili .....	53
Resilienza e modelli lavorativi aziendali .....	53
La conferma del ruolo dell’AIDM nella realtà professionale e politico-sociale di Roma.....	54
Alcune realtà nella città di Messina .....	55
Malattie professionali nella provincia di trapani nel periodo 2010-2014. Uno sguardo di genere .....	56
I tumori nelle donne della provincia di Trapani .....	57
Partecipazione alle politiche di genere .....	58
Attività di partenariato della AIDM - sez. Lamezia Terme e il Centro Antiviolenza “DEMETRA” Case Report in Pronto Soccorso .....	59