FONDAZIONE onda ETS

20 ANNI DI SALUTE DI GENERE

Un viaggio e una visione

Contributi integrali

Per Fondazione Onda ETS hanno curato il volume Chiara De Stefani, Responsabile comunicazione, e Marco Brugora, Coordinatore progetti editoriali ed eventi, con la collaborazione di Nicoletta Orthmann, Direttrice medico-scientifica, e Alessandra Arlati, Responsabile eventi e assistente alla Presidenza.

Si ringraziano

astellas, KORIAN, Lundbeck, teva, Yakult, VIATRIS, VIAHEART LA VIA DEL CUORE Segui i passi giusti per la tua salute cardiovascolare, non sono Solo

per aver reso possibile la realizzazione del Volume.

Con il contributo di

Fondazione CARIPLO

per il sostegno al Premio 'Sull'Onda della Ricerca biomedica', dedicato alla Sen. Emilia De Biasi.

Questa pubblicazione raccoglie i testi integrali degli specialisti che hanno contribuito alla redazione del Volume dedicato ai 20 anni di Fondazione Onda ETS.

Indice

Fondazione Onda ETS, da ieri a domani, *Francesca Merzagora*

SALUTE MENTALE E UNIVERSO FEMMINILE

Introduzione, *Claudio Mencacci*

1. **Psicosi**, *Giancarlo Cerveri*
2. **Disturbi d'ansia**, *Emi Bondi*
3. **Depressione nel perinatale**, *Roberta Anniverno, Roberta de Filippis*
4. **Disturbi del sonno**, *Laura Palagini*

SALUTE DI GENERE

Introduzione, *Elena Ortona*

Ginecologia

1. **Approccio multidisciplinare nella Ricerca e nella Cura della Menopausa. Perché è così importante per la Salute della Donna**, *Rossella Nappi*
2. **Contraccezione: opportunità di salute da valorizzare**, *Alessandra Graziottin*
3. **Endometriosi e fibromi uterini**, *Massimo Candiani*
4. **Il ruolo della Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) dal supporto dell'infertilità alla lotta contro l'inverno demografico**, *Paolo Emanuele Levi-Setti*

Cardiovascolare

1. **Cardiologia di genere**, *Maria Penco*
2. **Applicazione dell'Intelligenza Artificiale alla Cardiologia**, *Maria Grazia Modena*
3. **Obesità e Diabete di Genere**, *Giovanna Muscogiuri, Annamaria Colao*

Oncologia

1. **Comunicazione medico paziente in oncologia**, *Filippo De Braud*
2. **Oncologia in ottica di genere: un problema da affrontare**, *Armando Santoro*
3. **Tumore alla mammella**, *Maria Antonietta Nosenzo*

Dolore

1. **Il Dolore Cronico: una "malattia" molto femminile**, *William Raffaeli*
2. **Pianeta dolore e differenze di genere**, *Valeria Maria Messina*
3. **Cure Palliative: Ispirazione e Prospettive nel mondo digitale e dell'intelligenza artificiale**, *Augusto Caraceni*

Violenza di genere

1. **Riflessione filosofica sociale sulla violenza di genere**, *Nicla Vassallo*
2. **La rete dei Centri antiviolenza in Italia**, *Alessandra Kustermann*

Neurologia

1. **Sclerosi Multipla**, *Alessandra Protti*
2. **Demenza negli anziani**, *Vincenzo Silani*
3. **Emicrania**, *Piero Barbanti*

MISURARE PER ECCELLERE

Bollino Rosa

1. **Valore del Bollino Rosa e evoluzione negli anni**, *Walter Ricciardi*
2. **Il Bollino Rosa secondo me**, *Flori Degrassi*

Bollino RosaArgento

1. **Il valore del Bollino RosaArgento**, *Giorgio Fiorentini*
2. **Le RSA "oggi" e "domani"**, *Luigi Bergamaschini*

Bollino Azzurro

1. **Il Bollino Azzurro**, *Giario Conti*
2. **Le complicanze post-chirurgiche del tumore alla prostata**, *Carlo Bettocchi*

Bollino HFC

1. **HFC (Health Friendly Company) Fondazione Onda ETS**, *Maria Grazia Carbonelli*

TIWS

1. **Il Club TIWS (Top Italian Women Scientists) di Fondazione Onda ETS**, *Adriana Albini, Sonia Levi*

MANIFESTO

Manifesto di Fondazione Onda ETS 2.0

Fondazione Onda ETS, da ieri a domani

di *Francesca Merzagora*

Presidente Fondazione Onda ETS

Il traguardo dei vent'anni di Fondazione Onda ETS è arrivato molto rapidamente: era il 2005 quando Alberto Costa, Gilberto Corbellini ed io costituimmo l'Osservatorio Nazionale sulla Salute della Donna per promuovere in Italia la medicina di genere, richiamando l'attenzione delle Istituzioni, del mondo scientifico accademico e del settore sanitario assistenziale, nonché della popolazione, sulla salute in particolare femminile.

Un percorso che è stato intrapreso con tante idee e con slancio nella convinzione che si potesse dare un contributo di valore per modificare l'impostazione androcentrica della medicina, che fin dalle origini relegava gli interessi per la salute femminile ai soli aspetti correlati alla riproduzione, considerando le donne, per tutto il resto, come "piccoli uomini".

Le tematiche affrontate in questi vent'anni sono state molteplici: dalla nascita prematura all'eccessivo ricorso ai parti cesarei, dal Papilloma virus alle malattie sessualmente trasmissibili, alle malattie autoimmuni e neurodegenerative, alle principali problematiche di salute mentale, all'osteoporosi, alla menopausa, alle malattie cardiovascolari, al dolore cronico e all'emicrania.

Un impegno particolare è dedicato alla violenza contro le donne con un'attività di sensibilizzazione della popolazione attraverso campagne di comunicazione, premiate annualmente con una medaglia della Presidenza della Repubblica.

Nei due decenni abbiamo così contribuito a elevare la salute femminile come area prioritaria del nostro sistema sanitario, e poter così estendere il nostro impegno anche al genere maschile, occupandoci in particolare di salute uroandrologica, con un focus sul tumore alla prostata.

L'attività di Onda è a 360°: studi di **ricerca** tramite molteplici indagini conoscitive per esplorare la percezione e la consapevolezza di varie malattie, **progetti editoriali** attraverso la realizzazione di un Libro bianco annuale che offre approfondimenti e spunti di riflessione su aspetti clinico epidemiologici e sanitari di particolare rilievo, un'**advocacy** costruttiva, con il sostegno di un gruppo di Parlamentari, e una **comunicazione** integrata per raggiungere sempre più estese fasce di popolazione.

Un **Congresso** scientifico annuale multidisciplinare rafforza i legami con i clinici e le Società scientifiche che collaborano alle nostre iniziative.

Negli anni possiamo così dire di aver fatto rete, per mettere a sistema esperienze positive ed essere sempre più vicini ai bisogni dei pazienti.

Un progetto che ha certamente contraddistinto la nostra Fondazione è stato il riconoscimento del ***Bollino***, per premiare le realtà virtuose e promuovere la cultura del miglioramento continuo negli ambiti principali della salute e sanità: il ***Bollino Rosa*** agli ospedali italiani per l'offerta di servizi dedicati alla prevenzione, diagnosi e cura delle principali patologie, realizzando percorsi ottimizzati per il genere femminile e il ***Bollino Azzurro*** dedicato agli ospedali che hanno un approccio multidisciplinare nella gestione della salute uroandrologica. Il ***Bollino RosaArgento***, riconoscimento alle RSA e Case di riposo più attente al benessere degli ospiti ricoverati e delle loro famiglie. **Il *Bollino Health Friendly Company*** riservato a un gruppo selezionato di aziende impegnate a favore del welfare e della salute dei propri dipendenti e che seguono un percorso formativo nel biennio. Infine, il neonato riconoscimento ***Bollino RosaVerde*** alle farmacie che si pongono in ottica di servizio e di promozione della medicina di genere.

In ambito scientifico per promuovere la ricerca tra le giovani è attivo il ***Club Top Italian Women Scientists*** che comprende ricercatrici con un'elevata produttività scientifica.

Infine, le ***Antenne*** regionali di Fondazione Onda ETS costituiscono dei preziosi punti di ascolto e collaborazione sul territorio.

Pensando al futuro ci interroghiamo se Fondazione Onda ETS possa continuare a dare un contributo al nostro SSN sempre più in affanno e a offrire ai decisori politici spunti di approfondimento e di indirizzo sulla medicina di genere. Con modestia pensiamo di sì, attraverso il consolidamento dei vari network e continuando a fare rete tra tutte le realtà impegnate nella tutela della salute, mettendo in luce le problematiche correlate alle patologie più comuni per migliorare la prevenzione, la diagnosi, le cure e la qualità di vita dei pazienti.

Per tutto quello che abbiamo fatto e per quel tanto che ancora vorremmo fare a favore della salute della popolazione, un ringraziamento particolare va non solo agli Organi direttivi, ai Comitati di Onda, alle Antenne, alle scienziate TIWS, ai nostri sostenitori, ma anche al team di Fondazione Onda: persone di valore, che giorno dopo giorno condividono le stesse passioni con intelligenza e determinazione.

SALUTE MENTALE E UNIVERSO FEMMINILE

Introduzione

di *Claudio Mencacci*

Co Presidente Società Italiana di NeuroPsicoFarmacologia e Presidente Comitato Scientifico di Fondazione Onda ETS

Numerosi anni fa i risultati di una indagine mostrarono in maniera evidente come nelle donne fosse più temuta la depressione del tumore al seno. Questo spinse Fondazione Onda ETS nel corso del tempo ad ampliare gradualmente il suo raggio di azione includendo la salute mentale tra le priorità fondamentali, alla luce anche di una crescente consapevolezza dell'importanza di affrontare queste tematiche attraverso una lente specifica di genere.

La grande mole di ricerche e indagini ha fatto, negli anni, emergere il dato forte e chiaro che la salute mentale è cruciale per il benessere complessivo delle donne.

La sfida al contrasto a patologie come la depressione, l'ansia, i disturbi del sonno, i disturbi alimentari, disturbi più frequenti nel genere femminile, è stata posta da Fondazione Onda ETS al centro di progetti di ricerca, campagne di sensibilizzazione, iniziative di formazione rivolte a medici, operatori sanitari, cittadini con l'obiettivo di migliorare la comprensione delle differenze di genere.

In particolare, Fondazione Onda ETS ha lanciato campagne per riconoscere tempestivamente i segnali di disagio mentale nelle donne che frequentemente, a causa dello stigma sociale, tendono a nascondere la sofferenza. Inoltre, ha sostenuto la creazione di percorsi di cura più inclusivi, alla luce delle differenze di genere, sia negli Ospedali che nei Servizi Territoriali.

Diverse le campagne informative rivolte alla popolazione generale con l'obiettivo di diffondere una corretta conoscenza dei disturbi mentali, abbattere i pregiudizi e facilitare l'accesso alle cure, ad esempio, in occasione della Giornata Nazionale sulla Salute della Donna (22 aprile) e la giornata Mondiale sulla Salute Mentale (10 ottobre) con eventi e diffusione di materiali educativi sempre volti ad aumentare la consapevolezza sull'importanza della salute mentale.

Il Progetto Stargate ha avuto l'obiettivo di migliorare la gestione della depressione in Italia: uno sforzo condiviso con altre Associazioni e Società Scientifiche che ha portato alla creazione e diffusione delle "Raccomandazioni Nazionali per la presa in carico del paziente con depressione "destinato alle Istituzioni (Ministero, Regioni) e agli operatori sanitari. Le raccomandazioni, diffuse attraverso numerosi canali di comunicazione, hanno favorito una presa in carico precoce, appropriata, uniforme dei pazienti su tutto il territorio nazionale.

Fondazione Onda ETS ha, da sempre, come caratteristica quella di creare ponti e costruire reti tra i diversi protagonisti: le Istituzioni, le Società scientifiche, la Società civile con campagne di sensibilizzazione, con gli Open day durante i quali numerosi Ospedali del network Bollino Rosa offrono servizi gratuiti, pubblicazioni di guide e materiali informativi sia on line (FB, Instagram, Linkedin, YouTube etc.) che cartacei (pamphlet, Libro Bianco) e di formazione e aggiornamento degli operatori sanitari al fine di migliorare le competenze nella gestione dei disturbi mentali e promuovere un approccio scientifico empatico e privo di pregiudizi, rendendo l'ambiente sanitario più accogliente e inclusivo.

La crescita dei disturbi mentali nella popolazione. amplificata dagli anni della pandemia, è evidente soprattutto tra le fasce adolescenziali-giovanili e tra le persone anziane (+65) dove sempre più incombente grava l'isolamento sociale e la solitudine. Il contrasto alla **solitudine** attraverso iniziative come il Bollino RosaVerde è il nuovo orizzonte di azione di Fondazione Onda ETS contro questa epidemia nascosta da considerare una preoccupazione crescente per la salute pubblica.

Psicosi e Genere

di *Giancarlo Cerveri*

Direttore Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze di Lodi

I soggetti affetti da psicosi ed in particolare da schizofrenia, con lunga storia di malattia, presentano notevoli differenze in età d'esordio, severità sintomatologica e funzionamento sociale e cognitivo ed outcome. Spesso si osservano quadri molto diversi con necessità di intervento sia farmacologico che riabilitativo non omogenei tra i due gruppi.

Numerose ricerche sono concordi nel sottolineare come il sesso femminile sia caratterizzato da un esordio più tardivo, da minori sintomi deficitari, maggiore aderenza ai trattamenti, minore frequenza di abuso di sostanze e maggiore presenza di altre patologie in comorbidità (disturbi del sonno, disturbi affettivi, dolore cronico, disturbi alimentarie e disturbi di personalità) (Seeman 2019).

Nei pazienti di sesso maschile risultano più rilevante la sintomatologia negativa, il rischio suicidario e la comorbidità per uso di sostanze, mentre nel sesso femminile sono presenti con maggiore frequenza sintomi affettivi (Popovic et al 2014).

I dati sopra riportati sembrano giustificare un decorso della malattia con caratteristiche diverse nei due sessi.

Esordio del disturbo

Fin da principio dell'espressione del disturbo possiamo osservare importanti differenze tra i due sessi, la diagnosi di schizofrenia è effettuata generalmente tra i 15 e i 25 anni di età, in questi dieci anni è effettuata a 12 maschi ogni 10 femmine. In sintesi, da tali dati sembrerebbe essere una patologia più diffusa tra i maschi. I dati di prevalenza sembrano invece confermare una sostanziale parità tra i due sessi. Si ipotizzano pertanto, che l'insorgenza del disturbo sia posticipata nel sesso femminile.

Ma, quali sono le cause e le eventuali conseguenze?

Le ipotesi più interessanti per spiegare tale fenomeno sono molteplici, di seguito se ne riportano alcune:

Una maggiore vulnerabilità del cervello maschile per una maturazione più lenta, l'effetto neuroprotettivo esercitato dagli ormoni femminili sui fattori di rischio per la psicosi, una minore lateralizzazione funzionale nel cervello femminile e quindi maggiore "riserva funzionale" a fronte del danno indotto dalla schizofrenia, la maggiore esposizione ai traumi cranici durante l'infanzia nel maschio. A questo si aggiunge che spesso i maschi vanno più facilmente incontro a diagnosi se la presentazione sintomatologica si caratterizza con anomalie comportamentali e aggressività.

Quello che è certo è che tra i 25 e i 35 anni la frequenza di esordio di schizofrenia è uguale tra i due sessi e che dopo i 35 anni la probabilità di una prima visita dallo psichiatra per schizofrenia è del 50% superiore nel sesso femminile. Infine, le forme ad esordio molto tardivo definite "Very late onset schizophrenia" sono molto più frequenti nel sesso femminile (Brand et. Al., 2021; Doğan et al., 2016).

Il decorso del disturbo

Anche il decorso del Disturbo Schizofrenico presenta traiettorie diverse nei due sessi. Nonostante la possibilità che diagnosi ed inizio di trattamento risultino ritardati nelle femmine, esse presentano sintomi meno severi, meno ospedalizzazioni, degenze più brevi. Con maggiore frequenza mantengono un'attività lavorativa e relazioni amicali e affettive. Il migliore outcome nel sesso femminile sembrerebbe secondario non tanto ad una migliore risposta al trattamento ma ad una maggiore aderenza allo stesso ad un migliore stile di vita a cui si aggiungono fattori come il maggiore supporto sociale, il vantaggio di un esordio più tardivo che permette di condurre a termine il percorso di formazione e di costruire relazioni adulte prima dell'inizio della malattia che possono mantenersi a seguito della sua manifestazione.

Il corollario di tali osservazioni potrebbe essere che le donne hanno necessità di terapie di mantenimento antipsicotiche a dosaggi meno elevati rispetto agli uomini.

Tutto ciò solleva ulteriori questioni, se la psicosi si manifesta in modo difforme tra i due sessi dovremmo forse avere linee guida di trattamento specifiche? Dovremmo forse immaginare obiettivi diversi in termini di prognosi, prepararci a trattamenti specifici per le comorbidità e modificare i dosaggi in funzione del sesso del paziente? Emerge con chiarezza da numerosi studi che, pur avendo un esordio più tardivo e una migliore risposta ai farmaci, il sesso femminile non è meno esposto al rischio di riospedalizzazione, pertanto, per quanto i decorsi della malattia possano essere diversi, il sesso femminile va trattato in modo specifico, ma non in modo meno attento. Una terapia mirata alle differenze di genere non può passare per un trattamento non adeguato ai bisogni nel sesso femminile (Sommer et al., 2020).

Il Trattamento

Il trattamento per le psicosi e per la schizofrenia si fonda su una serie di possibili interventi di tipo farmacologico, psicologico e riabilitativo. La patologia ha un andamento persistente nel tempo e dunque la continuità della somministrazione della terapia risulta una qualità cruciale al fine di ottenere un outcome positivo.

La sensibilità al trattamento dipende da numerosi fattori biologici che riguardano le seguenti caratteristiche:

- Genetica
- Età
- Peso
- Grasso Corporeo
- Fumo
- Dieta
- Esercizio
- Altre patologie
- Trattamenti concomitanti
- Alcol

Questi fattori possono giustificare una variazione del dosaggio efficace per una risposta clinica fino a 10 volte.

Ebbene, su tutte queste variabili possiamo osservare rilevanti differenze di genere, sia dirette che mediate dagli ormoni sessuali o dai comportamenti genere-orientati.

Eppure, le linee guida sulla prescrizione di antipsicotici non differiscono tra uomini e donne nonostante le seguenti differenze:

- Farmacodinamica e farmacocinetica per molti principi attivi differiscono tra i sessi.
- Il corpo femminile contiene mediamente il 25% in più di tessuto adiposo rispetto al sesso maschile.

Gli antipsicotici sono una classe farmacologica sostanzialmente lipofilica che dunque tende ad accumularsi nel tessuto adiposo. Per ottenere lo stesso effetto clinico e per ridurre gli effetti collaterali sarebbe dunque auspicabile utilizzare intervalli di somministrazione più lunghi nel sesso femminile.

Le donne in trattamento per schizofrenia presentano con frequenza significativamente maggiore rispetto agli uomini utilizzo di farmaci in aggiunta agli antipsicotici, in altre parole, ci sono maggiori possibilità che i livelli ematici di antipsicotici siano più elevati o più bassi di quanto atteso per iterazioni tra diverse molecole.

Combinando tale dato con abitudini di vita diverse tra i due sessi per quanto concerne l'utilizzo di caffè, alcol e il consumo di sigarette, si può supporre che la divergenza dal livello plasmatico ottimale di antipsicotico, nei due sessi, possa essere significativa (Gex-Fabry et al., 2003).

È infine osservato come la patologia schizofrenica risulti una condizione cronica e recidivante con un funzionamento interepisodico migliore nel sesso femminile. Le pazienti di sesso femminile spesso necessitano di dosaggi inferiori rispetto agli uomini almeno in alcune fasi della malattia. Infine, l'obesità indotta da antipsicotici di seconda generazione, per quanto presente in ambo i sessi, risulta un problema generalmente sentito più grave nel sesso femminile. (Stamoula et al., 2024).

Tollerabilità agli effetti indesiderati

Oltre alla severità, gli effetti indesiderati da AP possono presentare problematicità diverse nei due sessi:

- In genere gli uomini tendono a tollerare meno gli effetti che diminuiscono la performance, in particolar modo la performance sessuale.
- Le donne sono più disturbate da effetti che modificano significativamente il modo di apparire.

L'obesità risulta particolarmente stigmatizzante per il sesso femminile e l'aumento di body mass index (BMI) indotto da AP sembra più elevato nel sesso femminile.

In uno studio epidemiologico condotto su un campione di soggetti con schizofrenia ed un gruppo di controllo sani, è stato valutato l'andamento del BMI nell'arco di un decennio (1987-1996). Gli autori concludono che le donne risultano più esposte al rischio di obesità.

In una ampia analisi retrospettiva, confrontando i risultati con la prevalenza di obesità nella popolazione generale, (Allison et al 1999) è stato osservato che per il sesso maschile non emergono differenze significative di BMI tra soggetti con schizofrenia e popolazione generale (26,14 Vs 25,63), mentre per il sesso femminile le persone con schizofrenia presentavano valori medi di BMI significativamente superiori alla popolazione generale (27,36 Vs 24,50).

Nello studio Clinical Antipsychotic Trial of Intervention Effectiveness (CATIE) gli autori hanno osservato una prevalenza di sindrome metabolica del 51,6% nel sesso femminile e del 36,0% nel sesso maschile (Liebermann et al., 2005).

Conclusione

Personalizzare le cure per la psicosi e per la schizofrenia significa avere un approccio genere orientato capace di cogliere le differenze presenti fin dall'esordio, nella comorbidità con altri disturbi, nella risposta ai trattamenti e negli effetti indesiderati. Una specifica competenza deve essere mostrata nell'adeguata gestione di queste espressioni del disturbo divergenti.

A questo aspetto poi si aggiunge il tema della maternità di donne affette da patologia schizofrenica che apre un'ulteriore sfidante questione rispetto agli interventi a tutela della salute mentale e fisica della donna e del nascituro.

Bibliografia

- Allison et al., The distibution of body mass index mong individuals with and without schizophrenia. J Clin Psychiatry 1999; 60: 215-220
- Brand BA, de Boer JN, Sommer IEC (2021) Estrogens in schizophrenia: progress, current challenges and opportunities. Curr Opin Psychiatry 34(3):228–237.
- Doğan Bulut S, Bulut S, Güriz O (2016) The relationship between sex hormone profiles and symptoms of schizophrenia in men. Compr Psychiatry 69:186–192.
- Gex-Fabry M, Balant-Gorgia AE, Balant LP. Therapeutic drug monitoring of olanzapine: the combined effect of age, gender, smoking, and comedication. Ther Drug Monit. 2003 Feb;25(1):46-53.
- Liebermann et al., Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. N Engl J Med. 2005 22;353(12):1209-23.
- Popovic D, Benabarre A, Crespo JM, Goikolea JM, González-Pinto A, Gutiérrez-Rojas L, Montes JM, Vieta E. Risk factors for suicide in schizophrenia: systematic review and clinical recommendations. Acta Psychiatr Scand. 2014;130(6):418–426.
- Seeman MV. Does gender influence outcome in schizophrenia? Psychiatr Q. 2019;90(1):173–184.
- Sommer IE, Tiihonen J, van Mourik A, Tanskanen A, Taipale H. The clinical course of schizophrenia in women and men-a nation-wide cohort study. NPJ Schizophr. 2020 May 1;6(1):12.
- Stamoula E, Stamatellos VP, Vavilis T, Dardalas I, Papazisis G. Weight gain, gender, and antipsychotics: a disproportionality analysis of the FDA Adverse Event Reporting System database (FAERS). Expert Opin Drug Saf. 2024 Feb;23(2):239-245

I disturbi d'ansia nelle donne: un'analisi tra fattori biologici, psicologici e socio-culturali

di *Emi Bondi*

Direttore Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze, ASST Papa Giovanni XXIII.

I disturbi d'ansia sono tra i problemi di salute mentale più diffusi nella popolazione, con un impatto significativo sulla qualità della vita. Tuttavia, l'impatto e la manifestazione di tali disturbi variano tra uomini e donne, con un'incidenza significativamente più alta nelle donne. Le ragioni di questa disparità sono molteplici, e possono essere ricondotte a fattori biologici, psicologici, sociali e culturali. Comprendere come i disturbi d'ansia si manifestano e si sviluppano in base al genere è fondamentale per garantire un trattamento adeguato, in particolare per le donne, che possono vivere questi disturbi in modo unico a causa delle loro esperienze di vita e delle aspettative di ruolo.

Fattori biologici e ormonali

Uno degli aspetti principali che differenzia le donne dagli uomini nella manifestazione dei disturbi d'ansia è l'influenza dei cambiamenti ormonali. Studi recenti confermano che le fluttuazioni nei livelli di estrogeni e progesterone durante il ciclo mestruale, la gravidanza e la menopausa possono alterare la risposta del corpo allo stress e la regolazione delle emozioni, aumentando la vulnerabilità delle donne ai disturbi d'ansia (Schmidt et al., 2021). In particolare, le donne in età fertile mostrano una maggiore incidenza di ansia premestruale, correlata a un abbassamento dei livelli di estrogeni e progesterone (Gorman et al., 2014).

La gravidanza e il periodo post-partum rappresentano periodi di vulnerabilità fisica ed emotiva per molte donne. Durante la gravidanza, le donne sono più suscettibili a disturbi dell'umore, tra cui ansia e depressione, che possono intensificarsi nel periodo post-partum (Henderson et al., 2024). Questo aumento della vulnerabilità è legato a fattori biologici, ma anche alle sfide psicologiche e sociali di diventare madri. Anche durante la menopausa, con il significativo impatto sui livelli ormonali, possono esacerbarsi i sintomi ansiosi, che si aggiungono a preoccupazioni legate all'invecchiamento e alla salute (Kuehner, 2017).

Fattori psicologici e psicopatologici

Le donne sono anche più vulnerabili a determinati fattori psicologici che contribuiscono all'insorgenza dei disturbi d'ansia. Ad esempio, alcune donne sono più inclini a rispondere allo stress in modo ansioso, piuttosto che con meccanismi di coping adattivi, e questo può essere una delle ragioni di questa prevalenza più alta. Inoltre, gli studi suggeriscono che le donne tendano ad internalizzare lo stress, focalizzandosi maggiormente su preoccupazioni e paure rispetto agli uomini, che potrebbero reagire invece con aggressività o esternalizzare il loro disagio (Nolen-Hoeksema, 2012). Questo pattern di risposta emotiva può alimentare un ciclo di ansia cronica, che difficilmente si interrompe senza un intervento adeguato.

Un altro aspetto cruciale è la maggiore prevalenza di traumi psicologici nelle donne. Esperienze traumatiche come la violenza domestica, gli abusi sessuali e la discriminazione di genere, sono prevalenti nelle donne e aumentano significativamente il rischio di sviluppare disturbi d'ansia. Le donne che hanno vissuto traumi, in particolare quelli legati a violenza e abuso, mostrano una maggiore sensibilità allo stress e una più alta predisposizione a sviluppare ansia o un'aumentata incidenza di disturbi come il disturbo da stress post-traumatico, che è frequentemente accompagnato da sintomi ansiosi (Tolin, 2007).

Fattori socio-culturali

Dal punto di vista socio-culturale, le donne sono sottoposte a pressioni e aspettative legate ai ruoli di genere tradizionali. La gestione simultanea di casa, famiglia e lavoro, spesso accompagnata dalla cura dei figli, comporta un significativo carico emotivo e fisico. Questo carico di responsabilità può portare a un incremento dello stress e dei sintomi ansiosi, in particolare quando le aspettative sociali non riconoscono il valore del lavoro domestico e di cura (Cohen et al., 2024).

Inoltre, la costante pressione a mantenere un aspetto fisico conforme a determinati standard estetici può contribuire all'ansia nelle donne. La preoccupazione per il proprio corpo, alimentata dai mass media e dalle aspettative sociali, è particolarmente marcata in contesti lavorativi e sociali che valutano le donne non solo per le loro competenze, ma anche per il loro aspetto. Questo fenomeno è associato ad un incremento dei disturbi d'ansia, con un'incidenza particolarmente alta nelle giovani adulte (Grabe et al., 2008).

Il concetto di "superwoman", ovvero la donna che deve eccellere in tutti i ruoli, aumenta la sensazione di inadeguatezza, che può facilmente evolversi in ansia cronica. Inoltre, le difficoltà nel cercare aiuto per problemi di salute mentale sono amplificate nelle donne. Nonostante la diffusione dei disturbi d'ansia, molte donne tendono a minimizzare i sintomi o a sentirsi inadeguate nel chiedere supporto, spesso a causa della stigmatizzazione della salute mentale e della paura di essere giudicate come "fragili" (Rosenfield, 2012).

Trattamento e approccio al genere

Un approccio efficace per affrontare i disturbi d'ansia nelle donne deve prendere in considerazione le specificità di genere. I programmi di trattamento devono riconoscere la pluralità delle esperienze femminili, che sono influenzate non solo da fattori biologici, ma anche da influenze psicologiche e socio-culturali. La terapia cognitivo-comportamentale si è dimostrata efficace nel trattamento dei disturbi d'ansia, ma è importante che venga adattata per affrontare le dinamiche di genere. Ad esempio, le donne che hanno vissuto traumi legati alla violenza potrebbero beneficiare di interventi terapeutici che integrano tecniche di elaborazione del trauma (Hofmann et al., 2012).

L'integrazione di approcci psicoterapici con interventi psicoeducativi e di sostegno sociale può essere un modello ideale per il trattamento dei disturbi d'ansia nelle donne. Strategie di rilassamento, mindfulness e tecniche di gestione dello stress possono favorire il benessere emotivo e fisico, aiutando le donne a migliorare la loro capacità di affrontare le preoccupazioni quotidiane. È essenziale che i professionisti della salute mentale siano formati per riconoscere le manifestazioni specifiche dei disturbi d'ansia nelle donne e affrontare le barriere che impediscono loro di cercare aiuto.

Infine, ridurre la stigmatizzazione legata alla salute mentale e creare spazi sicuri per le donne in cui possano condividere le loro esperienze è cruciale per il recupero. Gruppi di auto-aiuto e reti di supporto sociale possono svolgere un ruolo fondamentale nel favorire la resilienza e il benessere a lungo termine delle donne.

Conclusioni

I disturbi d'ansia nelle donne sono una questione complessa che coinvolge una molteplicità di fattori biologici, psicologici e socio-culturali. La comprensione approfondita di queste differenze di genere è essenziale per sviluppare trattamenti mirati che possano davvero migliorare la qualità della vita delle donne affette da ansia. Solo attraverso un approccio integrato che consideri l'interazione di questi fattori sarà possibile ridurre l'impatto dei disturbi d'ansia e promuovere il benessere psicologico delle donne in modo efficace e sostenibile.

Riferimenti bibliografici:

- Cohen, J., et al. (2024). *Gender roles and mental health: The impact of societal expectations*. Journal of Mental Health, 33(4), 255-263.
- Gorman, C., et al. (2014). *Premenstrual dysphoric disorder and anxiety: A complex relationship*. Journal of Clinical Psychiatry, 75(6), 455-460.
- Grabe, S., et al. (2008). *Body image and anxiety in women: The impact of societal pressures*. Journal of Social and Clinical Psychology, 27(7), 595-610.
- Henderson, L., et al. (2024). *Perinatal depression and anxiety: A critical review of the biological and psychosocial factors*. Archives of Women's Mental Health, 27(1), 1-10.
- Hofmann, S. G., et al. (2012). *Cognitive behavioral therapy for anxiety disorders: An update on the empirical evidence*. Journal of Clinical Psychiatry, 73(4), 455-463.
- Kuehner, C. (2017). *Why is depression more common among women than among men? The role of gender-specific risk factors*. The Lancet Psychiatry, 4(3), 141-150.
- Nolen-Hoeksema, S. (2012). *Emotion regulation and psychopathology: The role of gender*. Annual Review of Clinical Psychology, 8, 161-187.
- Rosenfield, S. (2012). *Gender and mental health: Do women have more depression?*. Gender and Society, 26(6), 748-776.
- Schmidt, P. J., et al. (2021). *Hormonal influences on anxiety in women: An updated review*. Biological Psychiatry, 89(2), 105-113.
- Tolin, D. F. (2007). *Sex differences in trauma and post-traumatic stress disorder: A quantitative review of the literature*. Psychological Bulletin, 133(6), 859-890.

Depressione perinatale

di *Roberta Anniverno*[1], *Roberta de Filippis*[2]

[1] *Medico Psichiatra Psicoterapeuta, Centro Psiche Donna, P.O.M. Melloni ASST Fatebenefratelli-Sacco (Milano)*

[2] *Psicoterapeuta, Centro Psiche Donna, P.O.M. Melloni ASST Fatebenefratelli-Sacco (Milano)*

La depressione perinatale, che comprende i periodi antenatale e postnatale, rappresenta una condizione psichiatrica di rilievo clinico, interessando il 10-20% delle donne in gravidanza o nel puerperio. È associata a rilevanti esiti avversi per la salute materna e infantile, inclusi parto prematuro, basso peso neonatale e compromissioni nello sviluppo cognitivo, comportamentale ed emotivo del bambino. Tra i principali fattori di rischio si annoverano anamnesi personale o familiare di disturbi dell'umore, eventi stressanti, insufficiente supporto sociale e comorbidità ostetriche. La diagnosi precoce, tramite strumenti validati come l'EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale), e il trattamento tempestivo, che integri approcci psicoterapeutici e, quando necessario, farmacologici, sono cruciali. La sensibilizzazione dei clinici attraverso una formazione mirata all'epoca perinatale, il monitoraggio nel "quarto trimestre" e l'attenzione al supporto sociale sono essenziali per ridurre l'impatto della condizione e migliorare gli esiti a lungo termine.

Disturbi del sonno in una dimensione di genere: focus sull'insonnia nei cicli di vita della donna

di *Laura Palagini*

Clinica Psichiatrica, Dipartimento Neuroscienze Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana AUOP

Introduzione

I disturbi del ritmo-sonno veglia. in accordo con il manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi Mentali (DSM-5 TR 2022), includono vari tipi di disturbi del sonno, come l'insonnia cronica, i disturbi respiratori durante il sonno, i disturbi del movimento durante il sonno. In particolare, per questi disturbi del sonno si osserva una distribuzione di genere. A partire dal periodo puberale si osserva un incremento dei disturbi da insonnia nel sesso femminile rispetto a quello maschile con una frequenza più che doppia nell'arco della vita. In periodi particolari della vita della donna, come la gravidanza e la menopausa, anche altri disturbi come il disturbo respiratorio durante il sonno e la sindrome delle gambe senza riposo diventano più frequenti nel sesso femminile.

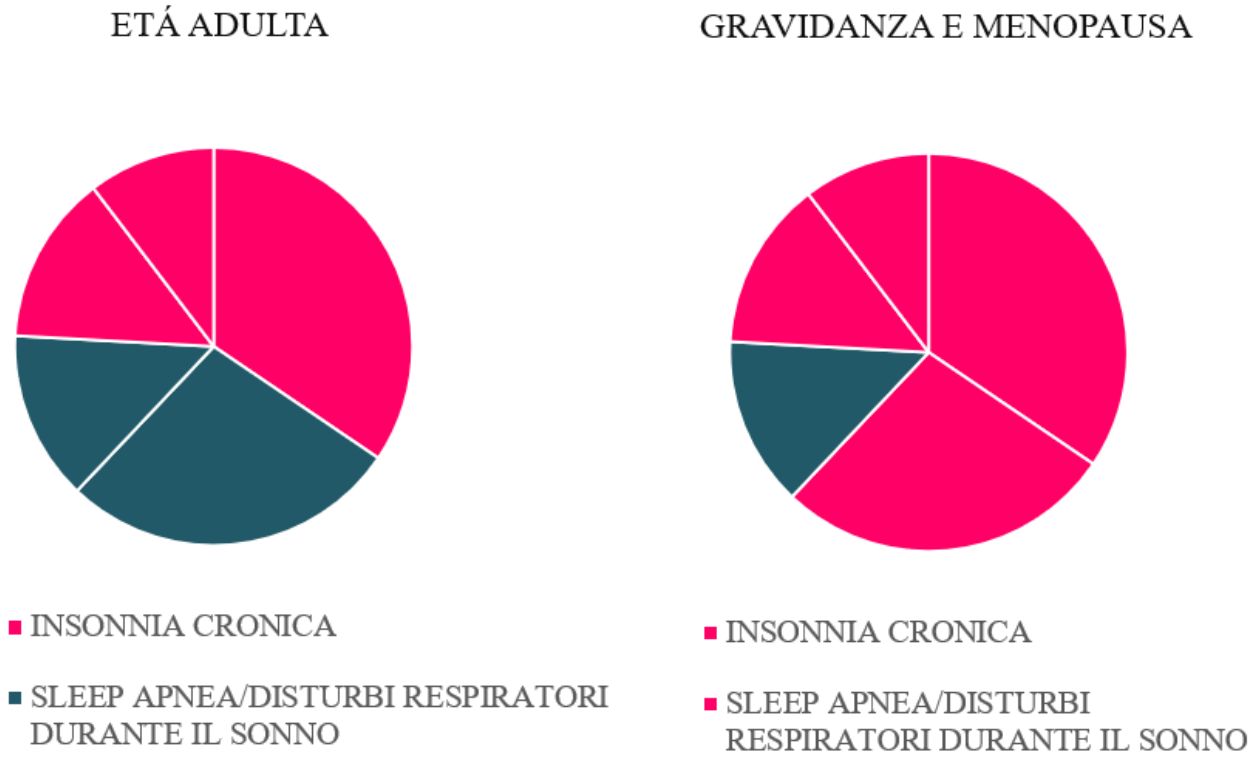

Figura 1 - Disturbi del ritmo sonno-veglia. Maggiore prevalenza in base al genere.

Al di là dei fattori predisponenti individuali, gli ormoni femminili estrogeno e progesterone hanno diverse azioni sulla regolazione del sonno che portano in alcune fasi della vita della donna ad una fisiologica alterazione della struttura del sonno e quindi ai disturbi del sonno. In particolare, discuteremo dell'insonnia che in modo particolare affligge la donna in tutte le fasi della vita.

L'insonnia nei cicli vitali della donna

L'insonnia cronica è considerata ad oggi un disturbo indipendente a sé stante ed è considerato un disturbo stress correlato. Sono coinvolti nello sviluppo dell'insonnia fattori predisponenti che interagiscono con fattori stressanti per lo sviluppo dell'insonnia acuta. Poi fattori biologici e comportamentali favoriscono la sua cronicizzazione.

Modificazioni fisiologiche del sonno e insonnia nel periodo riproduttivo della donna

Al di là della predisposizione personale, durante il periodo riproduttivo della donna, il sonno va in contro ad una superficializzazione con cadenza mensile. In particolare, durante la fase luteale si assiste alla prevalenza del progesterone che innalza la temperatura corporea, disturbando il sonno, e favorisce un incremento di sonno NREM più superficiale rispetto a quello più profondo. Questa condizione è un terreno fertile per lo sviluppo dell'insonnia durante il periodo mestruale poiché i sintomi fisici fanno da trigger per l'insonnia acuta. In questo periodo quindi i disturbi del sonno possono favorire anche i disturbi dell'umore tipici della sindrome premestruale (Figura 2)

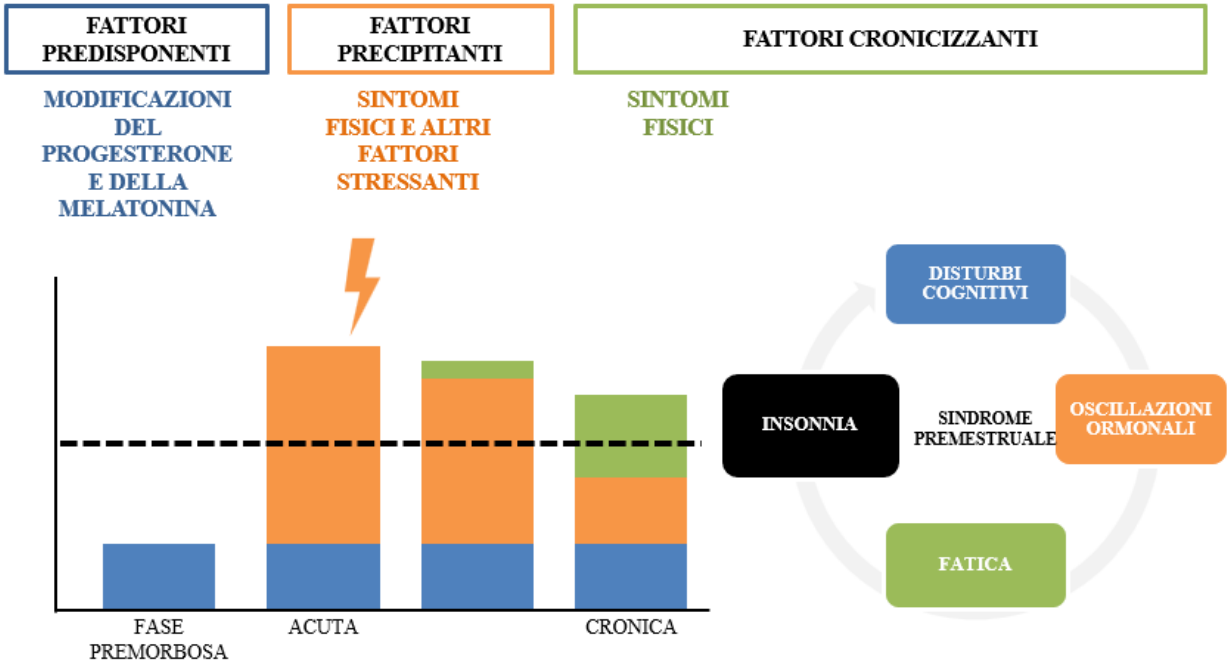

Figura 2 - L'insonnia cronica durante il ciclo riproduttivo della donna.

Modificazioni fisiologiche del sonno e insonnia nel peripartum

La gravidanza è una condizione fisiologica caratterizzata da profondi cambiamenti biologici, che hanno un'influenza significativa sul sonno. L'aumento tipico della secrezione di diversi ormoni durante la gravidanza influenza considerevolmente sia la componente circadiana che quella omeostatica della regolazione del sonno, portando a modifiche dell'architettura del sonno. La gravidanza provoca cambiamenti nella melatonina e nel cortisolo, nonché negli steroidi gonadici - come estrogeni e progesterone - e negli ormoni ipofisari - come gonadatropine, prolattina, ormone della crescita - e questi cambiamenti possono influenzare il sonno. L'aumento della frequenza respiratoria causata dal progesterone può proteggere le vie aeree dall'occlusione, difendendole dai disturbi respiratori del sonno. Infatti, l'effetto termogenico del progesterone aumenta la temperatura corporea interna e il suo effetto inibitorio sulla muscolatura liscia (compresi il tratto gastrointestinale, gli ureteri e la vescica) influenza indirettamente il sonno e favorisce più risvegli durante la notte con disturbi della scarsa qualità del sonno.

Gli estrogeni secreti dalla placenta aumentano significativamente durante la gravidanza, raggiungendo i livelli massimi prima della nascita e diminuendo successivamente. Gli estrogeni hanno effetti eccitatori sul sistema nervoso e riducono selettivamente il sonno REM e la loro concentrazione durante la gravidanza provoca vasodilatazione. Le donne in genere sperimentano una congestione nasale che potrebbe contribuire ai disturbi respiratori durante la gravidanza. Gli estrogeni stimolano anche la produzione di prolattina e sopprimono il rilascio di dopamina, che può contribuire ai disturbi della sindrome delle gambe senza riposo. I picchi di ossitocina durante la notte, che promuovono le contrazioni uterine, potrebbero portare alla frammentazione del sonno.

La melatonina agisce in sinergia con l'ossitocina per promuovere il processo di nascita. Ritmi alterati o bassi livelli di secrezione di melatonina, che sono correlati a disturbi del sonno, potrebbero potenzialmente causare alcune complicazioni della gravidanza. Oltre agli ormoni, altri fattori possono contribuire ai disturbi del sonno durante la gravidanza, come il reflusso gastroesofageo, che colpisce fino al 75% delle donne, la minzione notturna, dovuta ad un aumento dell'escrezione di sodio durante la notte, i cambiamenti anatomici legati all'utero in crescita e all'aumento del peso corporeo. Inoltre, la carenza di ferro e folati può svolgere un ruolo nella comparsa di disturbi del movimento legati al sonno nelle donne in gravidanza.

Con gli adattamenti fisici e ormonali in gravidanza, i cambiamenti nel sonno sono comuni e interessano dal 66% al 97% delle donne. Durante il primo trimestre le donne sperimentano sonnolenza e affaticamento diurno e riferiscono sonnellini più frequenti, un aumento del tempo di sonno totale, una latenza più lunga dell'inizio del sonno e un tempo di veglia più lungo dopo l'inizio del sonno. La qualità complessiva del sonno, la durata del sonno e il sonno profondo diminuiscono in questo periodo. Gli ormoni sono responsabili di affaticamento e sonnolenza diurna, nausea mattutina, risvegli con nausea, aumento della frequenza urinaria, disturbi fisici come mal di schiena e cambiamenti di umore che possono tutti contribuire ai disturbi del sonno in questo periodo. I fattori di stress psicosociali, se si tratta di gravidanze per la prima volta o non pianificate, potrebbero anche contribuire ai disturbi del sonno in questo primo trimestre. Entro la fine del secondo trimestre, tuttavia, il numero dei risvegli aumenta. Di conseguenza, le donne possono avvertire disturbi del sonno a causa della comparsa di russamento, bruciore di stomaco, contrazioni uterine irregolari, movimenti fetali o crampi alle gambe. Sogni vividi e dolore alla schiena, al collo e alle articolazioni sono ulteriori motivi di interruzione del sonno durante il secondo trimestre. La maggioranza, dal 75% al 98%, delle donne riferisce disturbi del sonno durante il terzo trimestre di gravidanza.

Negli ultimi anni alcune ricerche si sono concentrate sull'associazione tra insonnia e depressione nella popolazione perinatale. Una recente meta-analisi di nove studi pubblicati, corrispondenti a un campione di 1.922 partecipanti, ha documentato una relazione significativa, moderata (r = 0,37), tra insonnia e depressione.

La valutazione e la gestione appropriata sono essenziali per prevenire potenziali rischi associati all'insonnia in gravidanza. È stato dimostrato che molte donne incinte non cercano cure per l'insonnia, perché pensano che si risolverà naturalmente dopo la nascita o desiderano evitare i farmaci a causa delle preoccupazioni sugli effetti avversi sul feto. Tuttavia, è importante valutare clinicamente e gestire i disturbi del sonno fin dall'inizio della gravidanza.

Linee guida nazionali e internazionali ci guidano nel trattamento farmacologico e non farmacologico dell'insonnia nel periodo perinatale e sembrano in grado di prevenire lo sviluppo di ansia e depressione nel peripartum.

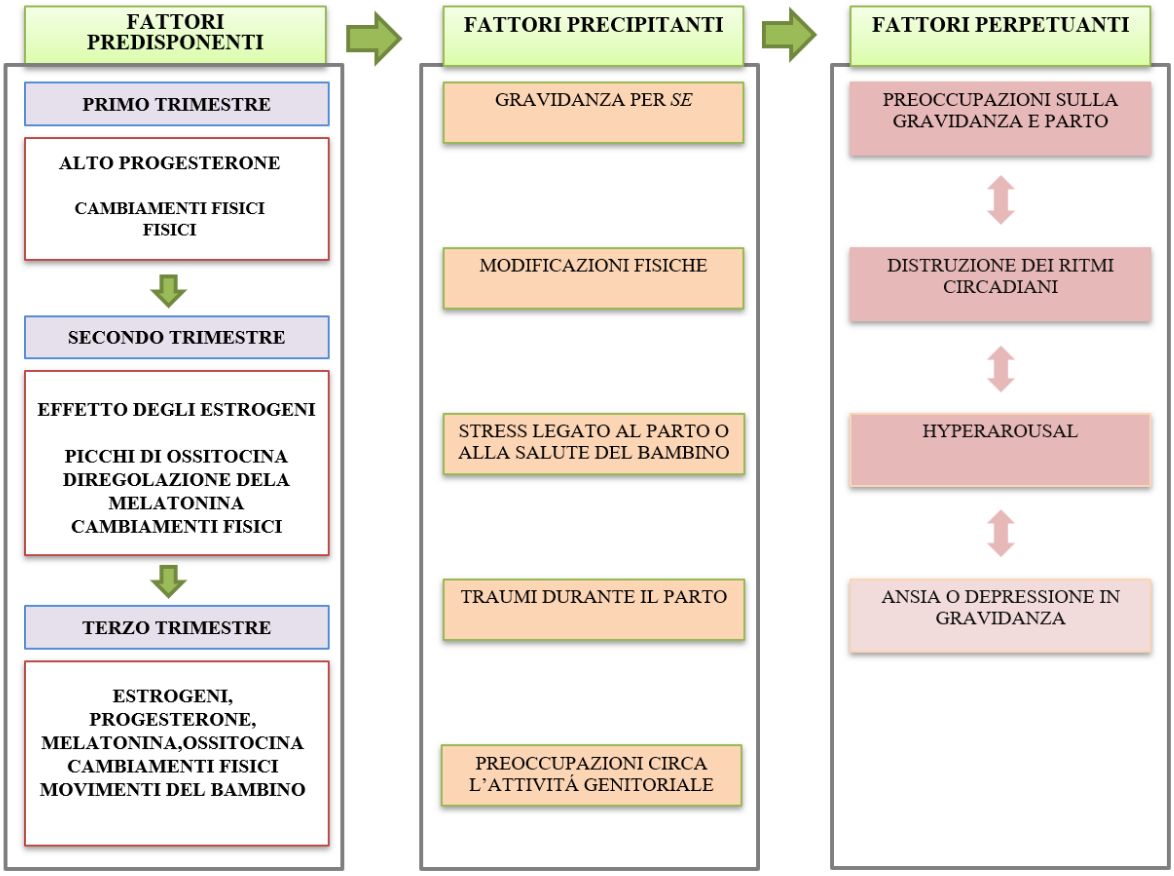

Figura 3 - L'insonnia cronica nel peripartum.

Modificazioni fisiologiche del sonno e insonnia nel periodo perimenopausale

Il periodo perimenopausale è caratterizzato da una disregolazione nella produzione degli ormoni estrogeni e progesterone. L'instabilità nella produzione porta a disregolazione nella produzione di melatonina e nella regolazione dei ritmi circadiani di sonno. Inoltre, le alterazioni del progesterone provocano disregolazione della regolazione della temperatura che favorisce la sintomatologia vasomotoria e i cosiddetti hot flashes che alterano il sonno a loro volta.

In questa fase della vita della donna le alterazioni fisiologiche della produzione ormonale portano a una riduzione delle ore di sonno, ad un anticipo dei ritmi circadiani, alla distruzione del sonno nella parte centrale della notte. Ciò aumenta il rischio di sviluppare insonnia cronica di almeno due volte e infatti in questa fascia di età quasi il 30 % delle donne soffre di insonnia cronica, contro il 10% della popolazione generale. In questo caso, l'interazione con gli eventi di vita stressanti e la sintomatologia vasomotoria costituisce un effetto domino che potrebbe favorire l'insorgenza di una sintomatologia depressiva (Figura 4). Anche in questo caso il trattamento dell'insonnia secondo linee guida si propone come un fattore di cura e prevenzione delle comorbidità mediche e psicopatologiche possibili in questa fascia di età della vita della donna.

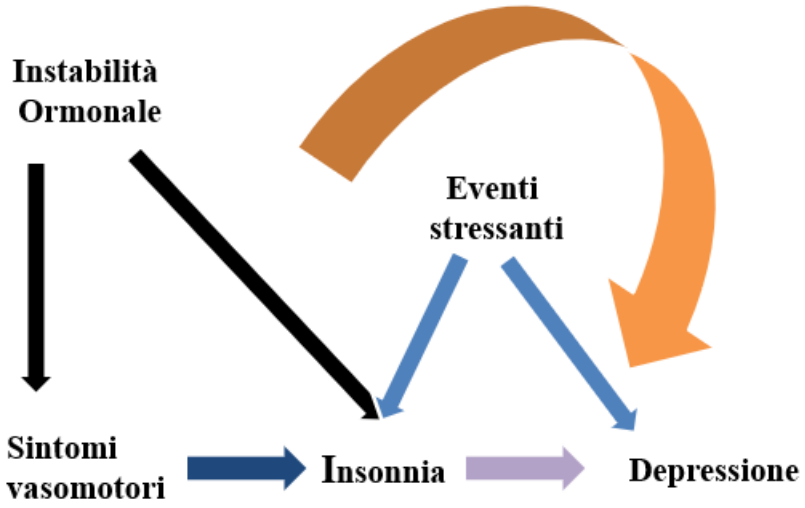

Figura 4 - L'interazione complessa tra instabilità ormonale, termoregolazione, sintomi vasomotori e depressione in menopausa.

Conclusioni

Le modificazioni fisiologiche della produzione degli ormoni femminili determinano in diverse fasce ed età della vita della donna modificazioni fisiologiche del sonno che pongono il sesso femminile più a rischio di sviluppare diversi disturbi del sonno. Tra questi l'insonnia è il disturbo più frequente che può disturbare il sesso femminile nelle diverse età della vita. In ogni caso approcci terapeutici non farmacologici e farmacologici moderni ci consentono di affrontare la problematica favorendo il benessere e il miglioramento della qualità della vita.

SALUTE DI GENERE

Introduzione

di *Elena Ortona*

Centro di riferimento per la Medicina di Genere, Istituto Superiore di Sanità, Roma.

La medicina di genere studia l'influenza del sesso e del genere sullo stato di salute e di malattia degli individui rappresentando una nuova dimensione trasversale da considerare in tutte le specialità mediche. Considerare il sesso e il genere nelle azioni di prevenzione e di cura è necessario per promuovere l'equità e l'appropriatezza degli interventi e realizzare azioni efficaci di promozione della salute e prevenzione contribuendo a rafforzare la "centralità della persona" e ad applicare una medicina personalizzata. In Italia si è spontaneamente costituita una rete di Istituzioni, Enti, IRCCS, Ospedali, Università e Società scientifiche impegnate nella medicina di genere. La rete ha svolto e svolge un ruolo fondamentale per lo sviluppo della medicina di genere, poiché consente di coordinare gli sforzi, condividere le conoscenze e promuovere iniziative che abbiano un impatto concreto sulla salute pubblica.

Questo ha permesso di creare un substrato scientifico e culturale su tutto il territorio Nazionale che ha fatto sì che anche la politica comprendesse l'importanza della medicina di genere come obiettivo strategico del nostro SSN. La conseguenza è stata l'approvazione nel 2018 della Legge 3/2018, che per la prima volta in Europa, garantisce l'inserimento del parametro "genere" nella medicina, prevedendo l'inclusione di tale determinante nella definizione di percorsi clinici, nella comunicazione ai cittadini, nella formazione degli studenti e nell'aggiornamento dei professionisti della salute. La successiva predisposizione del Piano Nazionale per l'Applicazione e Diffusione della Medicina di Genere e l'istituzione presso l'Istituto Superiore di Sanità dell'Osservatorio dedicato alla Medicina di Genere rappresentano grandi progressi per arrivare a un cambiamento culturale che collochi la persona al centro del percorso di cura. In questo scenario un esempio importante di sinergia è rappresentato dalla cooperazione tra Fondazione Onda ETS e il Centro di Riferimento per la Medicina di Genere dell'ISS, che collaborano da anni per integrare la dimensione di genere nella ricerca, nelle politiche sanitarie e nella pratica clinica, con l'obiettivo finale comune di garantire un'assistenza sanitaria più personalizzata, efficace ed equa per tutti.

Ginecologia

Approccio multidisciplinare nella Ricerca e nella Cura della Menopausa. Perché è così importante per la Salute della Donna

di *Rossella Nappi*[1,2]

[1] *Presidente della Società internazionale della Menopausa (MS)*

[2] *Professore Ordinario di Clinica Ostetrica e Ginecologica dell'Università degli Studi di Pavia – IRCCS Policlinico San Matteo*

Nella decade della longevità in salute dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), la menopausa è un argomento tornato di gran moda alla luce dell'aumento dell'aspettativa media di vita a tutte le latitudini del Mondo e del maggior numero di anni di disabilità per patologie croniche che dimostrano le donne negli ultimi anni della loro esistenza. Le nuove generazioni di donne dopo i 40 anni trarranno un indubbio vantaggio dall'acquisire consapevolezza sul complesso impatto dei cambiamenti ormonali che si accompagnano alla menopausa in tema di salute e benessere generale. Nel contempo, il poter parlare con maggior naturalezza della varietà dei sintomi e fattori di rischio che possono associarsi alla menopausa contribuirà a rimuovere lo stigma personale, relazionale e sociale in tema di vampate di calore e sintomi genitourinari che, al di là di svalorizzare la donna dopo i 50 anni, spesso contribuisce ad allontanarla da una prevenzione a tutto tondo sul versante della salute ossea, cardiovascolare e neuro-degenerativa, oltre che oncologica. Nuove generazioni di medici e altri professionisti della salute avranno però la necessità di formarsi un po' di più e meglio sull'importanza di questa fase della vita per le traiettorie di salute trasversalmente a molte discipline specialistiche e non soltanto in ambito ginecologico. Questo è valido per tutte le donne, ma anche e soprattutto per le donne che entrano in menopausa prima dei 40 anni (menopausa precoce) e prima dei 45 anni (menopausa prematura), che pagano le conseguenze maggiori della deprivazione anticipata degli ormoni estrogeni in tema di mortalità globale e di eventi cardiovascolari, rischio di fratture e degenerazione cognitiva. L'auspicio delle Società Scientifiche di tutto il mondo che si dedicano a educazione, ricerca e terapia in ambito di salute in menopausa è che ci si possa prendere cura di tutte le donne con un approccio multidisciplinare che permetta di prevenire e curare la concomitanza di sintomi e problemi ottimizzando le risorse sanitarie e promuovendo strategie personalizzate di intervento basate sul modello bio-psicosociale. L'integrazione di consigli di stile di vita con misure preventive farmacologiche (ormonali e non ormonali) e non farmacologiche si pone con forza l'obbiettivo di far "vivere bene" le donne, libere da disabilità e quanto più resilienti possibile alle patologie croniche.

Al fine di erogare protocolli individualizzati di prevenzione e di cura efficaci e basati su evidenze scientifiche, la formazione della classe medica deve andare oltre la visione "bikini" del binomio mammella-utero ed arricchirsi di un sapere integrato in tema di medicina della menopausa nei programmi di studio pre- e post-laurea per acquisire le competenze necessarie sulla base di linee-guida, raccomandazioni ed algoritmi diagnostico-terapeutici da applicare nella pratica clinica tenendo sempre in conto il rapporto rischio e beneficio di ciascuna scelta.

È importante sottolineare come l'approccio multidisciplinare travalica i confini della menopausa e prende in considerazione la salute della donna a 50 anni mettendola a fuoco attraverso la lente della medicina del sesso e del genere nell'intero ciclo di vita. Esempi recenti sono l'introduzione di sottospecialità come la neurologia della donna, le line guida genere-specifiche in ambito di ricerca cardiovascolare, le raccomandazioni pratiche nella gestione delle pazienti con talune patologie reumatologiche e molte altre iniziative scientifiche con un focus sulle peculiarità femminili in tema di farmacologia e decorso di genere, con un occhio attento all'inclusività. Prendere in considerazione tutte le tappe della vita riproduttiva femminile (menarca, gravidanza, puerperio) e gli interventi terapeutici di natura ormonale (contraccezione, farmaci per la fertilità e le patologie riproduttive come per esempio l'endometriosi e la sindrome dell'ovaio policistico o ancora le chemioterapie endocrine come gli analoghi del fattore di rilascio del GnRH, i modulatori selettivi del recettore degli estrogeni o gli inibitori delle aromatasi, o, infine, le transizioni di genere) e non soltanto la menopausa e la terapia ormonale sostitutiva (TOS) è di fondamentale importanza per acquisire informazioni più approfondite sui fattori di rischio specifici della donna correlati al suo universo ormonale e non solo, un dato che è stato molto approfondito in ambito di salute cardio-vascolare. È altresì importante per produrre linee guida su patologie molto comuni nelle donne come, per esempio, l'osteoporosi al fine di riconoscere il contributo significativo della menopausa nell'eziopatogenesi della malattia ed il ruolo preventivo della TOS nelle donne ad alto rischio di frattura. È inoltre fondamentale per chiarire il ruolo della transizione endocrina menopausale nell'insorgenza di alcuni sintomi e/o patologie rispetto all'impatto del processo dell'invecchiamento e della presenza di altri fattori di rischio genetico ed epigenetico al fine di evitare attribuzioni troppo semplicistiche, come è stato sottolineato di recente in tema di salute mentale.

Gli studi longitudinali che raccolgono informazioni mediche complete assumono un enorme rilievo per stabilire la giusta connessione tra i sintomi menopausali e i rischi futuri di salute, così come per fornire informazioni sul decorso clinico di molte condizioni e malattie nel corso del tempo. Purtroppo alle nostre latitudini questi studi che avrebbero un ruolo preventivo colossale sono piuttosto deficitari e dobbiamo basare i nostri processi decisionali su dati nordamericani, come lo studio della salute della donna negli Stati Uniti (SWAN), che ha raccolto una enorme varietà di informazioni in tema di medicina della menopausa fornendo evidenze via via sempre più ricche nel corso degli anni di osservazione sul rapporto che esiste tra presenza di sintomi, fattori di rischio e patologie frequenti da un lato e biomarcatori circolanti o derivanti da misurazioni cliniche dall'altro, il tutto in relazione ad una pletora di variabili demografiche, intrapersonali, di stile di vita e socio-culturali. Lo scopo di studi di questo tipo per le politiche sanitarie al femminile è quello di comprendere che sotto l'ombrello della medicina della menopausa si intreccia il rimodellamento endocrino e invecchiamento-dipendente di differenti sistemi biologici alla base del funzionamento di tutti gli organi e apparati ed è proprio questa complessità che dovrebbe essere il target di un approccio davvero preventivo delle "grandi" patologie del nostro tempo.

In conclusione, è di primaria importanza pensare alla menopausa come ad una grande occasione per sviluppare e organizzare servizi per la salute della donna che condividano un sapere reciproco al servizio della diagnosi e cura in senso preventivo.

Contraccezione: opportunità di salute da valorizzare

di *Alessandra Graziottin*[1,2,3]

[1] *Prof. ac, Dipartimento di Ostetricia e Ginecologia, Università di Verona*

[2] *Direttore, Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica, H. San Raffaele Resnati, Milano,*

[3] *Presidente, Fondazione Alessandra Graziottin per la cura del dolore nella donna onlus*

La contraccezione è poco praticata in Italia (ISTAT, 2021), rispetto ad altri Paesi del Nord Europa. Nel nostro Paese spiccano: l'alto uso del **coito interrotto**: 18,1% contro il 6% europeo; il basso ricorso a **metodi reversibili a lunga durata d'azione** (Long Acting Reversible Contraception, LARC) come l'impianto sottocutaneo e il dispositivo intrauterino: 2,6 verso 21%; e il minore uso della **contraccezione ormonale con pillola**, scelta dal 21,4% delle italiane, contro il 30% medio europeo, con punte di oltre il 40% nelle donne olandesi tra i 15 e i 30 anni.

La riduzione delle **interruzioni volontarie di gravidanza** (IVG) – dal picco del 1983 (234.801) fino alle 63.653 nel 2021 (ultimo dato ISTAT disponibile) – contrasta con il vertiginoso aumento della **contraccezione di emergenza**: 573.100 confezioni vendute nel 2018 (ultimo dato ISTAT disponibile) con trend d'incremento del 52% dal 2012, anno di introduzione della pillola con ulipristal acetato. È in crescita anche l'utilizzo di kit abortivi con mifepristone acquistati online. In parallelo, la diffusione sul web di fake news contro la contraccezione ormonale merita un'attenta riflessione e autocritica in noi ginecologi. Inoltre, lo scarso uso del **profilattico** aumenta la diffusione delle **infezioni sessualmente trasmesse** (IST). Educare gli adolescenti di ambo i sessi a una **parallela assunzione di responsabilità** per la prevenzione sia dei concepimenti indesiderati sia delle IST dovrebbe essere il cuore del progetto educativo sulla sessualità felice.

In positivo, il 43% delle mie pazienti usa a lungo e con soddisfazione la contraccezione ormonale. Le motivazioni più forti a un uso consistente sono: 1) uso di pillole con **estrogeni naturali** (estradiolo o estetrolo) e 2) valorizzazione dei **benefici non contraccettivi**, fra cui riduzione dei **cicli abbondanti e dolorosi**, che aumentano da 5 a 10 volte il rischio di endometriosi, con la correlata anemia sideropenica che raddoppia il rischio di depressione e di caduta del desiderio sessuale; riduzione del **dolore pelvico cronico**; riduzione dei segni **di iperandrogenismo**, fra cui acne, ipertricosi, irsutismo, alopecia; riduzione significativa delle **esacerbazioni catameniali di patologie importanti** come asma, vulvodinia, sindrome dell'intestino irritabile, epilessia (fino a < 50% attacchi mestruali); riduzione dei **sintomi premestruali e premenopausali**.

La contraccezione ormonale con **estetrolo (E4)** offre ulteriori vantaggi rispetto alla contraccezione con **estradiolo (E2)**: maggiore efficacia contraccettiva e minore rischio di fallimenti da pillole dimenticate, grazie alla lunga emivita (28 ore rispetto alle 2 ore di E2); miglior controllo dello spotting; migliore efficacia nelle donne obese; ottima protezione mammaria grazie all'effetto antagonista sui recettori ER alfa di membrana; protezione dell'osso. Inoltre, E4 non aumenta la Sex Hormone Binding Globulin (SHBG) e non vi si lega, rispettando livelli più fisiologici di testosterone libero e desiderio. Infine, studi controllati indicano un'ottima riduzione del dolore e delle lesioni endometriosiche.

Valorizzare i **benefici non contraccettivi** dovrebbe diventare un aspetto luminoso e motivante della **consulenza contraccettiva**.

Endometriosi e fibromi uterini

di *Massimo Candiani*

Professore Ordinario di Ginecologia e Ostetricia dell'Università Vita Salute San Raffaele di Milano e Direttore Unità Operativa di Ginecologia e Ostetricia IRCCS S. Raffaele di Milano

L'endometriosi ed i fibromi uterini sono patologie ginecologiche benigne, tipiche dell'età riproduttiva, quindi ormono-sensibili, in grado di compromettere la fertilità spontanea e determinare il dolore pelvico cronico.

L'endometriosi, di cui è affetta circa il 30% della popolazione femminile infertile, è caratterizzata dalla presenza ectopica di tessuto endometriale responsabile di stati infiammatori cronici. Danneggia i distretti in cui si localizza dando vita, nella maggior parte dei casi, a cisti ovariche, aderenze o noduli pelvici ed adenomiosi, comportando alterazioni anatomico/funzionali del sistema riproduttivo con quadri clinici più o meno severi.

I fibromi uterini, che si riscontrano in quasi il 30% delle donne in età riproduttiva, sono formazioni solide che originano dalla muscolatura uterina. Possono essere causa di inferti

lità, se con la loro presenza deformano la cavità uterina ostacolando l'annidamento dell'embrione, o di poliabortività, se ne impediscono la corretta evoluzione.

La sintomatologia dolorosa è variabile, spesso soggettiva e indipendente dal grado di sviluppo delle patologie.

È fondamentale che la donna segnali tempestivamente la comparsa di uno o più sintomi quali dolore pelvico cronico, irregolarità del ciclo mestruale, dispareunia e/o dischezia, infertilità, ma ancor più che partecipi a percorsi di prevenzione favorendo una diagnosi precoce laddove la malattia sia presente in fase asintomatica.

La corretta informazione, la comunicazione equilibrata da parte del medico, l'aderenza ai trattamenti, siano essi farmacologici o chirurgici, con un approccio sempre più personalizzato e mininvasivo, possono migliorare significativamente la qualità di vita e preservare la salute riproduttiva di questa popolazione di pazienti.

Il ruolo della Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) dal supporto dell'infertilità alla lotta contro l'inverno demografico

di *Paolo Emanuele Levi-Setti*[1,2]

[1] *Humanitas Fertility Center, IRCCS Humanitas Research Hospital.*

[2] *Humanitas University*

Circa 186 milioni di coppie nel mondo affrontano il dramma di confrontarsi con l'incapacità di ottenere una gravidanza. È stimato che essa interessi circa il 14% della popolazione in età` riproduttiva. In realtà, la prevalenza è significativamente differente nei vari Paesi del mondo, come differente è la possibilità di accesso alle cure.

La cura della fertilità è stata raramente discussa nel contesto di una rapida diminuzione della crescita della popolazione mondiale.

La maggior parte dei Paesi avrà un numero medio di figli per donna molto al di sotto del livello di sostituzione, 2,1 figli per donna. Anche se questo può avere forse un vantaggioso impatto sull'ambiente, la sottopopolazione è fonte un tema di grande allarme nella maggior parte dei Paesi del mondo, salvo nei paesi dove la mortalità ed il lavoro minorile sono elevati. Sebbene i governi abbiano attuato politiche a contrasto, purtroppo spesso con risultati non ottimali, permangono evidenti discrepanze nell'accesso alle cure per la fertilità.

Nel 2023 le nascite della popolazione residente sono 379.890, 13mila in meno rispetto al 2022 (-3,4%). Per ogni 1.000 residenti in Italia sono nati poco più di sei bambini.

Questa diminuzione, che comporta un nuovo superamento al ribasso del record di denatalità, si inserisce in una tendenza ormai di lungo corso. Rispetto al 2008, anno in cui il numero dei nati vivi superava le 576mila unità, rappresentando il più alto valore dall'inizio degli anni Duemila, si riscontra una perdita complessiva di 197mila unità (-34,1%) nascite. La sistematica riduzione rilevata in tale periodo è stata annualmente di circa 13mila unità, corrispondente a un tasso di variazione medio annuo del 2,7 per mille.

Il calo delle nascite, oltre che dalla ormai stabile bassa tendenza ad avere figli (1,2 figli per donna nel 2023), è anche causato dai mutamenti strutturali della popolazione femminile in età feconda, convenzionalmente fissata tra i 15 e i 49 anni. Le donne comprese in questa fascia di età sono sempre meno numerose e possiamo stimare una diminuzione di circa 3 milioni di madri potenziali dal 1991 al 2023.

Gran parte di quelle che ancora sono in età feconda appartengono all'epoca del cosiddetto baby-bust, ovvero sono nate nel corso del ventennio 1976-1995 durante il quale la fecondità scese da oltre 2 al minimo storico di 1,19 figli per donna.

La denatalità prosegue anche nel 2024: secondo i primi dati provvisori riferiti al periodo gennaio-luglio, le nascite sono diminuite, rispetto allo stesso periodo del 2023, di 4.600 unità (-2,1%).

Per altro, l'incidenza dell'infertilità è in continua e costante crescita, tanto che si prevede che il 19% delle future coppie avrà problemi riproduttivi nei prossimi anni. Nel complesso, queste percentuali fino a 20 anni fa erano dimezzate in parte per un maggior ricorso al sistema salute, ma principalmente per l'aumento dell'età media della coppia ed in modo particolare della donna che ricerca di una gravidanza, soprattutto nel nostro Paese.

I bimbi nati da PMA in Italia sono oltre il 3% e questo numero è notevolmente inferiore a quello di altri Paesi Europei in cui, nonostante l'età media della coppia sia statisticamente inferiore, sono oltre il 9%.

Nel 1989, il Giappone sembrava essere una superpotenza economica inarrestabile. Ma all'interno del paese, il governo aveva identificato una crisi incombente al rallentatore: il tasso di fertilità era sceso a un minimo storico. I politici lo hanno definito lo "shock dell'1,57%".

A partire dagli anni '90, il Giappone ha iniziato a implementare politiche e dichiarazioni volte a spronare le persone ad avere più figli.

Niente di tutto questo ha funzionato. Ci sono molte prove che i governi *possono* cambiare i tassi di fertilità, ma generalmente in una direzione: verso il basso (New York Times 13 agosto 2024).

Il numero dei potenziali genitori è sempre meno. Dal 1991, il numero di nascite è diminuito del 32% e il numero di potenziali madri del 25%. Se il numero di uomini e donne dell'età più adatta fosse rimasto lo stesso, ci sarebbe stato solo un leggero calo, piuttosto che l'attuale crollo delle nascite (Corriere della Sera 14 ottobre 2024). L'obiettivo, quindi, non potrà mai essere il ritorno ad un tasso di sostituzione (2,1 bimbi per donna), ma di non piombare allo 0,78 del Sud Corea.

Se esaminiamo i nati del 2022 (393.000), il contributo della PMA è stato il 3.03% (11.910 nascite) con 51.98 coppie coinvolte nel processo. Le donne in età riproduttiva nello stesso anno erano 9.430.000 e stimiamo un 15% (1.886.000) di coppie che non avevano concepito dopo 12 mesi di ricerca. Se solo il 50% (707.250) di queste coppie avesse avuto un accesso celere e supportato del sistema salute alla PMA, avremmo avuto 40.395 nuove nascite con un incremento di oltre il 10% dei nati vivi nel Nostro Paese in quell'anno. Ma l'aumento delle competenze collegate ai miracoli della crioconservazione (vitrificazione di ovociti ed embrioni) ci consente oggi di fare molto di più e pensare ad un quoziente familiare di figli desiderati. Il numero di donne che dopo un primo figlio, già ottenuto in età non ottimale, ne desiderano un secondo o anche un terzo, potrebbero attingere a quanto crioconservato per raggiungere questo scopo, anche in età più avanzate. Infine, un congelamento diffuso degli ovociti potrebbe essere un bacino per potenziali donazioni, riducendo nel tempo la dipendenza ed i costi della dipendenza da altri Paesi.

Cardiovascolare

Cardiologia di genere

di *Maria Penco*

già Professore Ordinario e Direttore Scuole di Specializzazione di Malattie dell'Apparato Cardiovascolare Università di L'Aquila

INTRODUZIONE

L'idea diffusa e fuorviante che le donne siano sostanzialmente protette dalle malattie cardiache genera condizioni potenzialmente letali. La mancanza di una reale consapevolezza tra le donne di tale aumentato rischio cardiovascolare e la erronea percezione diffusa anche tra i medici hanno notevoli conseguenze negative sia cliniche che sociali e finanziarie e fa si che proprio questa scarsa attenzione rappresenti il peggiore "nemico" della salute nel sesso femminile.

In realtà i dati epidemiologici dimostrano chiaramente come le malattie cardiovascolari rappresentino la prima causa di mortalità e morbilità nel sesso femminile in Europa; l'incidenza è più alta di altre condizioni patologiche ad elevata mortalità inclusi i tumori, in particolare quello della mammella e in particolare nelle decadi età oltre i 75 anni. In età post-menopausale le malattie cardiovascolari e l'osteoporosi rappresentano le principali patologie nella donna. Inoltre, nelle donne dopo un infarto miocardico acuto la mortalità è sempre più alta rispetto al sesso maschile e l'impatto dei tradizionali fattori di rischio differisce notevolmente tra sesso femminile e maschile.

FATTORI DI RISCHIO CARDIOVASCOLARE E SESSO FEMMINILE

Tra i fattori di rischio per malattie cardiovascolari non modificabili sono sempre stati annoverati: età, familiarità, etnia e sesso, suggerendo l'impossibilità di intervenire o modificare almeno in parte tali fattori. Inoltre, sulle differenze di sesso/genere e loro impatto sui fattori di rischio cardiovascolari, la ricerca si è concentrata con grande ritardo.

Dai risultati degli studi compiuti negli ultimi 30 anni emerge chiaramente che:

- i fattori di rischio cardiovascolari tradizionali (ipertensione arteriosa sistemica, dislipidemia, diabete mellito, obesità, sedentarietà, fumo di sigaretta) hanno un differente e maggiore impatto nel genere femminile, determinando effetti deleteri sul sistema cardiovascolare in misura maggiore rispetto al genere maschile, in particolare su morbilità e qualità di vita.

- nelle donne vanno necessariamente aggiunti quelli genere-specifici, quali il parto pretermine, l'ipertensione e il diabete in gravidanza, la menopausa precoce, la sindrome dell'ovaio policistico, alcuni trattamenti per malattie oncologiche legate al cancro della mammella, la depressione e le condizioni socioeconomiche e culturali. Questi fattori giocano un ruolo chiave nella stratificazione personale del rischio di malattia cardiovascolare. Nonostante l'evidenza di questi aspetti, nessuno score di rischio cardiovascolare considera l'età alla menopausa nella stratificazione del rischio cardiovascolare della donna.

Accanto a queste considerazioni va, inoltre, sottolineato il non trascurabile ruolo delle peculiarità anatomo-funzionali del circolo coronarico nel sesso femminile che sono alla base delle caratteristiche cliniche delle varie manifestazioni acute e croniche di cardiopatia ischemica.

L'impatto dell'aterosclerosi coronarica differisce, infatti, tra genere femminile e maschile ed è legato non solo alle caratteristiche anatomiche dei vasi coronarici epicardici, cioè dei grossi vasi coronarici, ma anche alle modificazioni funzionali alle quali i vasi coronarici stessi vanno incontro nel genere femminile in relazione anche alla peculiare fasicità del quadro ormonale che rimodula il flusso ematico non solo nei grossi vasi, ma anche ed in particolare modo nel microcircolo coronarico. Nel genere femminile sono stati descritti vasi coronarici epicardici di calibro minore rispetto al genere maschile indipendentemente dalla superficie corporea e lesioni coronariche (stenosi) più diffuse. Inoltre, nella donna è più frequente osservare un danno ischemico più significativo a livello del microcircolo e dei piccoli vasi (myocardial infraction with no obstructive coronary arteries MINOCA).

Massa, volumi, diametri delle cavità cardiache sono più piccoli e i processi di rimodellamento inverso più frequenti, anche dopo insulto ischemico. Differenze significative esistono anche dal punto di vista puramente elettrico: la fase di ripolarizzazione è fisiologicamente più lunga (tratto QT dell'elettrocardiogramma) e più sensibile alle modificazioni delle concentrazioni degli elettroliti sierici (es. potassio e calcio) e all'azione di molti dei più comuni farmaci (es. antiaritmici, inibitori di pompa protonica, antibiotici della classe dei chinolonici, antifungini, ecc.).

Altra condizione clinica in cui si rilevano importanze caratteristiche di genere è lo scompenso cardiaco (SC), responsabile del 35% di mortalità cardiovascolare e prevalente nella popolazione femminile, in particolare se consideriamo quella con età al di sopra dei 75 anni. Inoltre, lo SC è tra le cause più frequenti di ricovero ospedaliero generale, presentando una mortalità del 40% dopo un anno dalla prima ospedalizzazione L'insufficienza cardiaca nelle donne assume caratteristiche estremamente peculiari. La fisiopatologia del danno è profondamente diversa nella donna; la disfunzione endoteliale, il danno al microcircolo e le comorbidità (es. diabete mellito, ipertensione arteriosa sistemica, patologie autoimmuni, cardiotossicità da farmaco, ecc.) che causano lo SC cronico sono infatti frequentemente associati ad un tipo di scompenso che presenta una frazione di eiezione tendenzialmente preservata, rispetto a quella che spesso presentano i soggetti di sesso maschile. Per questo motivo, sintomatologia, decorso clinico e prognosi saranno peculiari e la risposta terapeutica dovrà necessariamente essere personalizzata in funzione delle caratteristiche del/della paziente.

Lo SC presenta caratteristiche specifiche nel genere femminile, di cui tenere conto sia nella pratica clinica che nella ricerca. Il quadro clinico tipico non viene spesso riconosciuto se non tardivamente; inoltre, la risposta al trattamento, sia farmacologico, sia effettuato con dispositivi impiantabili, è sostanzialmente differente tra uomini e donne, sia in termini di aderenza delle pazienti alle terapie prescritte, sia in merito all'applicazione meno rigorosa delle linee guida. A ciò si aggiunge il minor invio ai percorsi riabilitativi delle pazienti dopo evento acuto e ospedalizzazione, determinando disuguaglianze, iniquità e outcomes peggiori tra le donne affette da scompenso cardiaco cronico.

CONSIDERAZIONI FINALI SULLA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE NEL GENERE FEMMINILE

Oggi la medicina deve affrontare cambiamenti epocali nell'approccio al paziente, che richiedono sempre più evidenze, studio e precisione. La valutazione e la stratificazione del rischio cardiovascolare devono quindi tenere in debito conto le peculiarità di genere al fine di poter stimare il rischio del singolo paziente nel modo più appropriato possibile, considerando anche le differenze di genere

Sebbene siano stati compiuti importanti progressi nella riduzione della mortalità cardiovascolare in entrambi i sessi ed in particolare nelle donne, si rende necessaria una maggiore attenzione della ricerca e dei percorsi che siano dedicati agli aspetti legati a tutti quei fattori che influenzano non solo la mortalità, ma in particolare la morbilità e la qualità di vita, ovvero a tutti quegli aspetti che impattano sul genere in termini di prevenzione primaria e secondaria delle malattie cardiovascolari.

Essenziale è la valutazione ed il contrasto di quegli elementi di disparità che impediscono una estesa applicazione di modelli univoci di prevenzione. Tali elementi riguardano in particolare l'etnia, il livello di scolarità / istruzione, il livello di reddito, i fattori stressanti psicosociali.

Il cambiamento degli stili di vita in una direzione la più fisiologica possibile è il substrato incontrovertibile della prevenzione delle malattie dell'apparato cardiovascolare e della cardiopatia ischemica in particolare. Pertanto, un approccio dedicato al genere femminile riveste particolare importanza. L'abitudine all'esercizio fisico e ad un'alimentazione adatta a favorire il controllo della pressione sanguigna e del metabolismo glicemico e lipidico, nonché il controllo del peso corporeo a favore di un aumento della massa magra contrastano gli effetti della fisiologica riduzione degli estrogeni che si verifica nella perimenopausa e progredisce negli anni, dalla menopausa alla postmenopausa. Inoltre, l'esercizio fisico e una corretta alimentazione devo essere considerati capisaldi della prevenzione cardiovascolare in tutte le condizioni nelle quali si assiste alla riduzione degli estrogeni (es. sindrome dell'ovaio policistico, menopausa iatrogena).

Esercizio fisico e corretta alimentazione sono, inoltre, strumenti essenziali per contrastare gli effetti dei fattori di rischio, tradizionali ed emergenti del genere femminile, la loro reciproca interazione, lo stress ossidativo e di conseguenza l'impatto non solo sull'esordio della patologia ischemica, ma anche quello sulle sue conseguenze e sulla qualità di vita.

Applicazione dell'Intelligenza Artificiale alla Cardiologia

di *Maria Grazia Modena*

Professore Ordinario Dipartimento Chirurgico, Medico, Odontoiatrico e di Scienze Morfologiche con interesse Trapiantologico, Oncologico e di Medicina Rigenerativa, Policlinico di Modena.

L'impiego dell'intelligenza artificiale (IA) nella ricerca scientifica e nella pratica clinica è ormai consolidato e destinato ad ampliarsi in modo significativo in tutti gli ambiti della medicina, inclusa la cardiologia. L'IA ha mostrato un potenziale straordinario nel trasformare la diagnosi e la terapia in ambito cardiologico, con oltre 100 algoritmi approvati dalla FDA, posizionando la cardiologia al secondo posto, dopo la radiologia, per numero di applicazioni cliniche di questa tecnologia. Tecniche avanzate come il machine learning (ML) e il deep learning (DL) permettono l'analisi di grandi volumi di dati, rendendo le diagnosi più accurate e personalizzate e ottimizzando le risorse sanitarie. Algoritmi sofisticati analizzano immagini mediche, segnali cardiaci e dati provenienti da dispositivi indossabili, rilevando anomalie, come la fibrillazione atriale, con una precisione comparabile a quella di un esperto. Inoltre, l'IA migliora la stratificazione del rischio e personalizza le terapie, aprendo la strada a una medicina di precisione. Dispositivi indossabili e tecnologie di telemedicina consentono un monitoraggio continuo, abilitando interventi tempestivi e prevenendo complicanze. Tuttavia, permangono sfide come la qualità dei dati, il rischio di bias e la necessità di trasparenza. Investimenti nella ricerca e nella formazione sono cruciali per sfruttare appieno le potenzialità dell'IA e promuovere la salute cardiovascolare.

Obesità e Diabete di Genere

di *Giovanna Muscogiuri*[1,2], *Annamaria Colao*[1,2]

[1] *Dipartimento Di Medicina Clinica E Chirurgia, Diabetologia E Andrologia, Unità Di Endocrinologia, Università Degli Studi di Napoli Federico II;*

[2] *Cattedra Unesco "Educazione Alla Salute E Allo Sviluppo Sostenibile", Università Degli Studi di Napoli Federico II.*

L'obesità e il diabete di tipo 2 (T2DM) rappresentano problemi di salute pubblica in crescita e sono tra loro strettamente correlati. L'aumento dell'incidenza di queste condizioni è allarmante e influisce in modo diverso su uomini e donne, sia in termini di prevalenza sia in termini di progressione della malattia e di esiti clinici. Esistono molteplici ragioni per cui obesità e T2DM si manifestano in modo differenziato tra i generi: fattori genetici, ormonali, comportamentali e ambientali giocano tutti un ruolo importante. Comprendere queste differenze può offrire una guida per lo sviluppo di trattamenti più mirati e specifici, migliorando gli esiti di salute a lungo termine.

Le differenze biologiche tra uomini e donne coinvolgono vari aspetti metabolici, tra cui la distribuzione del tessuto adiposo e la sensibilità all'insulina. Queste differenze sono, in larga misura, influenzate dagli ormoni sessuali. Le donne tendono a immagazzinare l'adipe a livello del tessuto sottocutaneo, principalmente nella regione dei fianchi e glutei, una condizione nota come obesità "ginoide". Negli uomini, invece, l'adipe si deposita principalmente a livello addominale, una forma nota come obesità "androide". Questo tipo di obesità è associato a un rischio maggiore di problemi cardiovascolari e metabolici, poiché l'accumulo di tessuto adiposo viscerale (più comune negli uomini) è metabolicamente attivo e produce citochine pro-infiammatorie, che contribuiscono all'insulino-resistenza e, successivamente, al T2DM.

Un accumulo di adipe viscerale, infatti, è spesso associato a una maggiore produzione di acidi grassi liberi e ad un rilascio di citochine infiammatorie come il TNF-alfa e l'interleuchina-6. Questi mediatori, a loro volta, interferiscono con il normale funzionamento dell'insulina, creando uno stato di resistenza all'insulina che, se non controllato, può sfociare nel T2DM. Anche la predisposizione genetica può variare tra i generi. Alcuni studi hanno mostrato come specifici polimorfismi genetici possano influenzare la distribuzione del tessuto adiposo in modo diverso tra uomini e donne, accentuando il rischio di insulino-resistenza in entrambi i generi ma con meccanismi variabili.

Gli ormoni sessuali, in particolare gli estrogeni nelle donne e il testosterone negli uomini, hanno un impatto significativo sulla regolazione dell'omeostasi del glucosio e sulla distribuzione dell'adipe. Durante la vita riproduttiva, gli estrogeni sembrano avere un effetto protettivo per le donne, promuovendo la distribuzione del tessuto adiposo sottocutaneo piuttosto che viscerale; questo meccanismo è protettivo nei confronti dell'insulino-resistenza. Tuttavia, durante la menopausa, la riduzione degli estrogeni porta spesso ad una ridistribuzione della composizione corporea con un aumento del tessuto adiposo centrale (viscerale) a discapito di quello sottocutaneo con un conseguente rischio aumentato di sviluppare T2DM. Il calo degli estrogeni altera anche il metabolismo lipidico e glucidico, riducendo la sensibilità all'insulina e favorendo un accumulo di tessuto adiposo centrale simile a quello che si riscontra comunemente negli uomini.

Negli uomini, invece, la riduzione graduale del testosterone con l'età contribuisce alla riorganizzazione del tessuto adiposo esasperandone l'accumulo a livello addominale e a una riduzione della massa muscolare. Quest'ultima è uno dei principali tessuti responsabili dell'assorbimento del glucosio mediato dall'insulina; quindi, una sua diminuzione compartecipa all'insorgenza della resistenza insulinica, aumentando il rischio di T2DM.

Inoltre, i comportamenti legati alla salute differiscono in modo significativo tra uomini e donne e possono influire direttamente sulla gestione del peso e sul rischio di T2DM. In generale, le donne tendono a cercare aiuto medico più frequentemente rispetto agli uomini e sono maggiormente inclini a seguire programmi dietetici e di esercizio fisico strutturati. Tuttavia, tendono anche a soffrire maggiormente di disturbi alimentari, che possono complicare la gestione del peso corporeo e aumentare il rischio di insulino-resistenza e T2DM.

Gli uomini, d'altro canto, tendono a sottovalutare condizioni di sovrappeso/obesità e a cercare assistenza medica solo in presenza di un'accentuazione significativa dei sintomi. Questa tendenza può portare a una diagnosi tardiva di T2DM od obesità, con un aumento del rischio di complicazioni metaboliche e cardiovascolari. Anche l'attività fisica regolare e le abitudini alimentari possono variare tra i generi. Le donne, ad esempio, tendono a consumare più frutta e verdura, mentre gli uomini tendono a consumare più carne e cibi ad alto contenuto calorico, contribuendo così a differenze nel rischio metabolico.

Alla luce delle differenze di genere nell'insorgenza e nella progressione di obesità e T2DM, emerge l'importanza di adottare strategie di prevenzione e trattamento personalizzate. Per gli uomini, che sono più predisposti all'accumulo di adipe viscerale, gli interventi dovrebbero concentrarsi sulla promozione di attività fisica regolare e sull'adozione di una dieta a basso contenuto di grassi saturi. È stato dimostrato che la perdita di peso è particolarmente efficace nel ridurre l'accumulo di tessuto adiposo viscerale, e alcuni studi suggeriscono che allenamenti anaerobici in aggiunta a quelli aerobici possano aiutare a preservare la massa muscolare e migliorare la sensibilità all'insulina.

Per le donne, soprattutto durante la menopausa, è cruciale monitorare i cambiamenti nel peso e nella distribuzione del tessuto adiposo. Gli interventi dovrebbero includere programmi di attività fisica regolare, con un focus sull'allenamento di resistenza per contrastare la perdita di massa muscolare.

In conclusione, obesità e T2DM sono condizioni complesse e multifattoriali che richiedono un approccio terapeutico mirato e personalizzato. Le differenze di genere svolgono un ruolo cruciale non solo nella distribuzione del tessuto adiposo e nella sensibilità all'insulina, ma anche nella progressione e nella risposta al trattamento. Le evidenze scientifiche suggeriscono che strategie preventive e terapeutiche differenziate per genere potrebbero migliorare significativamente gli esiti di salute sia negli uomini sia nelle donne.

Riferimenti bibliografici

1. Kautzky-Willer A, Harreiter J, Pacini G. Sex and Gender Differences in Risk, Pathophysiology and Complications of Type 2 Diabetes Mellitus. Endocr Rev. 2016 Jun;37(3):278-316. doi: 10.1210/er.2015-1137. Epub 2016 May 9. PMID: 27159875; PMCID: PMC4890267.
2. Cooper AJ, Gupta SR, Moustafa AF, Chao AM. Sex/Gender Differences in Obesity Prevalence, Comorbidities, and Treatment. Curr Obes Rep. 2021 Dec;10(4):458-466. doi: 10.1007/s13679-021-00453-x. Epub 2021 Oct 2. PMID: 34599745.
3. Geer EB, Shen W. Gender differences in insulin resistance, body composition, and energy balance. Gend Med. 2009;6 Suppl 1(Suppl 1):60-75. doi: 10.1016/j.genm.2009.02.002. PMID: 19318219; PMCID: PMC2908522.
4. Fuente-Martín E, Argente-Arizón P, Ros P, Argente J, Chowen JA. Sex differences in adipose tissue: it is not only a question of quantity and distribution. Adipocyte. 2013;2(3):128–34.
5. Gerdts E, Regitz-Zagrosek V. Sex differences in cardiometabolic disorders. Nat Med. 2019 Nov;25(11):1657-1666. doi: 10.1038/s41591-019-0643-8. Epub 2019 Nov 7. PMID: 31700185.
6. Mauvais-Jarvis F, Clegg DJ, Hevener AL. The role of estrogens in control of energy balance and glucose homeostasis. Endocr Rev. 2013;34(3):309–38.
7. Barone B, Napolitano L, Abate M, Cirillo L, Reccia P, Passaro F, Turco C, Morra S, Mastrangelo F, Scarpato A, Amicuzi U, Morgera V, Romano L, Calace FP, Pandolfo SD, De Luca L, Aveta A, Sicignano E, Trivellato M, Spena G, D'Alterio C, Fusco GM, Vitale R, Arcaniolo D, Crocetto F. The Role of Testosterone in the Elderly: What Do We Know? Int J Mol Sci. 2022 Mar 24;23(7):3535. doi: 10.3390/ijms23073535. PMID: 35408895; PMCID: PMC8998588.
8. Kwon SK. Women are diagnosed with type 2 diabetes at higher body mass indices and older ages than men: Korea national health and nutrition examination survey 2007–2010. Diabetes Metab J. 2014;38(1):74.
9. Chang SH, Chang YY, Wu LY. Gender differences in lifestyle and risk factors of metabolic syndrome: Do women have better health habits than men? J Clin Nurs. 2019 Jun;28(11-12):2225-2234. doi: 10.1111/jocn.14824. Epub 2019 Mar 6. PMID: 30786102.
10. Carr MC. The emergence of the metabolic syndrome with menopause. J Clin Endocrinol Metab. 2003 Jun;88(6):2404-11. doi: 10.1210/jc.2003-030242. PMID: 12788835.
11. Mauvais-Jarvis F. Gender differences in glucose homeostasis and diabetes. Physiol Behav. 2018 Apr 1; 187:20-23. doi: 10.1016/j.physbeh.2017.08.016. Epub 2017 Aug 24. PMID: 28843891; PMCID: PMC5826763.

Oncologia

Comunicazione medico paziente in oncologia

di *Filippo De Braud*[1,2]

[1] *Ordinario di Oncologia Medica, Università di Milano;*

[2] *Direttore Dipartimento Oncologia e Ematoncologia, Fondazione IRCCS Istituto Nazionale Tumori Milano*

La comunicazione medico-paziente in oncologia inizia col primo sguardo. Quello che si chiama "body language" è estremamente importante per stabilire il primo rapporto su cui poi basare lo scambio di informazioni, per stabilire come gestire la comunicazione di diagnosi, prognosi e strategia terapeutica nel miglior rapporto medico-paziente.

Il mio consiglio è di concentrarsi sul Paziente prima che sulla malattia, quindi, di cercare di avere informazioni sulle sue condizioni generali, sulle sue abitudini e attitudini, sulle patologie non oncologiche e la sua condizione sociale. Questo può essere interpretato come "una distrazione" dal Paziente e, soprattutto, dai famigliari, ma si può facilmente spiegare col il fatto che un medico si occupa di una persona malata e non solo della malattia che fa sicuramente meno fatica a capire rispetto alla persona. Spiegare una diagnosi implica non dire bugie, ma neanche "nascondersi" dietro a dati statistici epidemiologici che non sempre sono facilmente interpretabili e spesso sono ansiogeni perché alle persone interessa il proprio futuro e "la media o mediana di quello che è accaduto agli altri". Spiegare una terapia implica far capire una strategia che giustifichi il percorso di cura e non un singolo atto terapeutico. Questo approccio dà fiducia e prospettive anche nel caso in cui la malattia non sia guaribile, perché è il modo di trasmettere un approccio attivo e nell'interesse del Paziente, qualunque sia l'obbiettivo che ci possiamo prefiggere.

Oncologia in ottica di genere: un problema da affrontare

di *Armando Santoro*

Direttore Humanitas Cancer Center, IRCCS Humanitas Research Hospital, Rozzano (MI)

Dopo anni di sottovalutazione della **medicina di genere** diventa fondamentale la necessità di ripensare al ruolo delle donne nell'ambito sia scientifico che di partecipazione attiva a trial clinici, ma soprattutto della gestione delle necessità familiari.

È indispensabile in questo settore, come in qualunque altro della vita quotidiana, una equiparazione dei ruoli donna/uomo che non è più pensabile considerare come posizioni diverse.

Tale problematica, sempre più argomento di dibattito, forse sterile, è stata recentemente affrontata in un articolo della rivista The Lancet: **"Women, power, and cancer"**.

Cercando di analizzare i punti chiave del problema emergono alcune situazioni estremamente chiare, da modificare.

Il **caregiver** è una figura fondamentale in tutte le patologie croniche che possono provocare "limitazioni" della vita quotidiana del paziente ed è quindi fondamentale in oncologia. Il ruolo del caregiver sembra quasi esclusivo del sesso femminile, con oltre il 75% dei caregivers oncologici di sesso femminile. Ritengo sia superfluo sottolineare come tale ruolo, spesso assunto liberamente e spontaneamente dalle donne, possa comunque influire su carriera e qualità di vita.

Perché, anche se si tratta di un argomento di cui si parla poco, o si vuole parlare poco, vi è anche una grave ripercussione finanziaria (cosiddetta **tossicità finanziaria**), che ha un impatto significativo sulle risorse economiche della famiglia. Questo problema forse meno percepito in Italia, dove comunque abbiamo un SSN funzionante, ha implicazioni molto più gravi in altri paesi come gli Stai Uniti d'America dove si parla regolarmente di "bancarotta sanitaria".

Anche se il problema può apparire indipendente dal "genere", come sottolineato dalla Lancet Commission, la tossicità finanziaria pesa più sulle donne che sugli uomini, con conseguenze ancora più pesanti se si considerano le realtà economiche più svantaggiate.

Ovviamente vi sono altri problemi, apparentemente più banali, quali la gestione della vita familiare, la sterilità correlata ad alcune terapie antitumorali, le implicazioni connesse ad una menopausa precoce, forse un modo di "sentire" la famiglia più coinvolgente rispetto agli uomini. Che comunque devono essere affrontati e possibilmente risolti.

Se infine affrontiamo il problema del coinvolgimento femminile nella ricerca scientifica, e più in generale della loro leadership in settori correlati, i dati disponibili ci pongono in una condizione che può essere considerata di "razzismo di genere".

È tutto questo accettabile? Certamente no, ma le modalità per modificare tale attitudine sono difficili da attuare ed impongono un impegno culturale e politico che forse comincia ad evidenziarsi ma è lontano dal raggiungere un obiettivo di uguaglianza.

Tumore alla mammella

di *Maria Antonietta Nosenzo*

Chirurgo Senologo, Casa di Cura Humanitas San Pio X, Milano.

Il carcinoma della mammella è la neoplasia più frequente nella popolazione femminile, nel 2023 sono stati dimostrati 55.900 nuovi tumori. In Italia vivono 834.200 donne con pregressa diagnosi di cancro al seno nel 6-7% dei casi già metastatico all'esordio.

I progressi in ambito diagnostico terapeutico, se la malattia è evidenziata precocemente, consentono una sopravvivenza del 90% a 5 aa.

Le donne grazie ad una maggior informazione, consapevolezza aderiscono sempre più a programmi di prevenzione secondaria, si sono inoltre rese conto che "il loro benessere" dipende anche dagli stili di vita.

Il 23% dei tumori è infatti secondario a fumo di sigarette, sovrappeso, alcool e sedentarietà ed è quindi possibile "evitarlo".

Il 5-10% dei tumori dipende da mutazioni genetiche bisogna tener presente che si eredita la predisposizione non la malattia.

Importante far riferimento ad un centro di senologia in cui un'equipe multidisciplinare assicura sia una corretta pianificazione diagnostico terapeutica e di follow-up sia una comunicazione e condivisione realtà fondamentali nel rapporto medico paziente.

Dolore

Il Dolore Cronico: una "malattia" molto femminile

di *William Raffaeli*[1,2,3,4]

[1] *Presidente Fondazione ISAL - Istituto per la Ricerca sul Dolore;*

[2] *Membro "Gruppo di Lavoro sul Dolore Cronico" dell'Istituto Superiore di Sanità -Roma;*

[3] *Co-responsabile scientifico gruppo dolore -IRCCS San Raffaele Pisana -Roma;*

[4] *Co-responsabile scientifico progetto ricerca dolore- IRCCS Istituto Romagnolo per lo Studio dei Tumori "Dino Amadori" IRST – Forlì.*

Il dolore cronico (DC), è definito come dolore persistente o ricorrente per oltre tre mesi (Treede 2015), sovverte il senso del dolore: da "Sintomo" utile alla difesa a "Malattia" cronica non associata ad alcuna patologia in atto (Raffaeli 2017-Treede 2019). Il DC è influenzato da fattori biologici (genetica, epigenetica), psicologici (depressione, ansia) e sociali (livello di istruzione). Il DC ha un impatto negativo sulla salute mentale, sulla qualità di vita e capacità lavorativa (Dueñas 2016) generando costi economici elevati sia diretti (sanitari) che indiretti (perdita di produttività) (Cohen 2021). Sindromi come mal di schiena ed emicrania sono tra le principali cause di disabilità (Vos 2012).

In Italia, il DC interessa il 24,1% della popolazione (4 milioni uomini, 6,5 milioni donne). La prevalenza aumenta con l'età: dall'8% sotto i 45 anni al 35% tra i 65-74enni, fino a raggiungere il 50% negli ultra85enni, superando il 60% nei soggetti con più patologie. Il DC è severo e debilitante nel 34% dei casi.

Gender-Gap: Le donne sono colpite più frequentemente e più gravemente rispetto agli uomini, con una morbilità maggiore già dai 35 anni e un divario che si amplia ulteriormente nella popolazione anziana (oltre il 10%). Complessivamente il 60% delle persone adulte con **DC è donna**!

Una Depressione severa è presente nel 13 % dei pazienti DC contro il 2% della popolazione sana, con una prevalenza e impatto maggiore nelle donne e tra coloro che hanno minor livello di istruzione **(**Rapporti Istisan 23/28 - ISSN:1123-3117 (cartaceo) - 2384-8936 (online) "Dolore cronico in Italia e i suoi correlati psicosociali 2022 a cura di V. Toccaceli et al Quaderni di Epidemiologia e Sanità Pubblica).

Il "pain-gap" tra generi è riconducibile sia a fattori biologici (diversità di neuro-sensibilità e impatto ormonale sui neurotrasmettitori, Craft 2007) sia alla maggior prevalenza di donne in età avanzata ove prevale il DC.

A fronte di questa maggiore prevalenza di DC nelle donne, vi è un pregiudizio culturale per cui al dolore delle donne si tende a credere meno e la sofferenza viene spesso sottovalutata o attribuita a una minore tolleranza. Questo atteggiamento si traduce in una minore attenzione medica e terapeutica (**divario di genere**)

Tra le sindromi di DC più diffuse nelle donne troviamo:

- **Endometriosi** (10% della popolazione femminile), caratterizzata da un'infiammazione cronica dolorosa causata da cellule endometriali al di fuori dell'utero.
- **Vulvodinia**, dolore vulvare persistente o intermittente senza cause evidenti.
- **Fibromialgia** (2,5-4% delle donne tra i 35 e i 45 anni), caratterizzata da dolore diffuso, affaticamento cronico, disturbi intestinali e cognitivi.
- **Emicrania**, tre volte più comune nelle donne rispetto agli uomini.
- **Artrite reumatoide**, una malattia infiammatoria cronica sistemica che colpisce soprattutto le donne.

Nonostante la Legge 38/2010 garantisca il diritto alla terapia del dolore, molte barriere culturali e stigmi ostacolano l'accesso a cure adeguate. È necessario un cambiamento di paradigma per garantire un accesso equo e universale alle cure, come sancito dal Trattato di Montreal del 2011, e una maggiore sensibilizzazione per contrastare la disuguaglianza di genere e garantire il diritto al sollievo dal dolore.

"C'è sempre un'opera da poter fare per dare sollievo a chi soffre".

Pianeta dolore e differenze di genere

di *Valeria Maria Messina*[1,2,3]

[1] *Referente per la Medicina Di Genere Liguria;*

[2] *Consigliera OMCEOGE;*

[3] *Segretario provinciale SIMG.*

La prevalenza del dolore cronico in Italia varia dall'8% al 50% della popolazione in relazione all'età considerata con prevalenza di genere (il 60% della popolazione interessata al dolore cronico è una donna).
La popolazione più anziana e femminile è la più coinvolta.
Da uno studio condotto presso ambulatori di Medici di famiglia genovesi l'afferenza della popolazione con dolore cronico all'ambulatorio è del 49% di tutti i pazienti afferenti per altre patologie.
Sono dati che inducono a riflessioni importanti.
Possiamo parlare di epidemia di dolore cronico?

Fondazione Onda ETS ripetutamente segnala i dannosi effetti sulla qualità della vita delle persone e in particolare delle donne, affette da dolore cronico e come questo impatti economicamente in termine di giornate lavorative perse e di ricorso al SSN per utilizzo di farmaci, indagini e trattamenti antalgico/riabilitativi.

Il 1° rapporto Censis - Grunenthal "VIVERE SENZA DOLORE" del 21 dicembre 2023, presentato presso la Sala degli Atti Parlamentari, da task force di Società Scientifiche, evidenzia l'impatto che il dolore cronico ha sulla qualità di vita dei cittadini.

Questi dati sono in linea con la più grande survey mai condotta in Europa pubblicata su EUR J PAIN da Breivik H. nel 2006, che evidenziava alcune caratteristiche del problema: sottostima della prevalenza, sotto trattamento farmacologico, una mancata comunicazione del problema con il curante.
La survey condotta mediante intervista telefonica a 46.000 persone di 15 Paesi ha fornito i dati di *prevalenza, severità, modalità di trattamento e impatto del dolore cronico*. I dati mostravano allora che un quinto (19%) della popolazione adulta europea soffriva di dolore cronico; l'Italia è la terza Nazione con una prevalenza del 26%, dopo la Norvegia (30%) e la Polonia (27%).
Le persone intervistate riferivano che la durata del dolore era di circa 7 anni con punte superiori ai 20 con grave impatto sulla qualità della vita, spesso il dolore non era trattato e spesso il soggetto non aveva però chiesto aiuto.

Il dato più significativo era l'evidente prevalenza di genere: le donne sono più coinvolte nel dolore cronico. Quando elenchiamo numeri e percentuali in medicina dovremmo riflettere sul fatto che ognuno di questi numeri è una **persona**, questa persona nel dolore spesso è una donna, spesso una donna anziana. La medicina deve impegnarsi per meglio comprendere i meccanismi che determinano il dolore, per individuare trattamenti più idonei nelle cure e identificare percorsi di prevenzione e cura che tengano conto di come il sesso e il genere della persona abbiamo impatto decisivo nelle possibili scelte.

Questa è la medicina di genere o medicina genere - specifica: ovvero un approccio metodologico innovativo che tiene conto delle differenze sia nella fisiologia che nella sintomatologia e cure delle malattie.
Capacità di accesso alle cure, preferenze e condizione socio/economica, approccio spirituale e culturale sono tutti elementi che garantiscono, se ben valutati, l'**appropriatezza** delle cure.
L'OMS definisce la medicina di genere come lo studio delle differenze biologiche (definite dal sesso) socio-economiche e culturali (definite dal genere) sullo stato di salute e di malattia della persona per giungere a decisioni basate sull'evidenza. La applicazione della medicina di genere in Italia è legge: legge 2018 n3.

Esplorare le differenze e comprendere i meccanismi che li sottendono è una impresa ardua poiché il dolore è un pianeta complesso.

Come sento il dolore, come lo elaboro, come lo comunico, come lo amplifico, qual è stato il vissuto di dolore dei miei genitori, cosa è trasmesso geneticamente, cosa modulato dall'apprendimento e dalla epigenetica, quale ruolo ha l'immunità o lo stato ormonale e la presenza di neurotrasmettitori e la capacità nociplastica tutto ciò fa del dolore uno dei mondi più difficili da esplorare.

Sappiamo che le donne hanno maggiore incidenza di dolore, che hanno soglia più bassa, ovvero un uomo prova dolore con stimoli più forti, la donna tollera meno il dolore, soffre di episodi di dolore più intensi e protratti.
La donna sa discriminare meglio il tipo di dolore e descriverlo, risponde a dosi di morfina inferiori di quelli di un uomo e prova e trasmette più empatia nei confronti di persone sofferenti di dolore.
La donna tende alla catastrofizzazione del dolore, amplificandolo, e trasmette ai figli modelli analoghi di reazione al dolore.
Patologie quali fibromialgia, emicrania e cefalea cronica di tipo tensivo, sindrome dell'intestino irritabile, disturbi temporo mandibolari e cistite interstiziale hanno prevalenza di genere.
Nella diagnostica differenziale del dolore cronico un ruolo specifico ricopre la violenza domestica.

Perché le donne, strutturate per partorire sembrano più esposte al dolore? Una ipotesi è nella visione del dolore come meccanismo protettivo per la donna e la prole, poiché la risposta al dolore induce reazione di allontanamento e fuga.

Per comprendere come poter approcciare il trattamento del dolore si sono ricercate le differenze trovandone di tipo genetico, ormonale, immunitario, nelle vie di trasmissione e modulazione del dolore, cognitivo comportamentali e legate ai ruoli sociali e alle esposizioni professionali.
Alcune differenze sono di tipo sperimentale e in relazione al tipo di stimolo applicato, rendendo complessa l'interpretazione dei dati e le relative conclusioni:

- il testosterone ha una azione anti-nocicettiva, modula la percezione del dolore attraverso attività recettoriale intracellulare e di membrana;
- il testosterone è carente in condizioni di dolore cronico;
- più complesso il ruolo degli estrogeni coinvolti nella modulazione e espressione di recettori sui nocicettori.

Nuove frontiere valutano gli effetti del ruolo del genotipo e il funzionamento endogeno degli oppioidi e della modulazione dello stimolo doloroso attraverso vie discendenti inibitorie. Un ruolo importante pare essere legato all'attività della microglia, ma solo nel maschio, mentre per le donne giocherebbero un ruolo significativo le cellule T.
I trattamenti farmacologici andrebbero studiati per efficacia per genere per ottimizzare le terapie, riducendo l'alto rischio di effetti collaterali da farmaci rilevato nelle donne.

Nella presa incarico globale del paziente occorre inoltre tener conto dei fattori psicosociali e della esposizione precoce allo stress.
In un periodo storico caratterizzato dal ripensamento dei modelli di cura e dal bisogno di visione olistica utilizzare l'ottica genere specifica per affrontare le grandi sfide della medicina consentirà una vera rivoluzione e una più equa attenzione alla persona.

Cure Palliative: Ispirazione e Prospettive nel mondo digitale e dell'intelligenza artificiale

di *Augusto Caraceni*[1,2]

[1] *Direttore SC Cure Palliative, Hospice, Terapia del dolore e Riabilitazione, Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori di Milano;*

[2] *Professore Associato di Medicina Palliativa, Dipartimento di Scienze Cliniche e di Comunità Università degli studi di Milano.*

Le cure palliative sono quella parte della medicina che si rivolge al sollievo della sofferenza e al miglioramento della qualità della vita, quando le cure mediche non possono guarire. Le cure palliative hanno in sé un principio di multidimensionalità che guarda alla equità di accesso e alla valorizzazione della storia personale del malato, tenendo in considerazione aspetti sociali come le differenze di genere e quelle legate all'età avanzata. In questo campo trovano interessante applicazione alcune possibilità dello sviluppo di tecnologie digitali e dell'intelligenza artificiale purché sia salvaguardato e non sostituito il valore intrinseco della relazione di cura intesa come cura centrata sul paziente (patient centered care) che deve mettere alla prova i metodi digitali di supporto alle cure con etica e deontologia. Vanno cioè assicurate cure centrate sul paziente di modo che gli operatori sanitari siano sempre disponibili all'ascolto attivo del paziente e applichino le competenze e le tecnologie in modo collaborativo, in partnership con il paziente e con l'obiettivo di sostenere le sue scelte.

Violenza

Riflessione filosofica sociale sulla violenza di genere

di *Nicla Vassallo*

Professore ordinario di Filosofia teoretica, Ricercatore Associato all' ISEM/CNR, Alumna King's College London

Non si dà solo una tipologia di violenza sessuale o di genere, bensì e purtroppo, una molteplicità di violenze, che rappresentano una destituzione dalla categoria degli esseri umani degli autori di tali violenze, in gran parte, e da sempre, in ogni spazio tempo, esercitate dai maschi-uomini contro le femmine-donne.

Da alcuni anni Fondazione Onda ETS ha impiegato ogni mezzo mediatico-didattico e alcune manifestazioni artistiche per ostacolare un disperato fenomeno discriminatorio, carico di brutalità, praticato e amplificato senza remore non solo da adulti e anziani, ma oggi anche da sempre più da giovani e giovanissimi ragazzi, che si gloriano dei loro atti sui social. Incessantemente contro l'antropocentrismo in medicina, Fondazione Onda ETS ha riflettuto sulle cause della violenza, che non sono quelle solitamente indicate dagli psicologi, per cui è stato il rafforzamento dell'indipendenza femminile a "motivare" i maschi-uomini, ora indeboliti, a violentare le donne.

Le violenze sessuali contro le donne risalgono a tempi antichi, e per comprenderne le cause occorre percorrere la medicina trasversalmente, intrecciandola ad altre discipline, non solo scientifiche, a partire dallo studio delle differenze sessuali e di genere, differenze quest'ultime dovute a fattori tra cui le disuguaglianze, ma pure le parità, culturali, economiche e sociali: esse giocano più ruoli. Purtroppo, nei giovani e giovanissimi è tornata la convinzione che le donne siano oggetti o, meglio, gingilli. Fondazione Onda ETS impegnerà sempre maggiori risorse per scalzare dalla mente degli individui tali persuasioni del tutto ingiustificate.

Rete dei Centri Antiviolenza in Italia

di *Alessandra Kustermann*

Presidente SVS Donna Aiuta Donna scs.

La storia dei Centri Antiviolenza in Italia si sviluppa a partire dagli inizi degli anni '80 del secolo scorso. I movimenti femministi e le associazioni politiche delle donne identificavano la violenza contro le donne come fenomeno strutturale nella società, che ne limitava la libertà. Nascono in quegli anni spazi autonomi di riflessione tra donne con il principale obiettivo di identificare e modificare le dinamiche patriarcali da cui originava la violenza maschile sulle donne. Sorsero in quegli anni le prime strutture per aiutare e sostenere le donne nei percorsi di fuoriuscita dalla violenza, anche se la consapevolezza nelle società occidentali dell'elevata diffusione della violenza domestica era molto ridotta. La violenza e i maltrattamenti erano un problema invisibile e sommerso nel nostro Paese come nel resto del mondo. I Centri Antiviolenza (CAV) si sono lentamente diffusi, con un'accelerazione importante a partire dai primi anni del 2000, quando si iniziò a indagare sui numeri reali del fenomeno. Sono strutture gratuite per le donne di qualunque età e per le/gli eventuali loro figlie/i minori. Sostengono i percorsi di fuoriuscita dalla violenza liberamente scelti dalle donne, ne garantiscono l'autodeterminazione e l'anonimato, le accompagnano all'autonomia e al recupero dell'autostima, promuovono attività di prevenzione, formazione e sensibilizzazione della popolazione. Le operatrici di accoglienza vengono formate sulla complessità del fenomeno, che comprende la violenza intrafamiliare (psicologica, economica, sessuale e fisica), i ricatti sessuali sui luoghi di lavoro e di studio, gli abusi sessuali, lo stalking, il revenge porn, i matrimoni forzati e le mutilazioni genitali femminili. Le operatrici d'accoglienza nella maggioranza dei casi sono volontarie, che hanno acquisito competenze specifiche nella metodologia di accoglienza basata sulla relazione tra donne e nella valutazione del rischio di recidiva da parte del partner o ex partner. Negli ultimi anni, grazie a maggiori finanziamenti pubblici provenienti per lo più da fondi europei, si è passati ad una maggiore presenza nei CAV di specifiche figure professionali quali assistenti sociali, educatrici e psicologhe. Sono previsti interventi di supporto psicologico individuale o in gruppo, in base alle necessità e alle richieste delle donne. Sono offerti gratuitamente colloqui di informazione e di orientamento legale da parte di avvocate civiliste e penaliste iscritte all'albo del gratuito patrocinio in tutte le fasi del procedimento giuridico. Viene messo in atto un accompagnamento all'autonomia economica e abitativa, con un orientamento al lavoro, anche attraverso contatti con i centri per l'impiego, e all'autonomia abitativa attraverso convenzioni e protocolli con enti locali e centri di housing sociale. Le donne in situazioni di particolare vulnerabilità, le donne migranti con barriere culturali e linguistiche possono essere accompagnate ai servizi sanitari territoriali, nelle procedure amministrative-burocratiche, per la fruizione di sostegni ed opportunità disponibili, quali il reddito di libertà o l'accesso al microcredito. Nei CAV, come previsto esplicitamente nella Convenzione di Istanbul, non si possono utilizzare tecniche di mediazione familiare e non è consentito l'accesso agli autori della violenza.

La rete dei CAV offre alle donne sole o con figlie/i la possibilità di trovare ospitalità in casa rifugio, anche in emergenza. Qualora vengano rilevate bisogni particolari o un elevato rischio la donna può accedere ad appartamenti a indirizzo segreto. Molti CAV riescono ad offrire soluzioni abitative temporanee in appartamenti per la semiautonomia. Le strutture destinate a sede operativa dei Centri antiviolenza e delle Case Rifugio oltre a essere dotate dei requisiti di abitabilità previsti dalle normative nazionali e regionali devono disporre di locali idonei a garantire le diverse attività nel rispetto della privacy.

I CAV che ricevano risorse pubbliche devono garantire un'apertura di almeno 5 giorni alla settimana, un numero di telefono dedicato e la reperibilità H24 di un'operatrice per il collegamento coi servizi di emergenza e con il numero verde nazionale 1522.

Nell'Atto costitutivo e nel proprio Statuto i CAV devono obbligatoriamente avere la prevenzione e il contrasto della violenza maschile contro le donne, quale finalità esclusiva o prioritaria (comprovata dalle risorse destinate nei propri bilanci), e devono dimostrare una consolidata e comprovata esperienza almeno quinquennale nell'impegno contro la violenza alle donne.

Gli indirizzi e i numeri di telefono di tutti i CAV esistenti in Italia sono reperibili chiamando il 1522, attivo h24, e fornito di operatrici esperte multilingue.

Neurologia

Sclerosi Multipla

di *Alessandra Protti*

Responsabile S.S. Macroattività Ambulatoriali e Day Hospital Neurologico Centro Sclerosi Multipla Dipartimento Neuroscienze Testa Collo.

La Sclerosi Multipla (SM) è uno degli esempi di malattia neurologica di genere che colpisce le donne con un rapporto di 3/1 rispetto agli uomini. La storia naturale della malattia influenza i momenti peculiari dell'evoluzione della vita della donna (la pubertà, la gravidanza, l'allattamento, il puerperio e la menopausa). La ricerca scientifica ha permesso di comprendere i fini meccanismi responsabili della malattia e ha identificato le basi per la cura. I farmaci che sono stati sviluppati permettono di modificare la storia naturale della SM introducendo fattori correttivi che permettono di migliorare la qualità della vita delle persone affette. Oggi la prognosi della SM è decisamente migliorata, sia per la scoperta di farmaci capaci di interferire con l'intimo meccanismo che genera la malattia, sia per lo sviluppo di tecnologie diagnostiche, cliniche e strumentali sempre più precise e personalizzate. Nella SM il concetto di disabilità è il criterio di riferimento per la ricerca continua di algoritmi dedicati al miglioramento della prevenzione, degli aspetti diagnostici, della terapia farmacologica e della riabilitazione.

Letture consigliate:

"Sex effects across the lifespan in women with multiple sclerosis"
Kristen M. Krysko*, Jennifer S. Graves*, Ruth Dobson, Ayse Altintas, Maria Pia Amato,Jacqueline Bernard, Simona Bonavita, Riley Bove, Paola Cavalla, Marinella Clerico, Teresa Corona, Anisha Doshi, Yara Fragoso, Dina Jacobs, Vilija Jokubaitis, Doriana Landi, Gloria Llamosa, Erin E. Longbrake, Elisabeth Maillart, Monica Marta, Luciana Midaglia,Suma Shah, Mar Tintore, Anneke van der Walt , Rhonda Voskuhl, Yujie Wang,
Rana K. Zabad, Burcu Zeydan, Maria Houtchens* and Kerstin Hellwig* on behalf of the International Women in MS (iWiMS)
Ther Adv Neurol Disord (2020), Vol. 13: 1–30
"Gender issues in multiple sclerosis: an update"
Céline Jobin1, Catherine Larochelle1, Hélène Parpal1, Patricia K Coyle2 & Pierre Duquette†1
Women's Health (2010) 6(6), 797–820

Demenza negli anziani

di *Vincenzo Silani*

Direttore Dipartimento di Neuroscienze, IRCCS Istituto Auxologico Italiano - Università degli Studi di Milano.

L'invecchiamento rappresenta il fattore di rischio più rilevante per lo sviluppo di demenza, anche se ne esistono diverse modalità, probabilmente legate a fragilità individuale: l'innesco della degenerazione neuronale è molto anticipato rispetto all'esordio clinico della sintomatologia ed interessa regioni diversificate dell'encefalo dando ragione delle diverse forme cliniche, di cui la Malattia di Alzheimer è la più nota. Nel caso specifico, avvalorato che il sesso è rilevante svantaggiando quello femminile, esiste una partecipazione genetica scarsamente modificabile, anche se i casi familiari a trasmissione mendeliana sono rari. La novità sta nel fatto che la Lancet Standing Commission, nella più recente versione del 2024 (1) ha ridefinito che determinanti per lo sviluppo della patologia sono 14 fattori di rischio correggibili, tra i quali l'ipoacusia, l'ipertensione, il diabete, l'ipercolesterolemia, l'obesità, l'eccessiva assunzione di alcol, l'isolamento sociale, la depressione ma anche l'inquinamento, la perdita visiva e la scarsa attività fisica. Risulta a questo punto evidente che la correzione dei fattori di rischio, unitamente allo sviluppo delle nuove terapie patogenetiche, può rappresentare un obbiettivo realistico della moderna neurologia per prevenire la demenza, in una popolazione in crescita, con possibilità di favorevole invecchiamento. Questo giustifica la nascita dei Centri per un encefalo sano (Brain Health Services), volti a prevenire lo sviluppo della demenza come delle altre malattie neurodegenerative.

Riferimenti bibliografici:

(1) Livingston G, Huntley J, Liu KY, etv al. Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet standing Commission. Lancet. 2024 Aug 10;404(10452):572-628. doi: 10.1016/S0140-6736(24)01296-0. Epub 2024 Jul 31. PMID: 39096926.

Emicrania

di *Piero Barbanti*[1, 2, 3, 4]

[1] *Professore associato di Neurologia, Università San Raffaele, Roma;*

[2] *Past President ANIRCEF - Associazione Neurologica Italiana per la Ricerca sulle Cefalee;*

[3] *Presidente AIC;*

[4] *Direttore Unità per la Cura e la Ricerca su Cefalee e Dolore e Dipartimento Scienze Neurologiche, Motorie e Sensoriali IRCCS San Raffaele, Roma.*

L'emicrania è una malattia puramente umana. Gli animali possono ammalarsi di diverse patologie neuropsichiatriche, dall'epilessia alla depressione, ma di emicrania mai. Come mai? Perché l'emicrania richiede un cervello evolutivamente superiore, dotato della corteccia prefrontale, quella del giudizio, della critica e della decisione. Non solo. Il cervello emicranico è per definizione un cervello rapidissimo, utilizzato per giunta a tutta velocità, senza fasi di riposo. Questo è l'identikit del cervello femminile: più ricco percentualmente in sostanza grigia, più scattante, capace di far passare informazioni da un emisfero all'altro con velocità nettamente superiore al cervello maschile. I tre quarti dei soggetti sofferenti di emicrania sono donne. Ma questo rapporto cresce ulteriormente se si considera l'emicrania in forma cronica: in questo caso, almeno l'85% dei pazienti è di sesso femminile.L'emicrania è una malattia sottodiagnosticata, equivocata ma anche nascosta. Nonostante oggi si sappia molto sui suoi meccanismi e sebbene i criteri diagnostici semplici e chiari, pochi sanno di soffrirne. Risulta ai più difficile credere che un forte mal di testa periodico associato ai sintomi tipici del mal d'auto (nausea, vomito, elevata sensibilità per rumori e luci) sia dovuto ad un cervello geneticamente iperattivo che si difende "suonando l'allarme" da stimoli non pericolosi, come lo stress, le variazioni ormonali, il cambio del ritmo sonno-veglia ecc. Eppure, è così: al di sotto di questi sintomi non c'è un tumore o un aneurisma cerebrale, ma soltanto "un eccesso di legittima difesa" di un tessuto nervoso attentissimo ad ogni variazione dell'ambiente interno ed esterno del soggetto.

Ma l'emicrania viene anche nascosta spesso da chi ne soffre. Il soggetto, specie la donna, teme di non essere capito o, peggio ancora, creduto. Domina ancora l'idea che – in fondo – l'emicrania sia un semplice "mal di testa", lamentato da una persona debole, magari stressata, pretestuosa, rinunciataria e noiosa. Invece il Global Burden of Diseases certifica che l'emicrania è la malattia più disabilitante del mondo per la donna di età entro i 50 anni, in termini di anni vissuti con disabilità. Gli attacchi emicranici della donna sono più frequenti, più forti e disabilitanti e meno facilmente trattabili rispetto a quelli dell'uomo. La donna spesso modella la propria vita intorno a questa malattia, dovendo rinunciare a studi e carriere impegnative per uno stigma che proviene della società ma che – inevitabilmente – è spesso autoinferto: "rinuncio perché so già che non ce la farei". Una sofferenza vissuta in piena solitudine.

Oggi l'emicrania può essere curata in maniera profonda, oserei dire radicale. I farmaci diretti contro il peptide correlato al gene della calcitonina (CGRP) dimostrano una grande efficacia unita ad una incredibile tollerabilità nella terapia acuta dell'attacco ma anche nella sua prevenzione. Si tratta di farmaci che risultano efficaci in ogni forma di malattia, episodica o cronica, anche in presenza di iperuso di analgesici o di depressione. Il futuro è già qui. L'auspicio di clinici e ricercatori è di far uscire l'emicrania – considerata retoricamente come figlia di un Dio minore, dal cono di ombra in cui è stata inopinatamente relegata fino ad ora. Il futuro, per la donna, può essere già adesso.

MISURARE PER ECCELLERE

Bollino ROSA

Valore del Bollino Rosa e evoluzione negli anni

di *Walter Ricciardi*

Professore di Igiene e Sanità Pubblica, Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma.

Quando, nel 2007, insieme a Laura Pellegrini, Alberto Costa e Francesca Merzagora discutemmo per la prima volta l'idea di elaborare un processo di verifica e "accreditamento" degli ospedali italiani in funzione dei servizi offerti alle donne, non avremmo mai pensato al crescente successo che avrebbe avuto l'iniziativa del Bollino Rosa negli anni successivi.

Avrebbe avuto seguito un'iniziativa che cercava di far capire alle donne quali fossero gli ospedali italiani che si erano organizzati per offrire servizi di prevenzione, diagnosi e cura delle principali patologie, realizzando percorsi ottimizzati per loro?

La risposta sta nell'entusiasmo dei professionisti sanitari e delle loro direzioni sanitarie che ha alimentato un network che oggi conta su 361 ospedali presenti in tutta Italia, tra cui scegliere il luogo di cura più appropriato sulla base dei servizi offerti e delle specifiche necessità.

Dopo un periodo di affinamento della metodologia, i Bollini Rosa (da uno a tre) vengono assegnati, ogni due anni, agli ospedali che sono in possesso dei seguenti requisiti:

- presenza di specialità cliniche che trattano problematiche di salute tipicamente femminili e trasversali ai due generi che necessitano di percorsi differenziati;
- tipologia e appropriatezza dei percorsi diagnostico-terapeutici e servizi clinico-assistenziali in ottica multidisciplinare *gender-oriented*;
- offerta di servizi relativi all'accoglienza delle utenti a supporto dei percorsi diagnostico-terapeutici (volontari, mediazione culturale e assistenza sociale);
- offerta di servizi e percorsi dedicati alle donne vittime di violenza.

L'obiettivo ideale, non impossibile alla luce del percorso compiuto, è che tutti gli ospedali italiani abbiano quanto prima almeno un Bollino Rosa, a conferma dell'attenzione nei confronti di un diritto fondamentale come la tutela della salute.

Il Bollino Rosa secondo me

di *Flori Degrassi*

Componente dell'Osservatorio per la Medicina di Genere dell'Istituto Superiore di Sanità in rappresentanza delle Regioni

L'ottenimento del Bollino Rosa, che è una certificazione dell'attenzione al genere, è stato un processo culturale che ha assunto negli anni significati diversi.

All'inizio le direzioni generali, particolarmente quelle connotate al femminile, credevano che fosse un bel modo di crearsi un'immagine rendendo pubblica la loro sensibilità nei confronti delle donne sia dipendenti che degenti, specialmente nell'area ostetrica.
È come se improvvisamente si fosse messo a fuoco un dato di fatto e cioè che, pur essendovi nelle strutture sanitarie una prevalenza di personale femminile, le posizioni apicali erano quasi esclusivamente riservate agli uomini. Una constatazione che, mi auguro, abbia in qualche modo ottenuto dei risultati, anche perché oggi le commissioni di concorso devono avere una parità di genere.

Con il passare del tempo il Bollino Rosa è diventato patrimonio degli operatori che si sono messi in gioco per raggiungere quella che, negli anni, è diventata una sfida. Infatti, al cambiare degli items di analisi e di valutazione, poteva succedere che non fosse riconfermato il numero di bollini ottenuti in precedenza, e negli operatori a volte subentrava una profonda delusione e il desiderio di riscattarsi nel bando successivo.
Le organizzazioni sono complesse, composte da anime diverse, per qualche direttore di unità operativa o dipartimento il riconoscimento dovrebbe essere automatico, invece non è così.
Ottenere oggi il Bollino presuppone modifiche organizzative rilevanti che molti hanno fatto e continuano a fare.

Ogni volta che entro in un ospedale e vedo all'ingresso il Bollino Rosa mi sento orgogliosa di aver iniziato e partecipato alle modifiche di questo percorso culturale che ha cambiato la percezione della medicina di genere negli ospedali italiani.

Bollino Rosa Argento

Il valore del Bollino RosaArgento

di *Giorgio Fiorentini*[1,2]

[1] *Docente senior Università Bocconi di Milano;*

[2] *Presidente Advisory Board Bollino RosaArgento.*

Il ventennale di Onda rappresenta il segno dell'evoluzione delle politiche di genere in senso lato. Nasce al femminile ed oggi rappresenta il genere femminile, maschile e fluido. Rappresentare non vuol dire solo "interessarsi di", ma sviluppare advocacy di genere creando pratiche di comportamento virtuoso. Il che incide sulla salute e sull'assetto socio-assistenziale degli italiani. Infatti, Onda ha un valore ed una incisività nazionale. Non possiamo dimenticare il valore iconico e di orientamento dei Bollini (Rosa, RosaArgento, Azzurro, etc.) che ormai sono rating di qualità e di umanizzazione dei servizi a favore dei pazienti e dei degenti nonché della "gente" attuando la vocazione di tutela del benessere pubblico in logica di "one health".

Le RSA "oggi" e "domani"

di *Luigi Bergamaschini*

Professore Associato in Medicina Interna-Geriatria, Università degli Studi di Milano.

Venti anni fa Fondazione Onda ETS lanciò il progetto Bollini Rosa-Argento dimostrando una attenzione particolare agli anziani che diventavano sempre più numerosi in una società non pronta ad accogliere le loro istanze. Fu una visione innovativa e strategica proiettata nell'immediato futuro stimolando la trasformazione-modernizzazione delle RSA con il loro coinvolgimento pro-attivo. Il target del progetto era, ed è, quello di fare conoscere il vero mondo RSA, e stimolare la loro riorganizzazione verso l'umanizzazione della Cura.

Oggi le RSA con architettura funzionale e istituzionale, focalizzate sul fornire prevalentemente assistenza sanitaria, per lo più in modo standardizzato, sono più simili a una lungodegenza Ospedaliera che a una "Residenza" vera e propria. Il personale ha alti carchi di lavoro per l'elevato numero degli ospiti e rischia il burnout anche per la mancanza di adeguata preparazione sulla gestione della emotività propria, degli ospiti e dei famigliari. Le RSA, specialmente quelle premiate con il Bollino Rosa-Argento, si stanno trasformando in modo molto più rapido rispetto al contesto sociale, la città per esempio, per rispondere alla esigenza degli ospiti di una miglior qualità della vita.

Umanizzazione significa anche costruire ambienti specificatamente studiati per favorire la privacy dell'ospite, da solo e con i famigliari, garantendo adeguati spazi di socializzazione che tengano conto delle loro aspettative/esigenze. Dovranno essere riprogettate prevedendo l'inserimento pro-attivo nel territorio, non più quindi "isole" poco accessibili nella città. Le RSA premiate hanno dimostrato di porre al centro del percorso assistenziale l'integrazione/alleanza tra personale, ospiti e famigliari sempre più coinvolti nelle scelte di Cura in senso lato. La formazione del personale ha, e avrà sempre più, un ruolo centrale con attenzione alle competenze relazionali, psicologiche, per il benessere del lavoratore e quindi dell'ospite e del famigliare.

Le RSA sempre più dovranno essere "Residenze" vere e proprie e porsi come "naturale" alternativa quando per problemi sociali, come la solitudine, famigliari, come assenza di figli, o inabilità psico-fisica il domicilio non è la soluzione ottimale.

Bollino Azzurro

Il Bollino Azzurro

di *Giario Conti*

Segretario SIURO, Società Italiana di Uro-Oncologia.

Nell'epoca della medicina di precisione è sempre più cogente la necessità di creare dei team multidisciplinari e multiprofessionali in grado di affrontare le sfide sempre crescenti che la disponibilità di nuove opzioni diagnostiche (dalla diagnostica per immagini alle caratterizzazioni biomolecolari) e terapeutiche (in campo chirurgico, radioterapico, medico) ci pongono.

Negli ultimi anni si è fatta strada con forza la consapevolezza che i team e le reti sono una condizione ineludibile per poter elaborare e offrire ai pazienti una proposta il più possibile personalizzata; la domanda non è più "se" dobbiamo dotarci di questi strumenti di lavoro, ma "come" possiamo costruirli e adattarli alla realtà in cui ci troviamo a operare, rivedendo radicalmente i parametri che abbiamo utilizzato fino ad oggi.

In questo percorso culturale che coinvolge un numero sempre crescente di professioni sanitarie, uno degli obiettivi riguarda la creazione di un linguaggio comune per consentire una comunicazione medico-medico e medico-paziente che sia realmente attiva e bidirezionale.

È uno stimolante clima di ricerca di nuove modalità operative e comunicative; iniziative come quella del Bollino Azzurro, con un numero sempre maggiore di centri che richiedono di aderire e legata alla gestione interdisciplinare nei percorsi diagnostici e terapeutici per la salute urologica, con focus sul tumore prostatico, sono in grado di stimolare la nascita di percorsi virtuosi, all'interno di un numero crescente di realtà sanitarie regionali.

Questo potrà consentire un approccio corretto non solo alla fase acuta della malattia, ma anche alle possibili complicanze, ai controlli nel tempo, alla conservazione della qualità della vita, in una parola un approccio alla persona nella sua totalità e non solo al paziente.

Le complicanze post-chirurgiche del tumore alla prostata

di *Carlo Bettocchi*

Direttore USD di Andrologia e Chirurgia Ricostruttiva dei genitali Esterni, Azienda Ospedaliero Universitaria di Foggia – Ospedali Riuniti.

Da vent'anni Fondazione Onda ETS si impegna nella promozione della salute, con un'attenzione crescente anche alla salute maschile. In questo contesto, la prevenzione del carcinoma prostatico e la gestione delle sue conseguenze post-trattamento rappresentano temi di primaria importanza.

Troppo spesso la salute sessuale maschile viene trascurata, mentre le complicanze post-chirurgiche del carcinoma prostatico, come il deficit erettile e le disfunzioni urinarie, impattano profondamente sulla qualità di vita. È necessario che queste problematiche vengano affrontate con la stessa sensibilità e dedizione dedicata alla cura del carcinoma stesso.

Grazie alla collaborazione con Fondazione Onda ETS, abbiamo istituito un premio 'Best Practice', dedicato ai migliori percorsi ospedalieri per la gestione delle complicanze post-operatorie del tumore prostatico. Inoltre, abbiamo promosso eventi informativi, webinars e indagini conoscitive per sensibilizzare uomini e professionisti della salute sull'importanza della prevenzione e della qualità delle cure.

Questa celebrazione del ventennale è un'occasione per ribadire il nostro impegno nel migliorare la salute maschile e garantire un approccio più completo alla gestione del carcinoma prostatico.

Bollino HFC

HFC (Health Friendly Company) Fondazione Onda ETS di

Maria Grazia Carbonelli

Direttore Unità di Dietologia, Ospedale San Camillo Forlanini, Roma.

Il progetto HFC è un'importante testimonianza dell'attenzione crescente riservata da Fondazione Onda ETS alla promozione della salute nei luoghi di lavoro. I lavoratori passano la maggior parte della loro giornata negli ambienti di lavoro e favorire stili di vita salutari in questi ambienti vuol dire promuovere salute e benessere.

Quando parliamo di stili di vita intendiamo soprattutto sana alimentazione e regolare attività fisica. Il pranzo consumato fuori casa è ormai una regola per molti lavoratori. La ristorazione aziendale può essere un momento educativo per loro che, se sensibilizzati a scelte salutari e sostenibili, possono riportare queste nozioni anche a casa per il resto della famiglia. L'educazione alimentare può essere fatta in vari modi, preferibilmente con messaggi semplici ed accattivanti. Spiegare ad esempio come comporre un piatto sano può aiutare a consumare un pasto equilibrato anche fuori casa. Identificare con colori diversi le varie pietanze e spiegare come comporre il pasto secondo uno schema cromatico può aiutare il consumatore anche per quanto riguarda le sostituzioni equivalenti degli alimenti. Sapere quali sono le porzioni giuste dei vari piatti che consumiamo, per non incorrere in un aumento delle calorie giornaliere ingerite, aiuta a mantenere un giusto peso. Imparare a leggere le etichette serve a saper scegliere gli alimenti giusti, specie se abbiamo patologie legate all'alimentazione.

Istruire le Ditte di ristorazione ad avere menù equilibrati, salutari e sostenibili ma anche gustosi, aiuta molto a soddisfare le esigenze nutrizionali del lavoratore, a limitare gli sprechi e a preservare l'ambiente. Inoltre, la possibilità di avere menù adatti per le patologie più comuni come obesità, ipertensione, diabete, dislipidemie favorirebbe la dietoterapia per chi ne ha necessità. Bisognerebbe anche favorire l'installazione di distributori di bevande e snack salutari (acqua, frutta fresca, frutta secca, yoghurt, crackers) invece di proporre cibi ultraprocessati (bevande zuccherate, patatine, merende dolci) pericolosi per la salute.

L'attribuzione del Bollino avviene sulla base di un questionario strutturato su specifici requisiti e validato da un apposito Advisory Board, di cui mi onoro di far parte. Include domande relative all'impegno dell'azienda verso vari aspetti, tra cui quello di una sana alimentazione di cui mi sono occupata. Da quanto è emerso dalle varie indagini la salute mentale e l'attenzione per gli stili di vita sono gli ambiti in cui le aziende si sono dimostrate maggiormente sensibili.

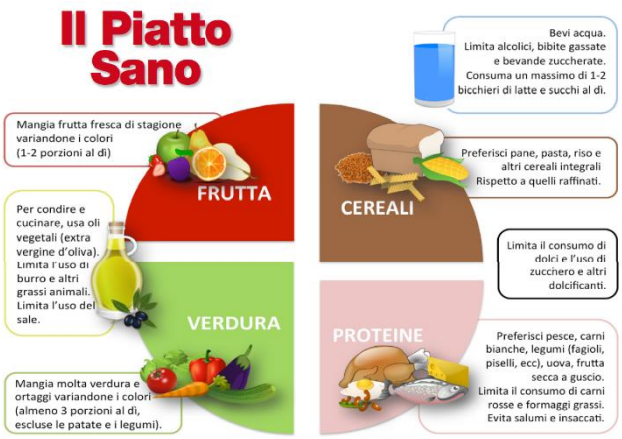

Figura 1. Esempio di piatto sano.

Figura 2. Esempio di giuste porzioni.

TIWS

Il Club TIWS (Top Italian Women Scientists) di Fondazione Onda ETS

di *Adriana Albini*[1,2] *e Sonia Levi*[1,3]

[1] *Co-Presidente Club TIWS di Fondazione Onda ETS;*

[2] *Collaboratrice alla Direzione Scientifica IRCSS Istituto Europeo di Oncologia IEO, Milano;*

[3] *Professoressa Ordinaria di Biologia Applicata, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università Vita e Salute S. Raffaele, Milano.*

Il Club TIWS, "Top Italian Women Scientists" è un Club che raccoglie molte delle migliori scienziate italiane in campo biomedico promosso da Fondazione Onda, costituitosi nel maggio 2016.

Il gruppo riunisce eccellenze femminili, donne che si contraddistinguono per un'alta produttività scientifica e un alto numero di citazioni, che hanno dato un sostanziale contributo allo sviluppo in campo biomedico, nelle scienze cliniche e nelle neuroscienze.

Il club è dedicato alle scienziate italiane impegnate nella ricerca recensite nella classifica dei Top Italian Scientists (TIS) di Via-Academy, un censimento degli scienziati italiani di maggior impatto in tutto il mondo, misurato con il valore di H-index, l'indicatore che racchiude sia la produttività sia l'impatto scientifico del ricercatore, nonché la sua continuità nel tempo, e che si basa sul numero di citazioni per ogni pubblicazione.

Per l'appartenenza al Club è stato selezionato un gruppo di ricercatrici con H-index pari o superiore a 60.

Le TIWS rappresentano un network di eccellenza per la ricerca scientifica italiana, in particolare nel campo biomedico. Questo gruppo di scienziate italiane svolge un ruolo importante nel promuovere la ricerca condotta dalle donne e nell'avvicinare le giovani generazioni al mondo della scienza. Infatti, il loro principale obiettivo è la valorizzazione dell'eccellenza femminile nella ricerca. Attraverso incontri e attività di divulgazione, le TIWS si impegnano a diffondere la cultura scientifica e a stimolare l'interesse delle giovani per le discipline STEM. Mettendo in luce i risultati raggiunti durante le loro carriere, le TIWS contribuiscono a superare gli stereotipi di genere e a creare modelli di riferimento per le giovani ricercatrici. Inoltre, le TIWS offrono mentorship e supporto alle giovani studentesse e dottorande, aiutandole a intraprendere una carriera di successo nel mondo della ricerca.

Fondazione Onda ETS ha organizzato quattro eventi in Regione Lombardia con le TIWS, su argomenti legati alla salute di genere e alla leadership femminile, in presenza delle Istituzioni lombarde.

Il Club TIWS collabora con EWMD (European Women's Management Development) per un evento annuale di divulgazione biomedica, che si tiene a Reggio Emilia e Modena, su temi riguardanti la salute e le carriere, e che assegna da tre anni un premio a giovani ricercatrici sotto i 35 anni prime autrici di articoli in campo biomedico su riviste ad alto impatto.

Un altro esempio sarà il premio *'Sull'Onda della Ricerca medica'* che verrà istituito in occasione del ventennale di Fondazione Onda ETS, sarà di entità importante e destinato a una giovane ricercatrice.

Con grande piacere notiamo che molte delle TIWS sono *role model* per le più giovani e che perseguono obiettivi di pari opportunità nelle progressioni lavorative e l'eccellenza nella ricerca, molte sono presidenti di associazioni, cattedratiche, responsabili di unità operative, e collaborano con la Fondazione per perseguire i suoi obiettivi.

Manifesto di Fondazione Onda ETS 2.0

Aree prioritarie di intervento per proseguire nell'impegno a favore della salute in ottica di genere, con particolare attenzione a quella femminile, attraverso la collaborazione sinergica con le Istituzioni, la comunità scientifica, le Associazioni di pazienti, la società civile e i media.

1. Promuovere la salute femminile nelle diverse fasi della vita

Fondazione Onda si impegna a sostenere, attraverso la corretta informazione e la promozione di percorsi clinico-assistenziali multidisciplinari dedicati, la salute delle donne nei diversi cicli vitali con particolare attenzione alle "tappe" della vita riproduttiva, alle patologie ginecologiche che, oltre a compromettere la qualità della vita, possono interferire con la fertilità, alle infezioni sessualmente trasmissibili e alla contraccezione.

Particolare attenzione meritano la premenopausa e la menopausa, caratterizzate da variazioni ormonali e metaboliche che modificano il profilo di rischio di molte patologie croniche.

2. Promuovere un approccio sesso e genere specifico nella ricerca, nella clinica e nella formazione

Fondazione Onda si impegna a promuovere l'approccio "di genere" come cambiamento di prospettiva necessario per garantire a ciascuna persona appropriati ed equi interventi di prevenzione, diagnosi e cura. Un approccio che deve caratterizzare tutti gli ambiti della ricerca (ivi compreso lo sviluppo di nuove tecnologie come l'intelligenza artificiale), dell'attività clinico-assistenziale (dalla prevenzione alla riabilitazione) in tutte le aree specialistiche nonché i percorsi formativi e di aggiornamento professionale.

3. Potenziare le reti "virtuose" per una presenza più capillare sul territorio nell'ambito sanitario-assistenziale e per contribuire alla promozione della salute delle persone anche nei luoghi di lavoro

Fondazione Onda si impegna a consolidare e implementare i suoi attuali cinque network: Bollino Rosa (Ospedali attenti alla salute femminile) – Bollino Rosa Argento (RSA e Case di riposo attente al benessere e alla qualità di vita dei propri ospiti e delle loro famiglie) – Bollino Azzurro (Ospedali attenti alla salute uro-andrologica) – Bollino Health Friendly Company (Aziende impegnate nella tutela della salute dei propri dipendenti) – Bollino Rosa Verde (Farmacie attente ai bisogni dei cittadini, in particolare delle donne), promuovendo attività di formazione e scambio di "best practice" nei circuiti in un'ottica non solo di valorizzazione delle realtà virtuose ma anche di stimolo a migliorare, nonché iniziative di informazione alla popolazione.

4. Prevenire e contrastare la violenza di genere

Fondazione Onda si impegna a promuovere una cultura contro la violenza di genere in tutti i suoi aspetti fondata sulla consapevolezza, sulla prevenzione e sul riconoscimento delle diverse forme di manifestazione nonché a supportare le donne in difficoltà, facilitando l'accesso alla rete di servizi antiviolenza che offre percorsi dedicati di accoglienza protetta, progetti di continuità assistenziale e di sostegno.

5. Promuovere la salute mentale nelle diverse fasi della vita

Fondazione Onda si impegna a sostenere la salute mentale attraverso interventi di informazione e sensibilizzazione volti a promuovere una corretta prevenzione, un tempestivo accesso alla diagnosi precoce e ai percorsi dedicati ospedalieri e territoriali, con particolare attenzione alle popolazioni che risultano maggiormente a rischio (adolescenti/giovani, donne, in particolare nel periodo perinatale, e anziani).

6. Promuovere la salute cardiovascolare

Fondazione Onda si impegna a promuovere attraverso attività di sensibilizzazione la prevenzione e l'aderenza terapeutica nonché la valutazione e la stratificazione del rischio cardiovascolare in ottica genere specifica, non limitato pertanto ai fattori di rischio tradizionali ma anche emergenti, ivi compresi quelli associati alla storia ginecologica e riproduttiva della donna.

7. Promuovere la prevenzione e l'appropriatezza dei percorsi di cura in ambito oncologico

Fondazione Onda si impegna a promuovere un approccio genere specifico in oncologia nonché a sollecitare l'implementazione, l'attuazione e il monitoraggio di percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) specifici per patologia, al fine di garantire un accesso equo e omogeno sul territorio con attenzione anche ai percorsi di prevenzione e sorveglianza dedicati ai tumori eredo familiari.

8. Promuovere un accesso tempestivo alla diagnosi e cura delle patologie croniche e implementare percorsi che considerino le specificità femminili sesso e genere correlate

Fondazione Onda, a fronte del maggior ritardo diagnostico che si regista nelle donne per molte patologie come il dolore cronico, l'emicrania, le malattie autoimmuni, le malattie rare, l'artrosi, peraltro più frequenti nel genere femminile, si impegna a promuovere strategie volte a garantire una presa in carico tempestiva ed efficace nonché a implementare percorsi clinici multidisciplinari che tengano conto delle specificità legate alle diverse fasi della vita riproduttiva femminile e di eventuali interventi terapeutici e riabilitativi che possono influenzare l'andamento della patologia, l'aderenza e la risposta alle terapie.

9. Promuovere la salute maschile, a partire dalla prevenzione e cura delle problematiche uro-andrologiche

Fondazione Onda si impegna a proseguire l'impegno avviato con il Bollino Azzurro nei confronti della salute maschile, con particolare riferimento alla prevenzione uro-andrologica, alla diagnosi precoce del tumore della prostata e del testicolo e ai percorsi multidisciplinari di cura e di gestione delle complicanze funzionali postchirurgiche.

10. Sostenere benessere e salute in un'ottica prospettica di invecchiamento, con particolare attenzione alla prevenzione delle cronicità e del decadimento cognitivo

Fondazione Onda si impegna a promuovere interventi a sostegno di un invecchiamento attivo, a partire dalla prevenzione che permette di ridurre l'incidenza di malattie croniche e di mantenere più a lungo autonomia e soddisfacente qualità della vita della popolazione anziana, nonché a valorizzarne la salute "sociale", contrastando fattori di rischio quali isolamento e solitudine.

11. Valorizzare l'eccellenza femminile nella ricerca

Fondazione Onda si impegna a rafforzare il Club TIWS-Top Italian Women Scientists che raccoglie molte delle migliori scienziate italiane nel campo biomedico, nelle scienze cliniche e nelle neuroscienze, sostenendo le attività di divulgazione, di ricerca e di sollecitazione dell'interesse da parte delle giovani generazioni per le discipline STEM.

12. Migliorare la comunicazione medico-paziente

Fondazione Onda si impegna ad attenzionare nelle attività di formazione dedicate ai medici anche gli aspetti che riguardano la comunicazione quale presupposto per una relazione di successo che assolve ai principi della centralità della persona, dell'alleanza terapeutica e della umanizzazione delle cure.