onda

Osservatorio nazionale sulla salute della donna

Web ex SALUTE DI GENERE

25 febbraio 2015

Medicina di genere cultura della differenza

N. Orthmann

Depressione e cicli vitali della donna

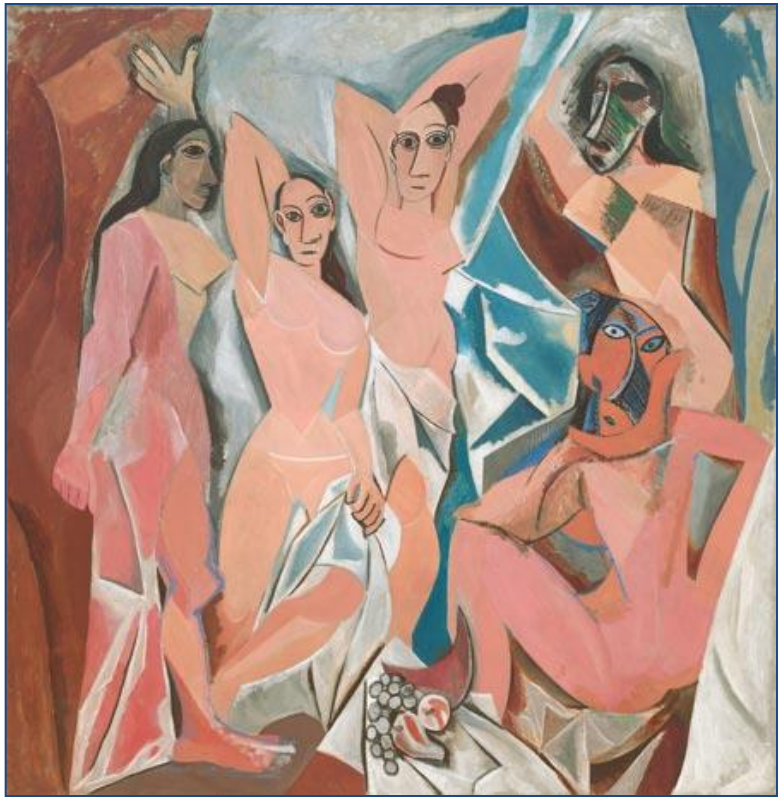
G. Cerveri

La prevenzione oncologica

M.A. Nosenzo

Onda: perché un Osservatorio dedicato alla salute femminile?

- Le donne vivono più a lungo
- Le donne di ammalano di più
- Le donne hanno maggior carico di disabilità
- Alcune malattie altamente invalidanti sono tipicamente declinate al femminile
- Le donne sono le principali utilizzatrici di farmaci



Onda: come promuoviamo la salute femminile?

L'impegno di Onda si focalizza su tre livelli:

1. **Istituzionale**, per influenzare i *policymaker* sulle problematiche e i bisogni di salute delle donne italiane

2. **Sanitario-Assistenziale**, per contribuire al miglioramento dell'accesso e della qualità dei servizi offerti dagli ospedali

3. **Socio-Divulgativo**, per creare consapevolezza presso la popolazione e i media sulle principali patologie femminili

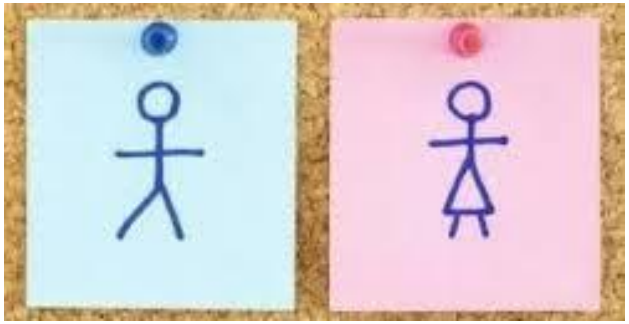
onda
Osservatorio nazionale sulla salute della donna

www.ondaosservatorio.it | info@ondaosservatorio.it

Medicina di genere

Nuova ***dimensione*** della medicina
studia l'impatto del genere e di tutte le variabili che lo caratterizzano sulla fisiologia, fisiopatologia e patologia umana.

sesso



genere

- Caratteristiche biologiche

- Fattori biologici
- Fattori funzionali
- Fattori ambientali
- Fattori socio-economici

Donne e uomini: due generi…due pianeti

Tutta colpa della Sindrome bikini!

La medicina ha sofferto della cosiddetta “sindrome del bikini”, concentrando la ricerca dei disturbi specificamente femminili solamente sull’apparato riproduttivo e sul seno.

Nella maggior parte dei casi la ricerca scientifica è condotta sull’uomo e poi i risultati sono direttamente applicati anche alla donna …

La medicina di genere non è la “medicina delle donne”

L’ottica di genere applica alla medicina il principio di “diversità tra i generi” per **garantire a tutti, uomini e donne,** il miglior approccio clinico, diagnostico e terapeutico, in funzione della specificità di genere.

Equità e pari opportunità

I primi passi …

Nel 1991 Bernardine Healy, direttrice dell'Istituto Nazionale di Salute Pubblica, presentò un articolo dal titolo "Yentl Syndrome" sul New England Journal of Medicine per documentare il comportamento discriminante da parte dei cardiologi nei confronti delle pazienti donne in termini di maggior numero di errori diagnostico-terapeutici e minor numero di interventi di angioplastica e bypass.

Nel 2000, la Medicina di genere è stata inserita dall'OMS nell'***Equity Act*** a testimonianza che il principio di equità deve essere applicato all'accesso e all'appropriatezza delle cure, considerando l'individuo nella sua specificità e come appartenente a un genere con caratteristiche ben definite e specifiche. Due anni dopo, presso la Columbia University di New York, è stata condotta la prima sperimentazione riservata alle donne.

nature

www.nature.com/nature

Vol 465 | Issue no. 7299 | 10 June 2010

Putting gender on the agenda

Biomedical research continues to use many more male subjects than females in both animal studies and human clinical trials. The unintended effect is to short-change women's health care.

Differences in the physiology of males and females, and in their response to disease, have been recognized for decades in many species — not least *Homo sapiens*. The literature on these differences now encompasses everything from variations in gene expression between male and female mice, to a higher susceptibility to adverse drug reactions in women compared with men. Moreover, hormones made by the ovaries are known to influence symptoms in human diseases ranging from multiple sclerosis to epilepsy.

And yet, despite the obvious relevance of these sex differences to experimental outcomes, three articles in this issue (see pages 688–690) document that male research subjects continue to dominate biomedical studies. Some 5.5 male animal models are used for every female in neuroscience, for example. And apart from a few large, all-female projects, such as the Women's Health Study on how aspirin and vitamin E affect cardiovascular disease and cancer, women whether to require the inclusion of such information. Funding agencies should demand that researchers justify sex inequities in grant proposals and, other factors being equal, should favour studies that are more equitable.

Funding agencies and researchers alike should also start thinking seriously about how to deal with the most fundamental sex difference: pregnancy. Pregnant women get ill, and sick women get pregnant. They need therapies, too, even though they are carrying a highly vulnerable fetus and their bodies are undergoing massive changes in hormonal balance, immune function and much else besides. Entering pregnant women in clinical trials is problematic in the extreme, for a host of ethical reasons. But ignoring

"Medicine as it is currently applied to women is less evidence-based than that being applied to men."

Le donne sono troppo poco rappresentate negli studi clinici e nelle sperimentazioni …

Scarsa conoscenza del problema da parte dei ricercatori e della popolazione

Poco tempo disponibile (doppio lavoro)

Considerazioni etiche (gravidanza, teratogenicità del farmaco)

Maggiori costi (assicurativi, organizzativi e numerosità del campione)

Donne e farmaci: il paradosso

I farmaci risultano meno studiati nel genere che ne fa più largo consumo e in cui le reazioni avverse sono più gravi e frequenti.

Le donne consumano più farmaci ma godono di minori garanzie in termini di efficacia, tollerabilità e sicurezza rispetto agli uomini.

La consapevolezza che il genere sia un parametro fondamentale nell'attività clinica e di ricerca e nella programmazione sanitaria rappresenta il punto di partenza per la realizzazione di una **salute a misura di donna** e di una **medicina personalizzata**.

www.bollinirosa.it

Diabetologia
Dietologia e Nutrizione clinica
Endocrinologia
Ginecologia e Ostetricia
Malattie e Disturbi dell'apparato cardiovascolare
Medicina della Riproduzione
Neonatologia
Neurologia
Oncologia
Prevenzione Oncologica
Psichiatria
Reumatologia
Senologia
Violenza sulla donna

Mappatura servizi "a misura di donna"

Servizio Customer satisfaction

Patologie declinate al femminile

- ✓Malattie immuno-reumatiche (AR, lupus, sclerodermia)
- ✓Malattie autoimmuni (tiroidite di Hashimoto)
- ✓Malattie psichiche (depressione, disturbi d'ansia, DCA)
- ✓Osteoporosi
- ✓Dolore cronico
- ✓Sclerosi multipla

Infarto del miocardio

Tumore del polmone

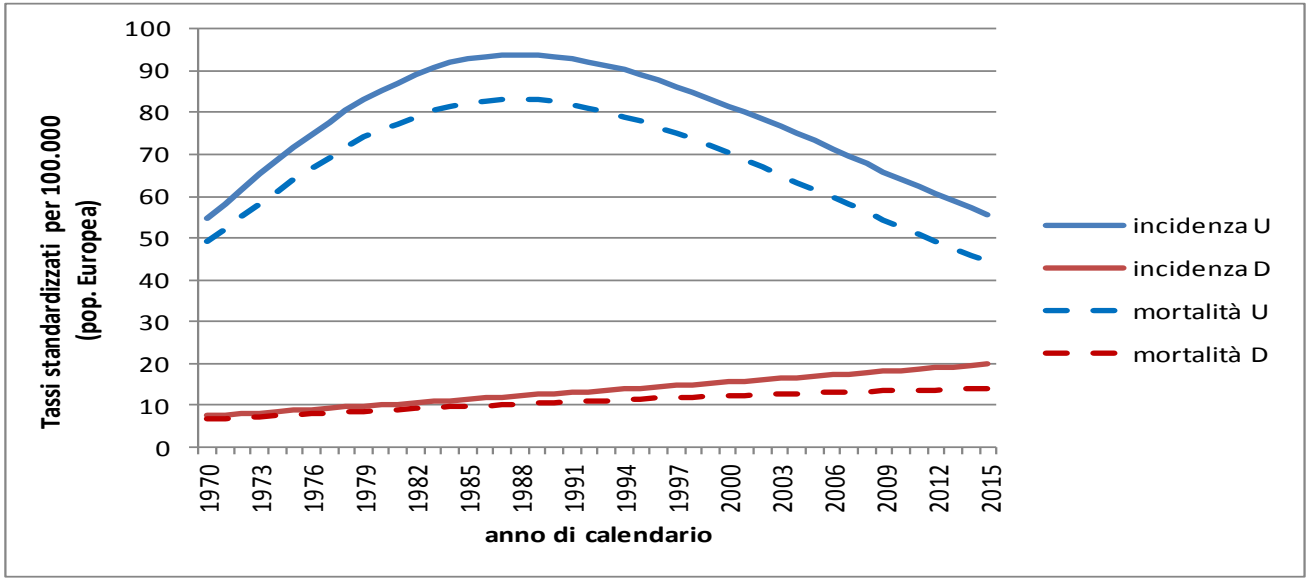


Fig - Stime di incidenza e mortalità per tumore del polmone in Italia negli uomini e nelle donne. Tassi standardizzati per 100.000 persone/anno (popolazione standard europea), età 0-99 anni.

campagna
POLMONE ROSA
2014

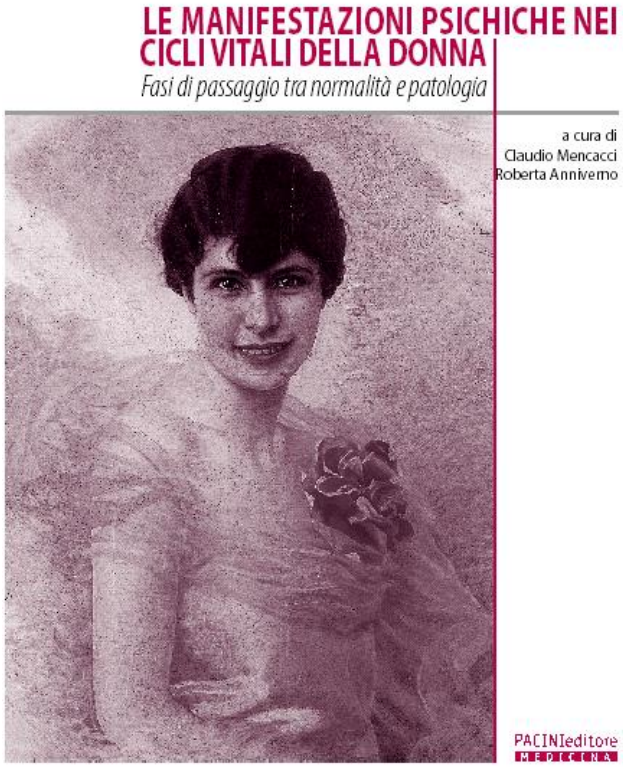
GIORNATA DEL RESPIRO - 31 MAGGIO 2014 - WWW.POLMONEROSA.IT

onda
Osservatorio nazionale sulla salute della donna

Global gender gap Report 2014

È migliorata la parità di genere in termini di **salute e durata della vita**: in questo settore l'Italia sale al 70esimo posto, dal 72esimo dello scorso anno e contro l'inquietante 95esimo del 2010!

Depressione e Cicli Vitali della Donna



Giancarlo Cerveri , Roberta Anniverno, Claudio Mencacci
Dipartimento di Neuroscienze
AO Fatebenefratelli e Oftalmico di Milano

onda
Osservatorio nazionale sulla salute della donna

La dimensione del fenomeno

European Neuropsychopharmacology (2011) 21, 655–679

ELSEVIER

www.elsevier.com/locate/euroneuro

ECNP/EBC REPORT 2011

The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010

H.U. Wittchen [a,*,1], F. Jacobi [a,1,2], J. Rehm [a,b], A. Gustavsson [c], M. Svensson [d], B. Jönsson [e], J. Olesen [f], C. Allgulander [g], J. Alonso [h], C. Faravelli [i], L. Fratiglioni [j], P. Jennum [k], R. Lieb [l], A. Maercker [m], J. van Os [n], M. Preisig [o], L. Salvador-Carulla [p], R. Simon [q], H.-C. Steinhausen [l,r,s]

onda
Osservatorio nazionale sulla salute della donna

Table 5 Revised rankings of DALY estimates (age 15+) by selected mental and neurological disorders (total and rate per 10,000 persons) for the EU-27 population.

Men				Women				Both			
Diagnosis	Total DALYs	Rate per 10,000 DALYs	Rank	Diagnosis	Total DALYs	Rate per 10,000 DALYs	Rank	Diagnosis	Total DALYs	Rate per 10,000 DALYs	Rank
Alcohol use disorders	1,668,597	82.8	1	Unipol. depr. dis.	2,891,945	134.4	1	Unipol. depr. dis.	4,320,400	103.7	1
Unipol. depr. dis.	1,428,455	70.9	2	Dementias	1,476,756	68.6	2	Dementias	2,236,514	53.7	2
Stroke	783,449	38.9	3	Stroke	793,389	36.9	3	Alcohol use disorders	2,039,741	48.9	3
Dementias	759,758	37.7	4	Migraine	490,744	22.8	4	Stroke	1,576,838	37.8	4
Drug use disorders	578,236	28.7	5	Alcohol use disorders	371,143	17.2	5	Drug use disorders	756,548	18.2	5
Bipolar affective disorder	367,638	18.2	6	Bipolar affective disorder	360,204	16.7	6	Bipolar affective disorder	727,841	17.5	6
Schizophrenia	329,945	16.4	7	Schizophrenia	307,748	14.3	7	Migraine	642,677	15.4	7
Parkinson's disease	174,037	8.6	8	Panic disorder	256,932	11.9	8	Schizophrenia	637,693	15.3	8
Insomnia (primary)	168,845	8.4	9	Insomnia (primary)	220,908	10.3	9	Insomnia (primary)	389,753	9.4	9
Migraine	151,933	7.5	10	OCD	181,777	8.4	10	Panic disorder	383,783	9.2	10
Epilepsy	150,145	7.5	11	PTSD	181,422	8.4	11	Parkinson's disease	334,446	8.0	11
OCD	147,907	7.3	12	Drug use disorders	178,312	8.3	12	OCD	329,684	7.9	12
Panic disorder	126,851	6.2	13	Parkinson's disease	160,409	7.5	13	Epilepsy	260,424	6.2	13
Multiple sclerosis	72,722	3.6	14	Epilepsy	110,279	5.1	14	PTSD	245,475	5.9	14
PTSD	64,054	3.2	15	Multiple sclerosis	100,104	4.7	15	Multiple sclerosis	172,826	4.1	15
Mental retardation, lead-caused	2657	0.1	16 [a]	Mental retardation, lead-caused	2736	0.1	16 [a]	Mental retardation, lead-caused	5393	0.1	16 [a]
Total mental dis.	5,642,944	280.0		Total mental dis.	6,429,882	298.8		Total mental dis.	12,072,826	289.7	
Total neurological dis.	1,332,286	66.1		Total neurological dis.	1,654,926	76.9		Total neurological dis.	2,987,212	71.7	
Total other neuropsychiatr.	423,544	21.0		Total other neuropsychiatr.	382,981	17.8		Total other neuropsychiatr.	806,525	19.4	
TOTAL	7,398,774	367.1		TOTAL	8,467,788	393.5		TOTAL	15,866,563	380.7	
Total all cause DALY	31,616,455			Total all cause DALYs	28,125,319			Total all cause DALYs	59,741,774		
Proport. neuropsychiatr.		23.4%		Proport. neuropsychiatr.		30.1%		Proport. neuropsychiatr.		26.6%	

[a] DALYs due to lead caused mental retardation represent only a small fraction of the burden attributable to mental retardation.

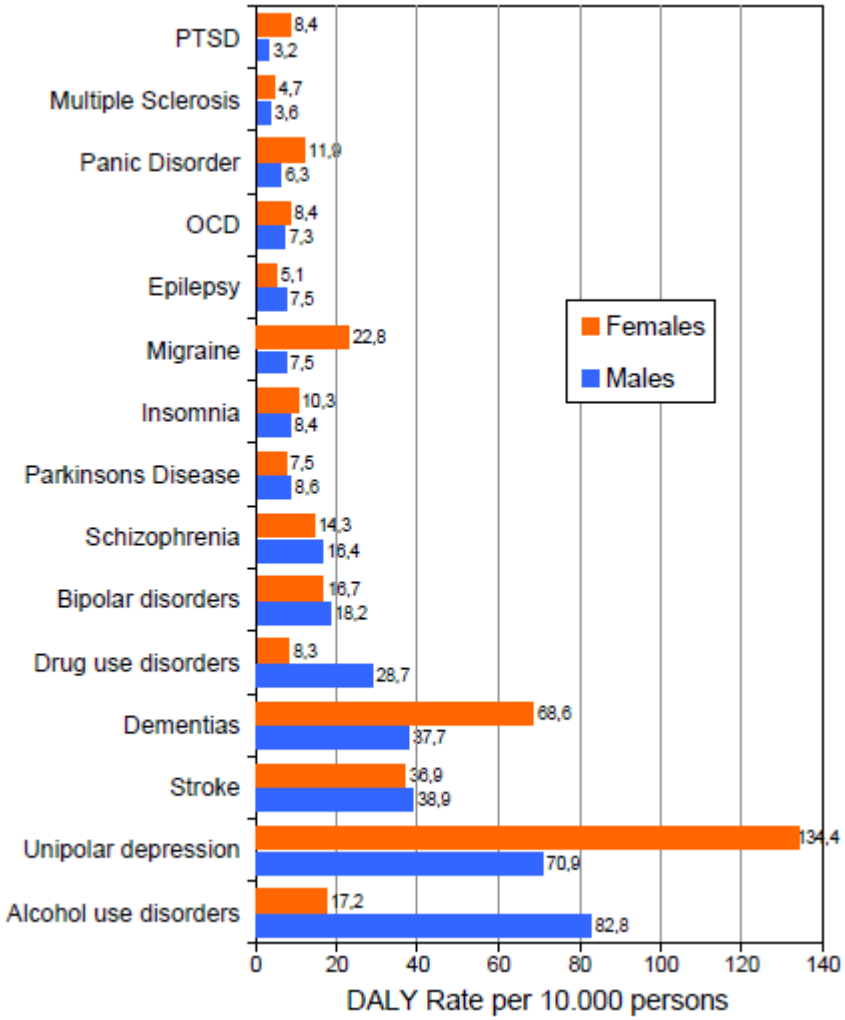
onda

Osservatorio nazionale sulla salute della donna

ECNP/EBC REPORT 2011

The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010

European Neuropsychopharmacology (2011) 21, 655–679



In the EU, **mental and other disorders of the brain** are responsible for a huge proportion of overall burden of disease:
almost 1 in 3 of all years of life lost due to premature mortality in women, and almost 1 in 4 in men are due to disorders of the brain.

The three most important contributors to burden of disease are **DEPRESSION** (7.2% of the overall burden of disease in Europe), **ALZHEIMER'S DISEASE/DEMENTIA** (3.7%) and **ALCOHOL USE DISORDERS** (3.4%).

DISTURBO	♀	♂
MDD	21%	13%
DD	4.1%	2.2%
GAD	6.6%	3.6%
PTSD	10.4%	5.0%
DAP	5.0%	2.0%
FOBIA SEMP.	15.7%	6.7%
DOC	3.1%	2%
FOBIA SOC.	15.5%	11.1%

Den Boer, George, Ter Horst: Current and Future Developments in Psychopharmacology Pr.Uniprint Europe, Meppel, the Northerlands. 2005

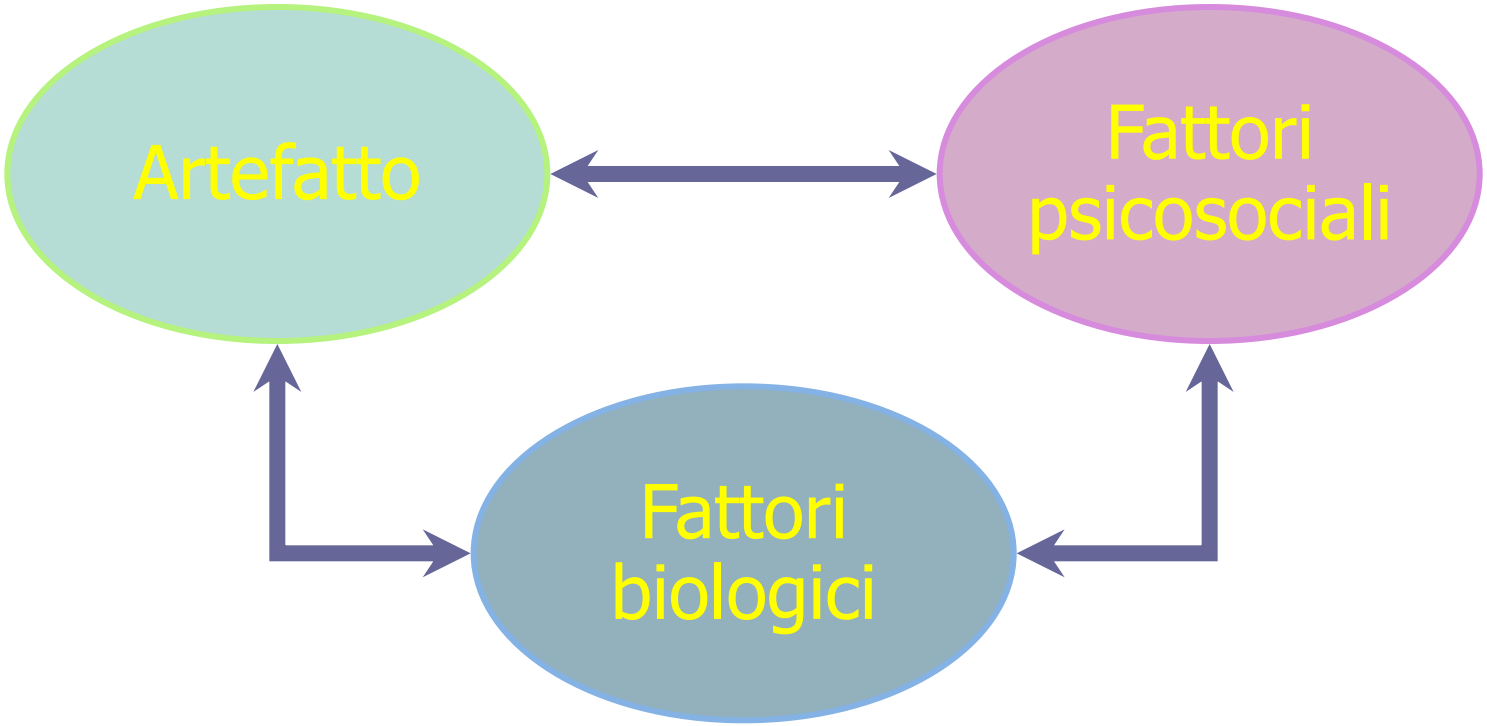
Differenze di genere nella prevalenza lifetime dei disturbi affettivi

	Prevalenza %		
Disturbo	Donne	Uomini	F/M ratio
Depressione Maggiore	21,3	12,7	1,68
Distimia	8,0	4,8	1,67
Disturbo Bipolare			
• Bipolare I	0,9	0,7	1,29
• Bipolare II	0,5	0,4	1,25
Disturbo Affettivo Stagionale	6,3	1,0	6,3

onda
Osservatorio nazionale sulla salute della donna

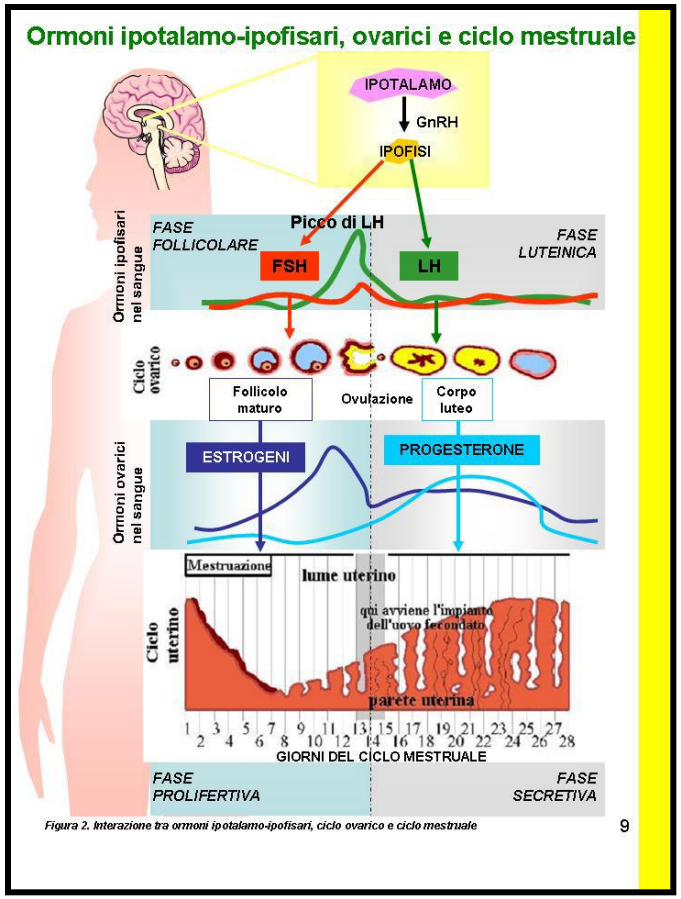
Modificata da: Burt VK, et al., 2001

Cause della maggiore prevalenza di Depressione Maggiore nella donna



onda
Osservatorio nazionale sulla salute della donna

Cambiamenti ormonali



- Periodo premestruale
- Puerperio
- Perimenopausa

Rischio di disturbi dell' umore

onda
Osservatorio nazionale sulla salute della donna

Steroidi

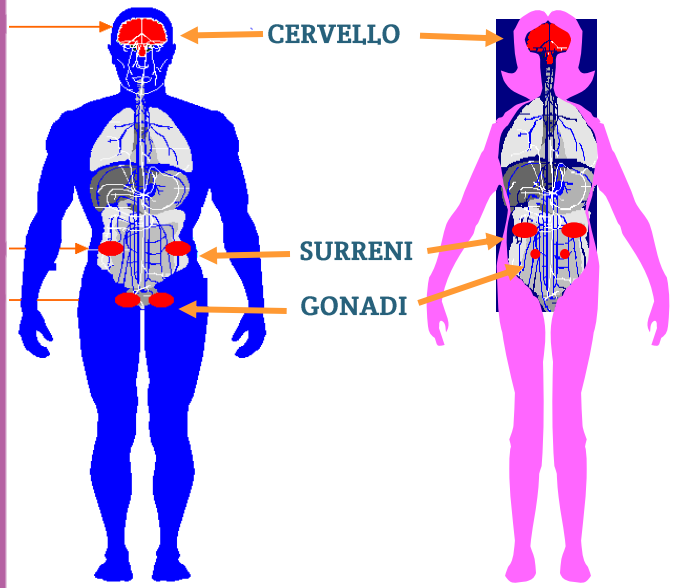
Ciclo mestruale	Gravidanza	Menopausa

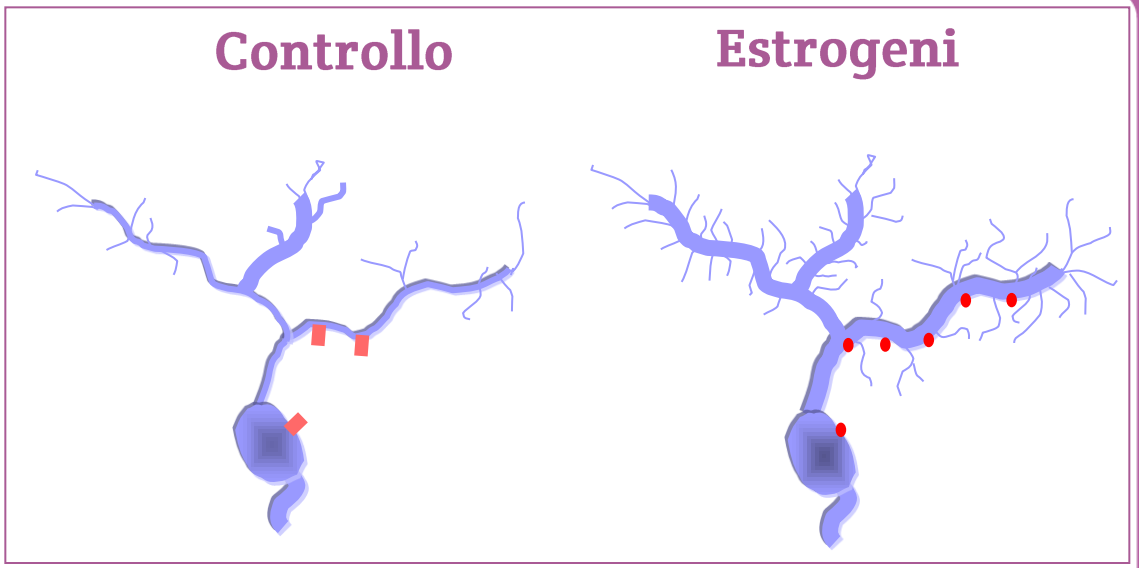
Le fluttuazioni degli ormoni in queste condizioni fisiologiche modificano il trofismo cellulare

onda
Osservatorio nazionale sulla salute della donna

Modificata da: Biggio G, 2006

Steroidi



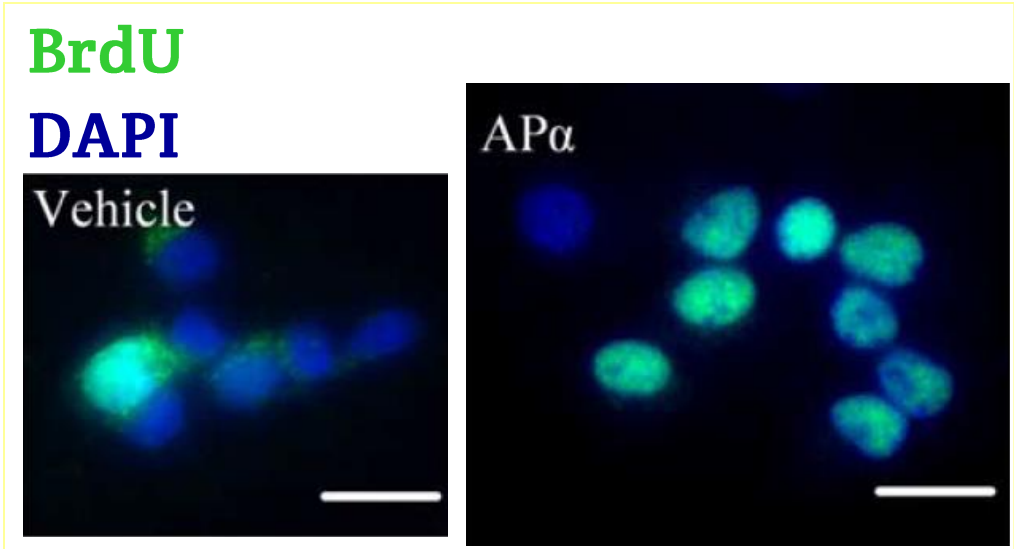


Estrogeni → BDNF → Neurogenesi

Progesterone

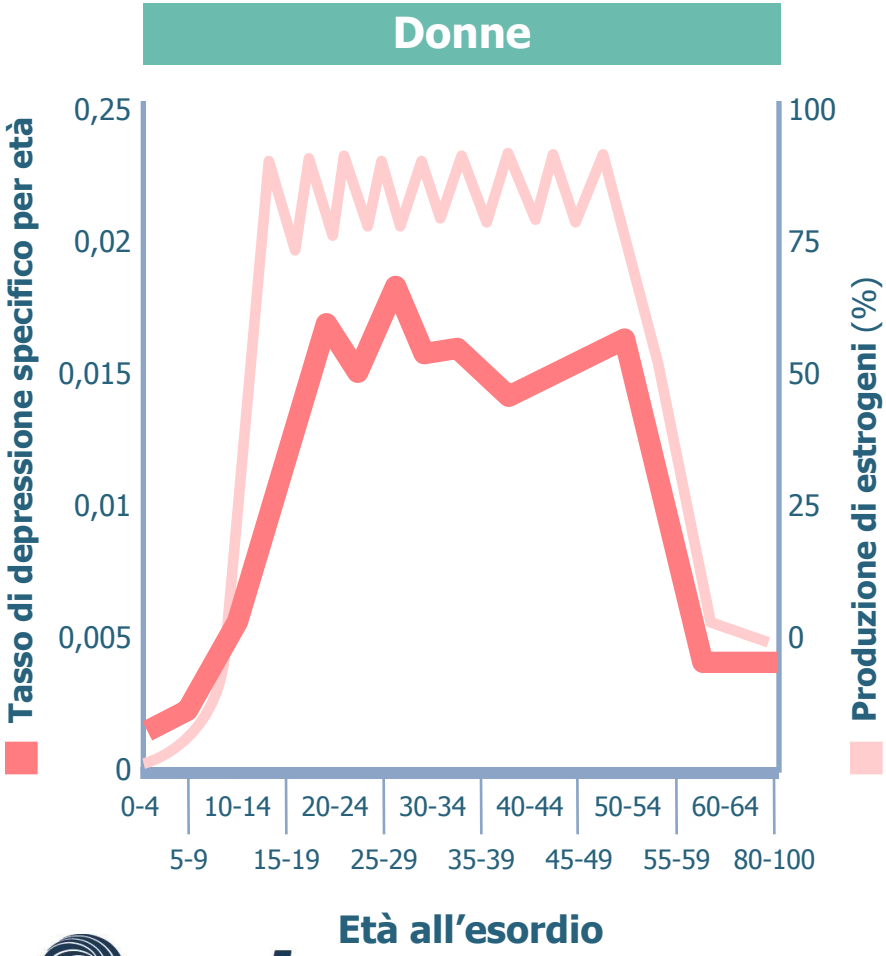
↓ BDNF

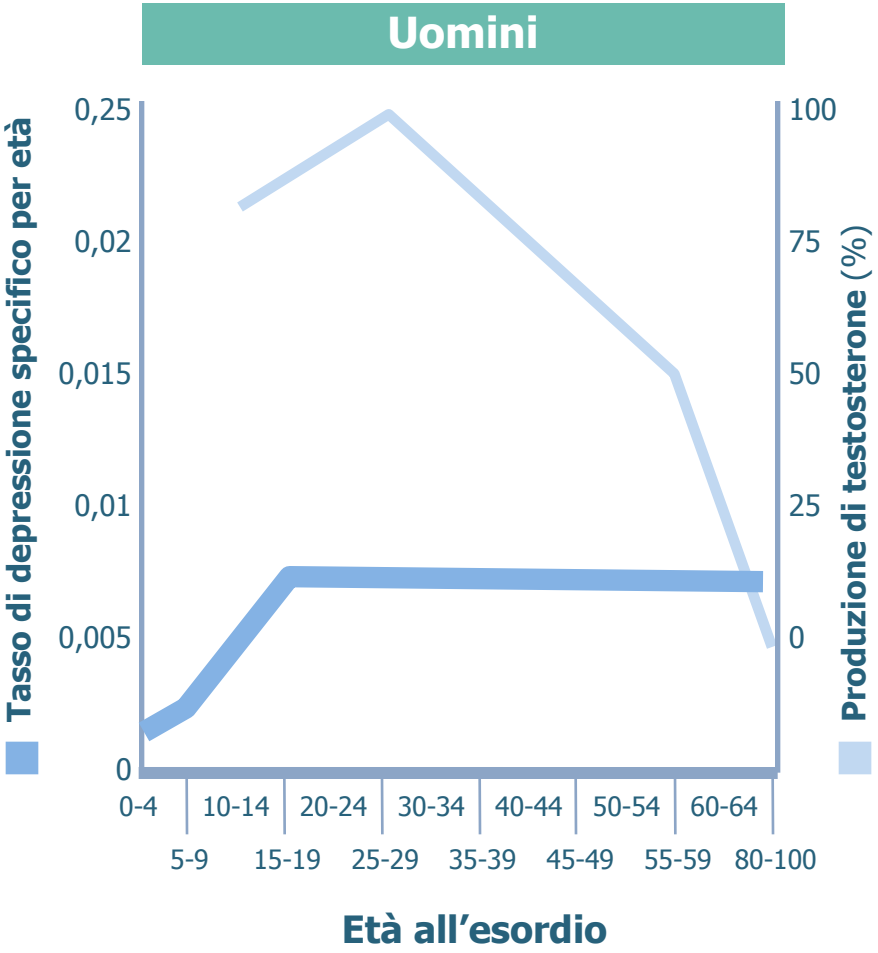
↓ Neurogenesi



onda
Osservatorio nazionale sulla salute della donna

Incidenza di depressione e livelli di ormoni sessuali in rapporto al genere





onda
Osservatorio nazionale sulla salute della donna

Modificata da: Stahl SM, 2002

Ed inoltre…

Women in American society have life experiences that differ from men's in important ways. Many of these – sexual assault, domestic violence, poverty and discrimination – hurt women's mental and physical health.

(American Psych. Association)

E questo vale anche in Italia, forse anche più di quanto non si creda…

onda
Osservatorio nazionale sulla salute della donna

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

Violenza domestica: un problema di salute pubblica

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

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

La definizione dell'ONU e i dati dell'OMS

Nel 1993 l'ONU ha definito la violenza contro le donne come "*ogni atto che provochi o possa provocare un danno fisico, sessuale, psicologico o ingenere sofferenza in una donna, compresa la minaccia di tali atti, la coercizione e l'arbitraria privazione della libertà, tanto nella vita pubblica che in quella privata*". Nel 1996 l'OMS ha deciso di adottare definitivamente questa definizione.
Secondo i dati diffusi dall'OMS una donna su tre subisce percosse o abusi sessuali nel corso della propria vita e una su quattro è vittima di una forma di violenza durante la gravidanza.
La violenza interpersonale risulta essere la decima causa di morte per le donne di età compresa tra i 14 e i 44 anni (dati del 1998).

Un problema di formazione e di ruolo

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

onda
Osservatorio nazionale sulla salute della donna

onda
Osservatorio nazionale sulla salute della donna

Definizioni

- **PREMENOPAUSA**
  - Età= 40 anni
  - Precede la menopausa di 2 - 8 anni
- **PERIMENOPAUSA**
  - Periodo di transizione verso la menopausa
  - Almeno 6 mesi di cicli irregolari
  - Meno di 1 anno di amenorrea
  - Età media = 47.5 anni
- **MENOPAUSA**
  - Almeno 12 mesi continuativi di amenorrea
  - Età= 51 anni
- **POSTMENOPAUSA**
  - E' il periodo che segue la menopausa
  - Totale assenza di funzione ovarica

Sintomi

- Sintomi somatici
  - dolori, mialgia, affaticamento
- Sintomi fisiologici
  - vampate di calore e sudorazioni notturne
- Altri sintomi
  - disturbi del sonno, disturbi sessuali e disfunzioni a carico dell' apparato urogenitale
- Sintomi psicologici
  - irritabilità, ansia

onda
Osservatorio nazionale sulla salute della donna

QUADRO CLINICO DELLA SINDROME PERIMENOPAUSALE

DISTURBI PSICHICI

- Insonnia
- Irritabilità
- Labilità emotiva
- Depressione
- Frigidità
- Ansia

SQUILIBRIO DEL SNA

- Cefalea
- Vampate di calore
- Sudorazioni
- Palpitazioni

DISTURBI LEGATI A MODIFICAZIONI METABOLICHE

- Vaginite
- Ateromatosi e trombosi
- Atrofia della cute e delle mucose
- Atrofia delle mammelle
- Osteoporosi
- Artropatia

Quali sono i sintomi più frequenti in perimenopausa?

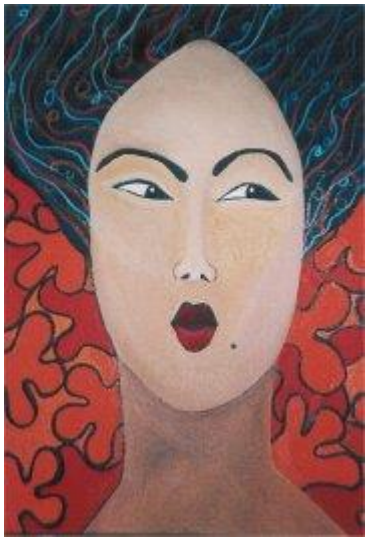
- Circa il 50% delle donne sono clinicamente depresse
- Un terzo sperimenta il primo episodio di depressione in questo periodo
- Circa il 75% presenta disturbi dell' umore e del sonno
- Aumento del numero di suicidi

Critical appraisal of effects replacement therapy on symptoms of depression mood

G. Stoppe, M. Doren
Arch Women Ment Health (2002) 5: 39-47

SINTOMI CARATTERISTICI DELLA **PERIMENOPAUSA**

Irritabilità
Stanchezza
Ansia e panico
Disturbi del sonno
Difficoltà cognitive



Disforia da contraccetivi

SPM

DPP

Reproductive hormone sensitivity and risk for depression across the female life cycle:*A continuum of vulnerability?*

Claudio N. Soares, MD, PhD; Brook Zitek, DO

Psychiatry Neurosci 2008;33(4):331-43.

onda
Osservatorio nazionale sulla salute della donna

La depressione può essere denunciata attraverso la presentazione di una sintomatologia fisica più che psichica coinvolgendo in prima istanza il medico di medicina generale invece che lo psichiatra rendendo più complessa e tardiva la diagnosi di depressione maggiore.

Sonno e perimenopausa

Aumento del numero e della durata dei risvegli notturni

Riduzione sonno REM

Aumento della latenza all' addormentamento

Teorie dei cambiamenti di umore in perimenopausa

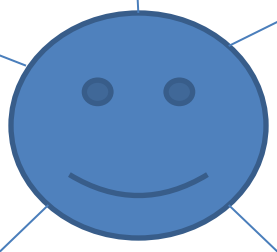
- Teoria neurobiologica (estrogeni)
- Teoria del domino
- Teoria psicosociale

17 β estradiolo

NGF + BDNF
Facilitano la sinaptogenesi
Prevengono la neurodegenerazione

PROONCOGENI
Bcl-2 Bcl-xl
possiedono proprietà antiapoptotiche

cAMP→ CREB
un incremento nella fosforilazione del fattore di trascrizione aumenta la resistenza ad insulti ischemici del cervello

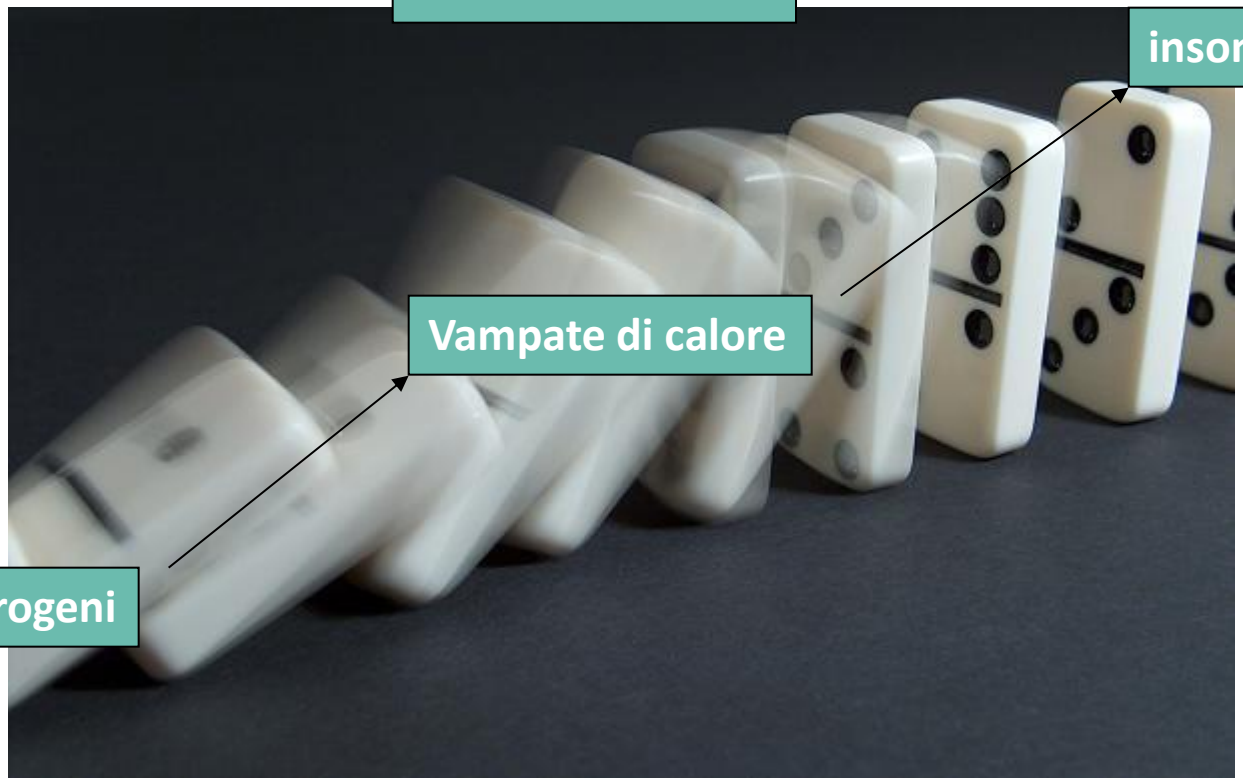


17β-estradiolo

Modulazione del CA++ INTRACELLULARE
attraverso la regolazione dei canali ionici

5-HT / NA
aumento nella sintesi e nel turnover

Teoria del domino



onda
Osservatorio nazionale sulla salute della donna

Teoria del domino

I disturbi del sonno ottengono un beneficio dal trattamento con estrogeni indipendentemente all' effetto sulle vampate di calore

(Grandner MA, Kripke DF, Langer RD. Light exposure is related to
social and emotional functioning and to quality of life in older women.*Psychiatry Res. 2006;143(1):35–42*.18.)

onda
Osservatorio nazionale sulla salute della donna

Teoria psicosociale

"Umiliazione narcisistica" con caduta del senso di autostima e sentimenti di autosvalutazione rispetto alla perdita del ruolo di madre / lavoratrice / fertilità

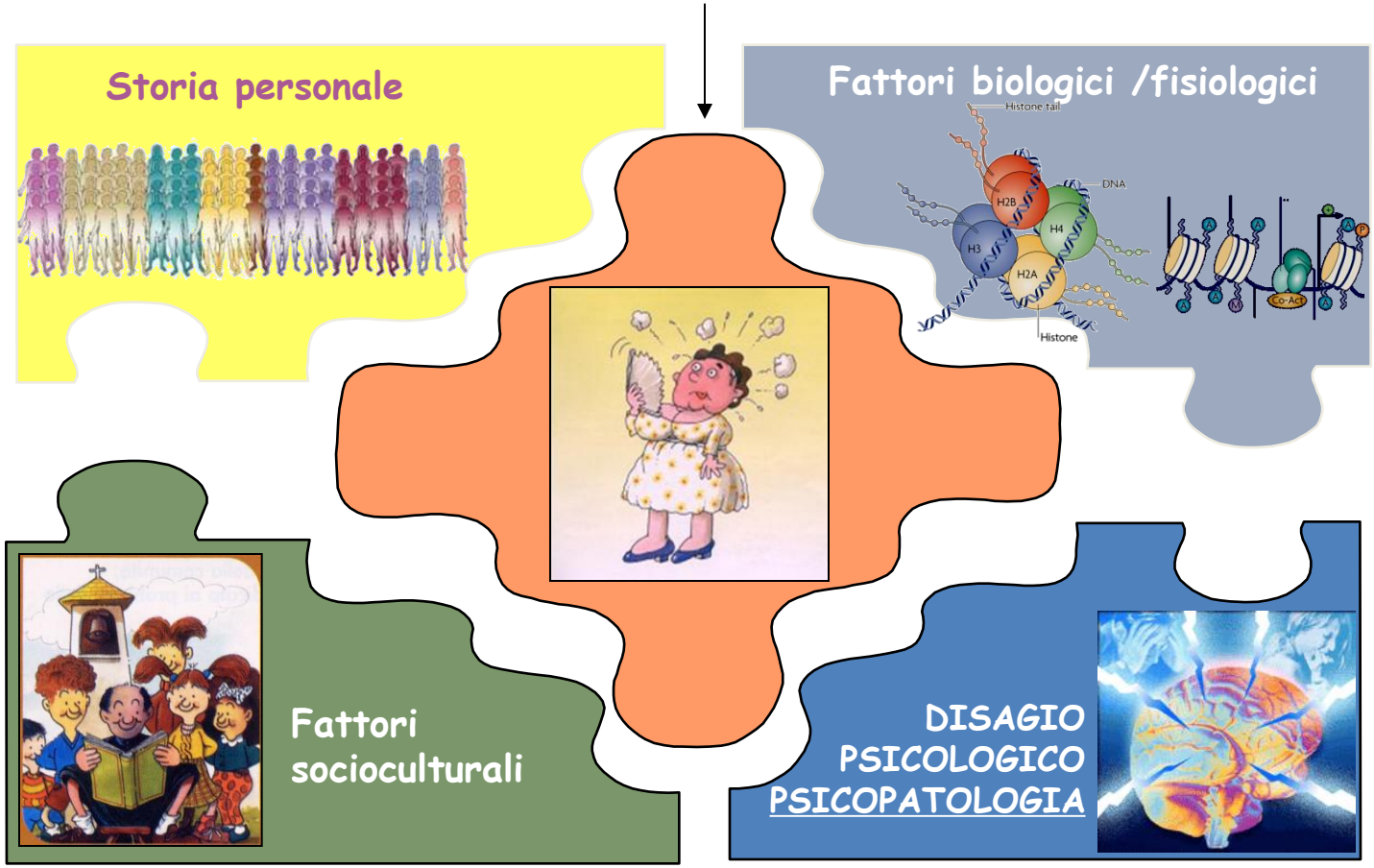
Il "corpo reale" oggetto di cambiamenti biologici rapidi rispetto all' immagine del proprio vissuto corporeo.

I "vissuti di perdita" dovuti alla perdita della funzione procreativa rispetto a quelli "liberatori" di tipo sessuale senza necessità di contraccezione

"Il nido vuoto": parziale perdita del ruolo genitoriale

J. T. Bromberger, H. M. Kravitz, K. Matthews, A. Youk, C. Brown, and W. Feng: **"Predictors of first lifetime episodes of major depression in midlife women". Psychol Med. 2009 Jan;39(1):55-64. Epub 2008 Apr 1.**

Menopausa



onda
Osservatorio nazionale sulla salute della donna

Quali fattori di rischio?

Storia personale

- pregressa storia di depressione

Fattori socioculturali

- Le donne bianche hanno un rischio maggiore di andare in depressione rispetto alle donne di origine afro-americana e asiatica

Fattori biologici

- sindrome premestruale durante l' età fertile
- disforia da terapia contraccettiva orale
- depressione in gravidanza e/o puerperio

Quali fattori di rischio?

Fattori fisiologici (vampate, sudorazioni notturne)

Diversi studi hanno trovato che le donne con sintomi vasomotori o altri di natura fisica, mostravano un' elevata percentuale di depressione

Fattori psicosociali

eventi di vita stressanti

l' insorgenza di malattie legate all' invecchiamento,

il cambiamento del corpo con una frequente modifica di peso

la comparsa di disfunzioni sessuali che riduce la libido

il cambiamento legato al ruolo di madre (sindrome del nido vuoto, o la preoccupazione per i figli non ancora affrancati)

il ruolo di figlia con una funzione di accudimento invertito rispetto ai genitori anziani

Quali fattori di rischio?

Fattori di personalità

ridotta disponibilità al cambiamento determinato dalla menopausa

- Senso di inadeguatezza
- Insicurezza e pessimismo nei confronti di sé e del mondo
- Senso di vuoto, incapacità di prendersi cura di sè
- Incapacità di provare piacere
- Incapacità a fidarsi
- Ansia ed evitamento

Fattori ostetrici

menopausa precoce, menopausa chirurgica

Quali strumenti oggi a disposizione?

Elementi di best practice

1. Prevenzione e diagnosi precoce come attività nei Dipartimenti di Salute Mentale con particolare attenzione al genere femminile nei disturbi affettivi
2. Collaborazione tra DSM e cliniche ginecologiche per la diagnosi ed il trattamento della patologia affettiva post partum.
3. Elaborazione di prassi organizzative di collaborazione nella gestione della patologia psichica associata a periodo peri/post menopausale.

Considerazioni sul trattamento

Il trattamento con estrogeni può ridurre gli hot flashes e migliorare il sonno ma in mono terapia non risulta sicuramente efficace per MDD.

In donne resistenti al trattamento con SSRI l' aggiunta di estrogeni risulta in un miglioramento della risposta.

L' utilizzo di AD a doppia azione venlafaxina o duloxetina risulta una valida ed efficace alternativa in caso di resistenza con SSRI.

Paroxetina e Venlafaxina presentano i dati più consistenti di efficacia e tollerabilità per i sintomi vasomotori (in menopausa) in donne non trattabili con estrogeni

onda
Osservatorio nazionale sulla salute della donna

Parry Optimal managment of permenopausal depression Int J W Health 2010; 2: 143-151

Terapia antidepressiva (=AD)

Terapia di prima scelta nel trattamento della depressione moderata-grave durante la perimenopausa

Numerosi studi clinici evidenziano un' efficacia del trattamento con serotoninergici rispetto al placebo ed anche rispetto ai triciclici.

Gli antidepressivi sono generalmente efficaci nelle donne in tutta la durata della vita e pochi studi valutano prospetticamente come lo status della menopausa influenzi l' efficacia della terapia antidepressiva.

Terapia antidepressiva (=AD)

Kornstein et al.

I dati suggeriscono che sono migliori gli effetti antidepressivi degli SSRI nelle donne più giovani rispetto all' uso di TCA

Pinto-Meza et al

Le donne in menopausa risultavano meno responsive al trattamento con SSRI rispetto alle donne in premenopausa

Terapia antidepressiva (=AD)

Cohen et al

Meta-analisi di 31 trials placebo-controlled con uso di SRNI (venlafaxina) e diversi SSRI

La percentuale di remissione con l' uso di SSRI è risultata significativamente maggiore nelle donne di 40 anni e in età più giovane rispetto al placebo.

La percentuale di remissione con venlafaxina è significativamente maggiore rispetto al placebo sia nelle donne in età giovane sia in quelle di età superiore.

Conclusioni per una buona pratica clinica

Perimenopausa

Superata senza difficoltà

Slatentizzazione della depressione

Può essere difficile riconoscere la perimenopausa e la depressione nella perimenopausa

onda
Osservatorio nazionale sulla salute della donna

Man
ON
OFF
Woman
ON
OFF

La prevenzione oncologica

a cura della Dott.ssa Nosenzo,
Chirurgo Senologo presso la Casa di Cura S. Pio X, Milano

onda
Osservatorio nazionale sulla salute della donna

Cancro – Neoplasia – Tumore

Insieme molto eterogeneo di circa 200 malattie caratterizzato **da una crescita cellulare svincolata dai normali meccanismi di controllo dell'organismo** e a partenza da un'unica cellula progenitrice.

- La cancerogenesi è un processo lento e progressivo, combattuto nella maggior parte dei casi con successo dai sistemi di difesa dell'organismo.

- E' un processo che dal suo inizio biologico impiega molto tempo a manifestarsi, anche nell'ordine di decine di anni prima di dar luogo alla diagnosi di malattia conclamata.

Il cancro ha tra le sue cause una combinazione di diversi fattori di rischio

Fattori di rischio

Interni (propri della cellula dell'organismo, in alcuni casi trasmissibili alla progenie):

- Mutazioni genetiche
- Ormoni
- Funzionalità dell'apparato immunitario

Esterni:

- ambientali:
  - agenti infettivi
  - prodotti chimici
  - radiazioni
- stili di vita:
  - alimentazione
  - fumo
  - obesità
  - alcool

onda
Osservatorio nazionale sulla salute della donna

Fattori di rischio

Modificabili: ambientali e stili di vita

Immodificabili: età, sesso, patrimonio genetico.

Prevenzione

Primaria:
ridurre l'incidenza del cancro tenendo sotto controllo i fattori di rischio modificabili

Secondaria:
Individuare il tumore in fase precoce per ottenere una percentuale di guarigione sempre maggiore e ridurre il tasso di mortalità

Terziaria:
È la prevenzione delle cosiddette recidive (o ricadute) o di eventuali metastasi dopo che la malattia è stata curata con chirurgia, RT, CT e ormonoterapia.

onda
Osservatorio nazionale sulla salute della donna

Entità del problema in Italia

366.000 nuovi casi stimati per il 2013
200.000 (55%) uomini
166.000 (45%) donne

(71.000 carcinomi della cute)

I tumori sono la seconda causa di morte (30% di tutti i decessi) dopo le malattie cardiovascolari (38%).

Rischio cumulativo di tumore nella popolazione femminile:

- 1 su 3 si ammala
- 1 su 6 muore

(da 0 a 84 anni)

Tumori femminili	Incidenza
Mammella	29%
Colon retto	14%
Polmone	6%
Utero corpo	5%
Tiroide	5%
Melanoma	4%

Tumore alla mammella

48.000 nuovi casi

Fattori di rischio

Età

Pregressa neoplasia mammaria

Anamnesi famigliare

Radioterapia pregressa

Storia riproduttiva

Obesità

Elevato consumo di carboidrati e grassi saturi

Diagnosi precoce

Dalla fine degli anni 80 continua tendenza alla diminuzione della mortalità

↓ Screening mammografico

↓ Progressi terapeutici

Tumore del colon retto

23.200 nuovi casi

Fattori di rischio

Lesioni precancerose

Famigliarità

Alimentazione

Morbo di Crohn e rettocolite ulcerosa

Diagnosi precoce

Dalla fine degli anni 80 continua tendenza alla diminuzione della mortalità

↓

Screening con ricerca sangue occulto

Tumore del polmone

11.200 nuovi casi

Fattori di rischio

Fumo

Processi infiammatori cronici

- Il rischio dei fumatori rispetto ai non fumatori è aumentato di circa 14 volte e si incrementa ulteriormente sino a 20 volte per i forti fumatori
- La sospensione dal fumo produce una forte riduzione del rischio

Diagnosi precoce

- TAC spirale
- Analisi gas respiratori e marcatori nel sangue e in altri componenti biologici

Tumore dell'utero

10.200 nuovi casi

Fattori di rischio

Cervice: papilloma virus

Corpo: molti cicli anovulatori, nulliparità, menopausa tardiva, obesità, diabete, ipertensione

Diagnosi precoce

Cervice: pap test HPV test

Corpo: microsanguinamenti

Tumore della pelle: Melanoma

5.100 nuovi casi

L'esposizione ai raggi UV, che globalmente conferisce un rischio doppio di sviluppare un melanoma rispetto ai non esposti, aumenta marcatamente negli individui a fenotipo chiaro.

Fattori di rischio

Lampade e lettini abbronzanti in età giovanile.

Grazie dell'attenzione!

www.ondaosservatorio.it
www.depressionepostpartum.it
www.sballatidisalute.it
www.iononsclero.it

onda
Osservatorio nazionale sulla salute della donna