

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

Adriana Albini

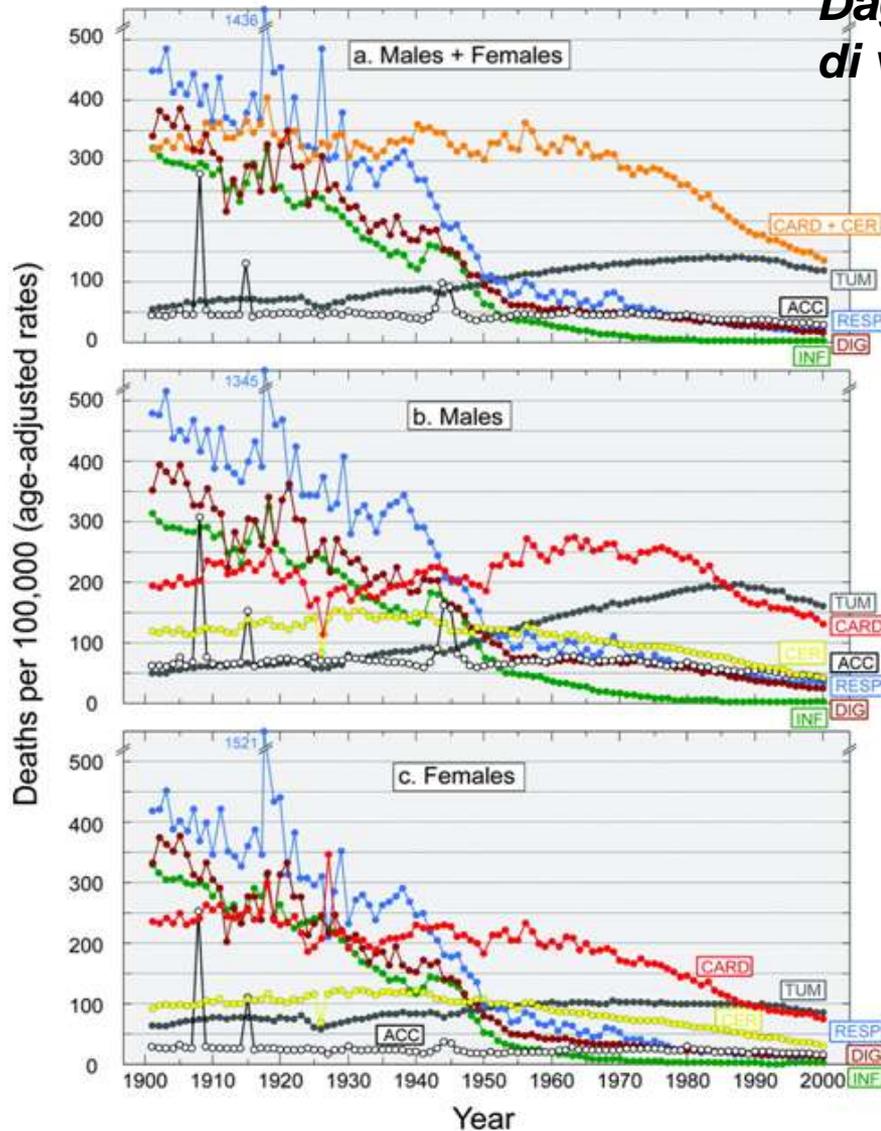
Direttore Dipartimento Infrastruttura Ricerca e Statistica (I-RS)
e *Direttore Struttura Complessa Ricerca Traslationale*



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

Tasso di mortalità in Italia dal 1901 al 2000

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

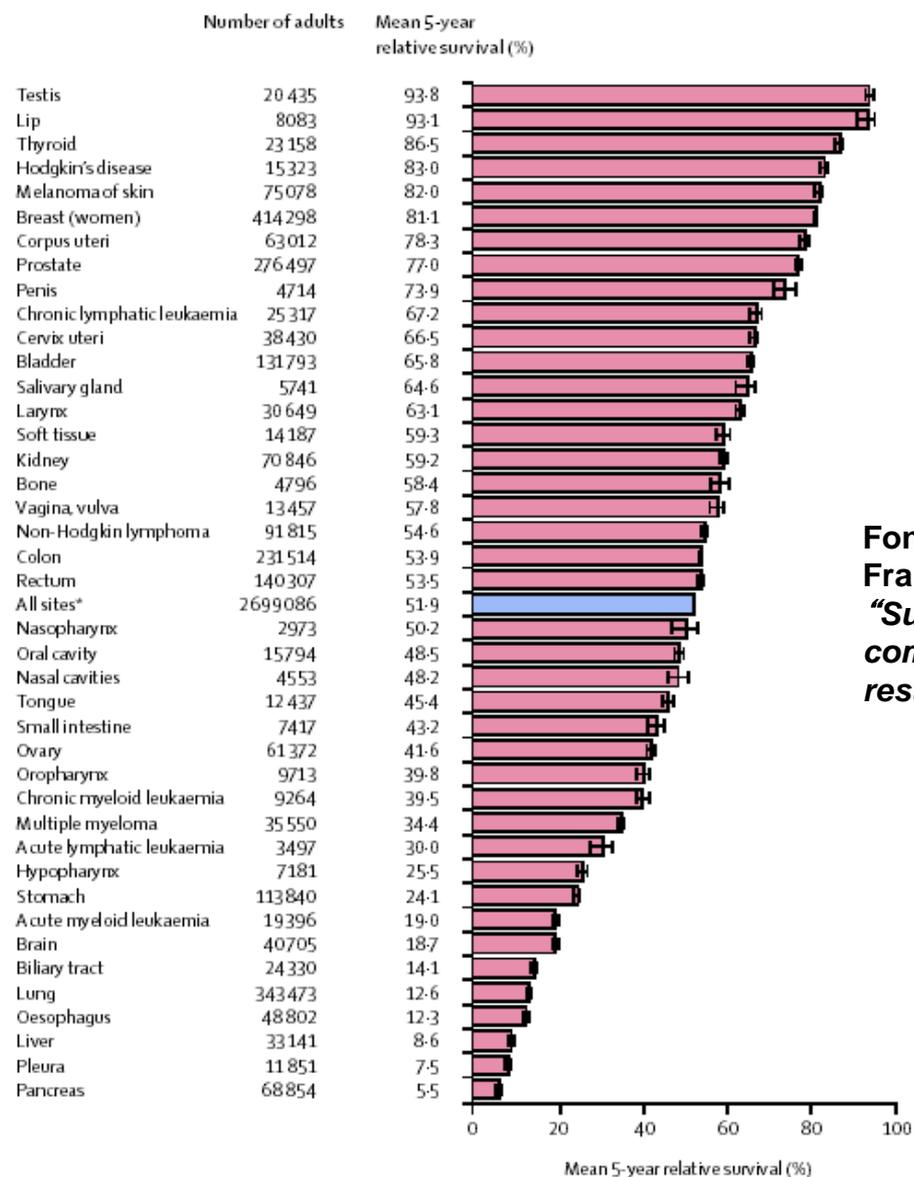


Tasso di mortalità in Italia dal 1901 al 2000 e principali cause:

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

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

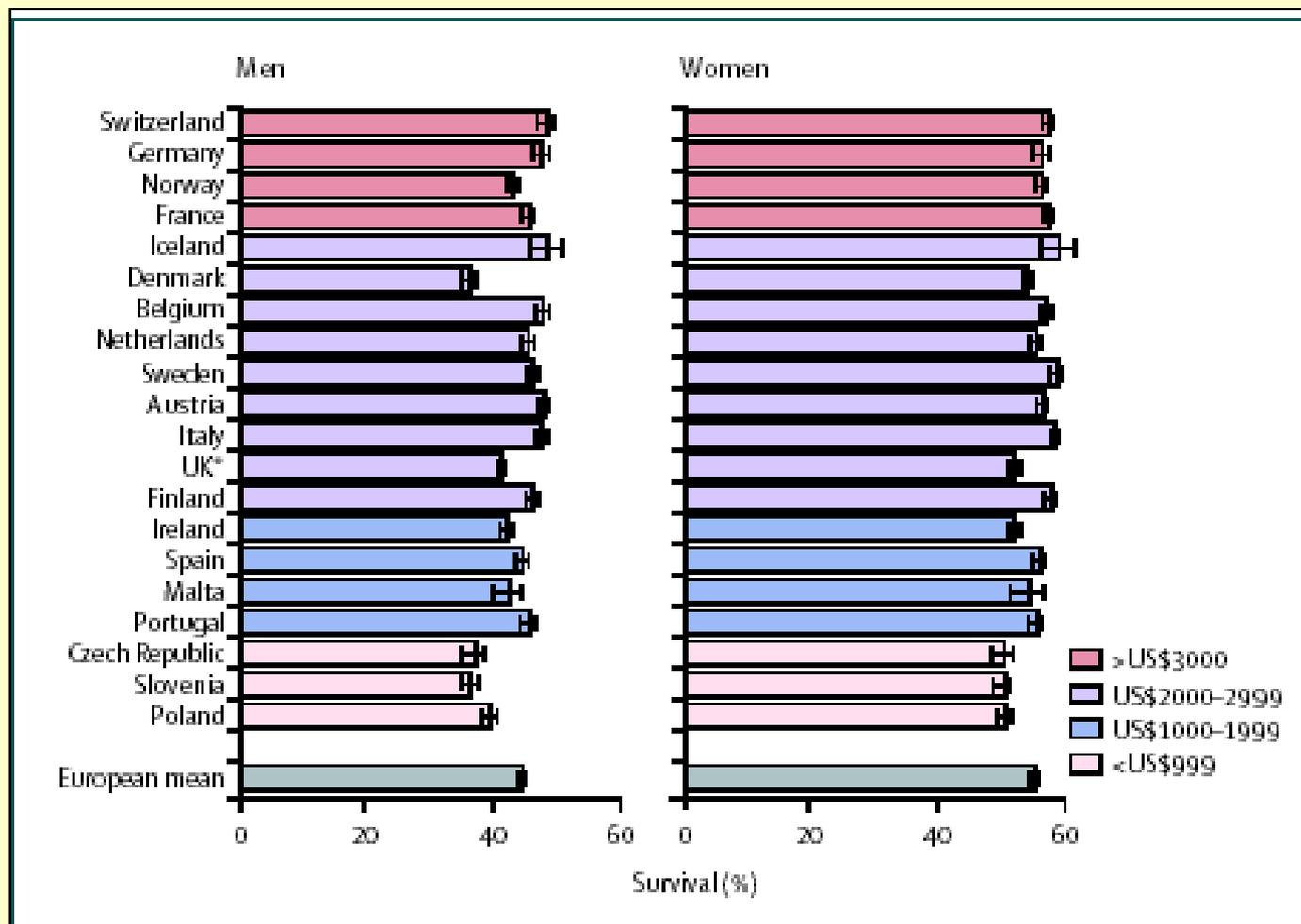
Sopravvivenza media Europea relative a 5-anni per tipo di tumore (uomini e donne)



Fonte: The Lancet Oncology 2007, 23 Aug Berrino Franco et al.

“Survival for eight major cancers and all cancers combined for European adults diagnosed in 1995–99: results of the EURO CARE-4 study”

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



Fonte: The Lancet Oncology 2007, 23 Aug Berrino Franco et al.

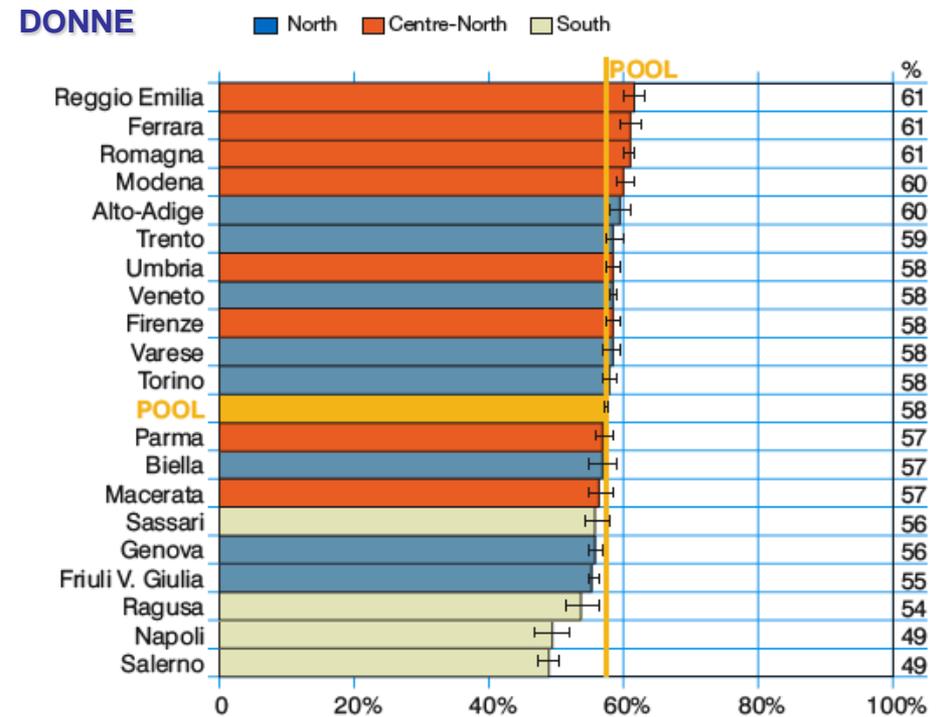
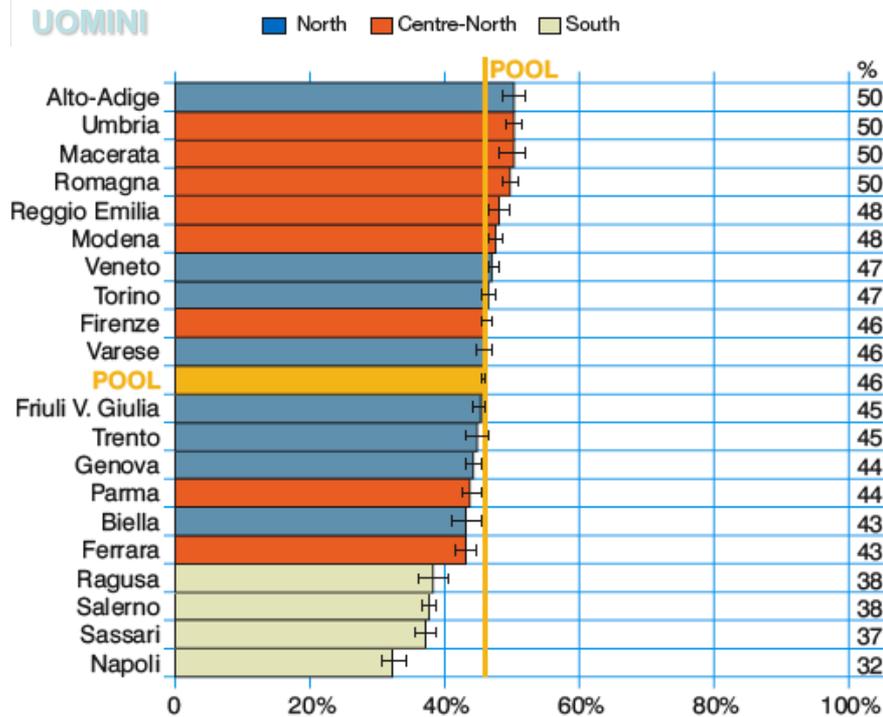
“Survival for eight major cancers and all cancers combined for European adults diagnosed in 1995–99: results of the EURO CARE-4 study”

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

MORTALITY (over 100.000 people) FOR CANCER IN SEVERAL COUNTRIES (ACS)

	Italia	Germania	DK	UK	USA	Giapp.	Cina	Uganda
Totale								
Uomini	170,9	161.8	179.2	162.3	152.6	154.3	159.8	123.6
Donne	95,2	110.4	104.1	122.7	119.9	82.2	86.7	118.5
Polmone e bronchi								
Uomini	50,1	42.4	45.2	42.9	48.7	32.4	36.7	3.3
Donne	8.5	10.8	27.8	21.1	26.8	9.6	16.3	2.1
Colon e retto								
Uomini	16.5	19.5	23.3	17.5	15.2	17.3	7.9	7.0
Donne	10,9	15.7	19.2	12.4	11.6	11.1	5.3	6.2
Mammella	18,9	21.6	27.8	24.3	19.0	8.3	5.5	13.4
Prostata	12,2	15.8	22.6	17.9	15.8	5.7	1.0	32.5
Stomaco								
Uomini	12,6	10.3	5.4	8.7	4.8	28.7	32.7	6.6
Donne	6,5	6.4	3.3	4.0	2.2	12.7	15.1	5.2
Esofago								
Uomini	3.4	5.0	7.0	9.0	5.1	7.5	21.6	12.5
Donne	0.7	1.0	1.9	4.1	1.2	1.1	9.6	11.3
Cervice Uter.	2.2	3.8	5.0	3.1	2.3	2.8	3.8	29.2
Fegato								
Uomini	12,6	4.9	3.4	2.8	4.4	21.0	35.3	6.1
Donne	4,8	2.1	2.3	1.5	2.0	6.7	13.1	5.0

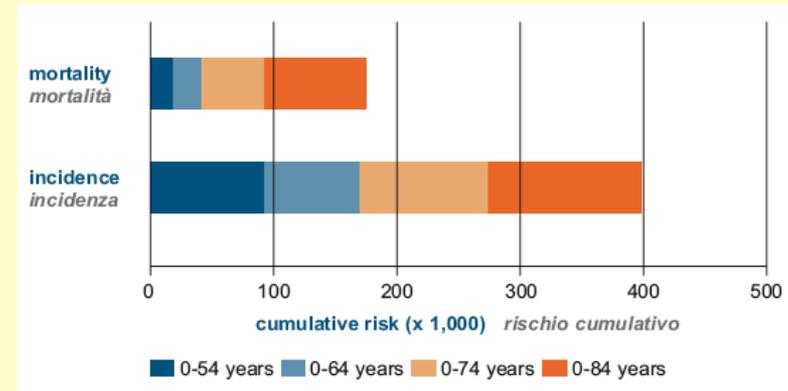
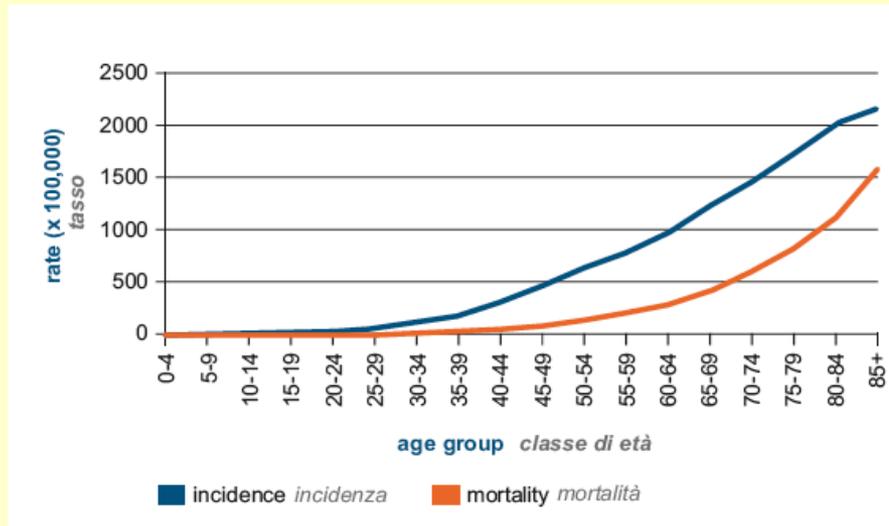
La sopravvivenza dalla diagnosi di tumore non è uguale in tutta Italia: in alcune città si sopravvive più a lungo



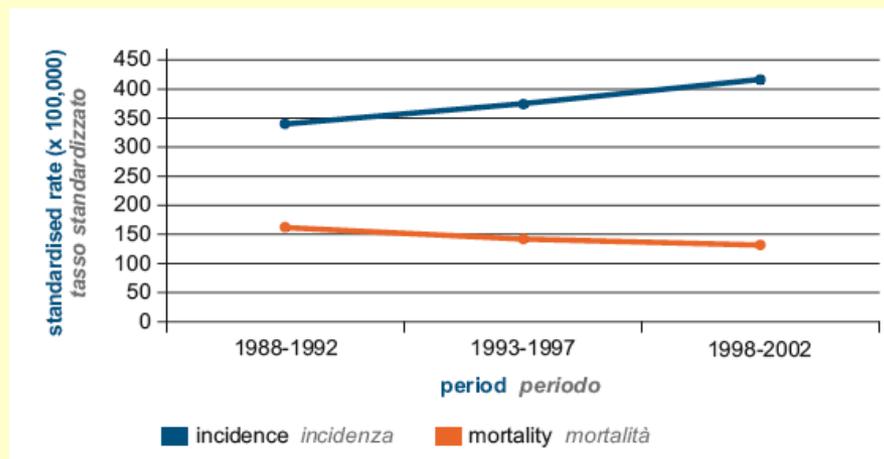
Incidenza e Mortalità delle Donne



per classe d'età



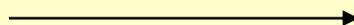
per periodo storico



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

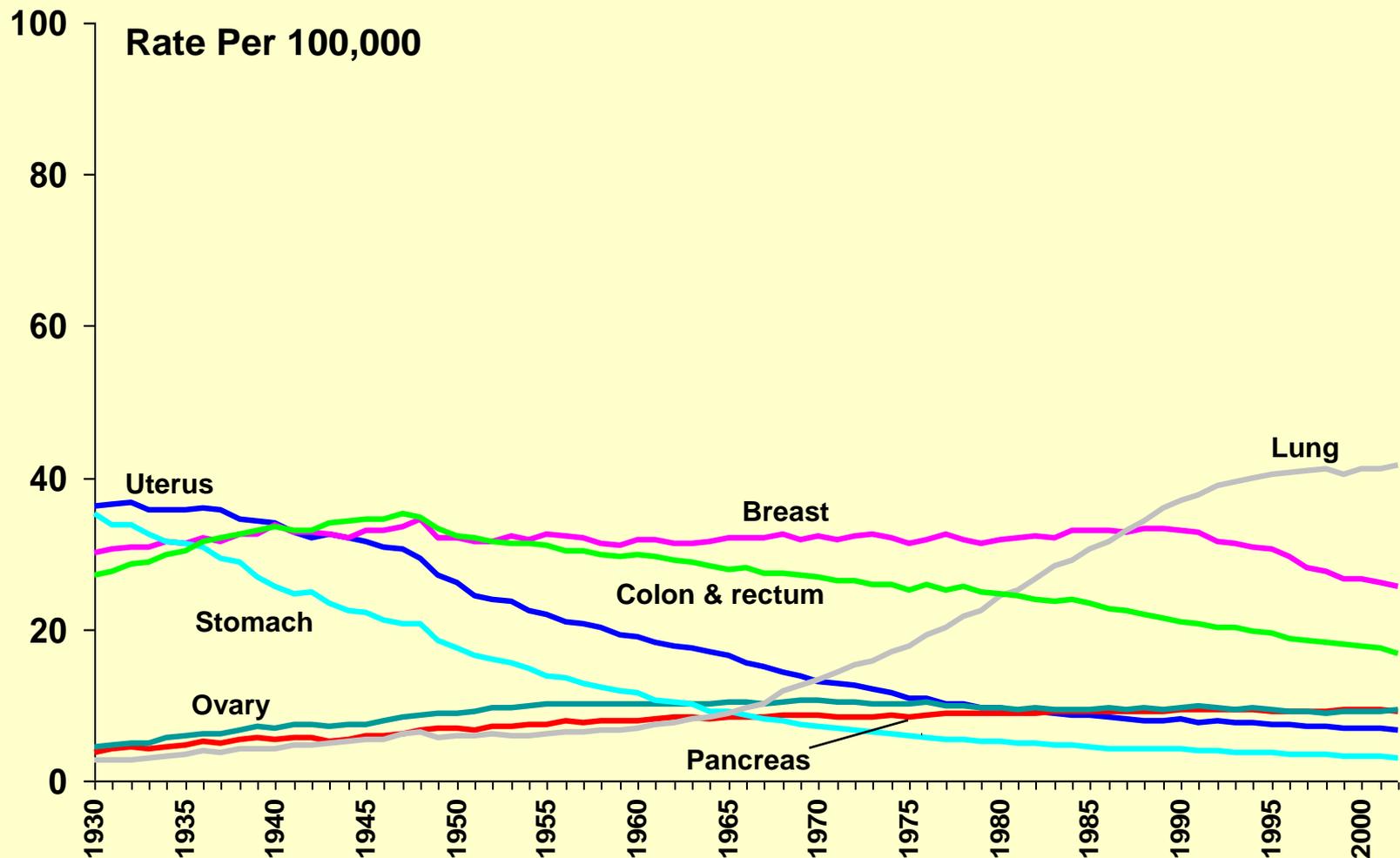
(dati ottenuti dai Registri Tumori italiani)

Fasce d'età



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

Mortalità per tumori (donne) USA, 1930-2002



*Age-adjusted to the 2000 US standard population.

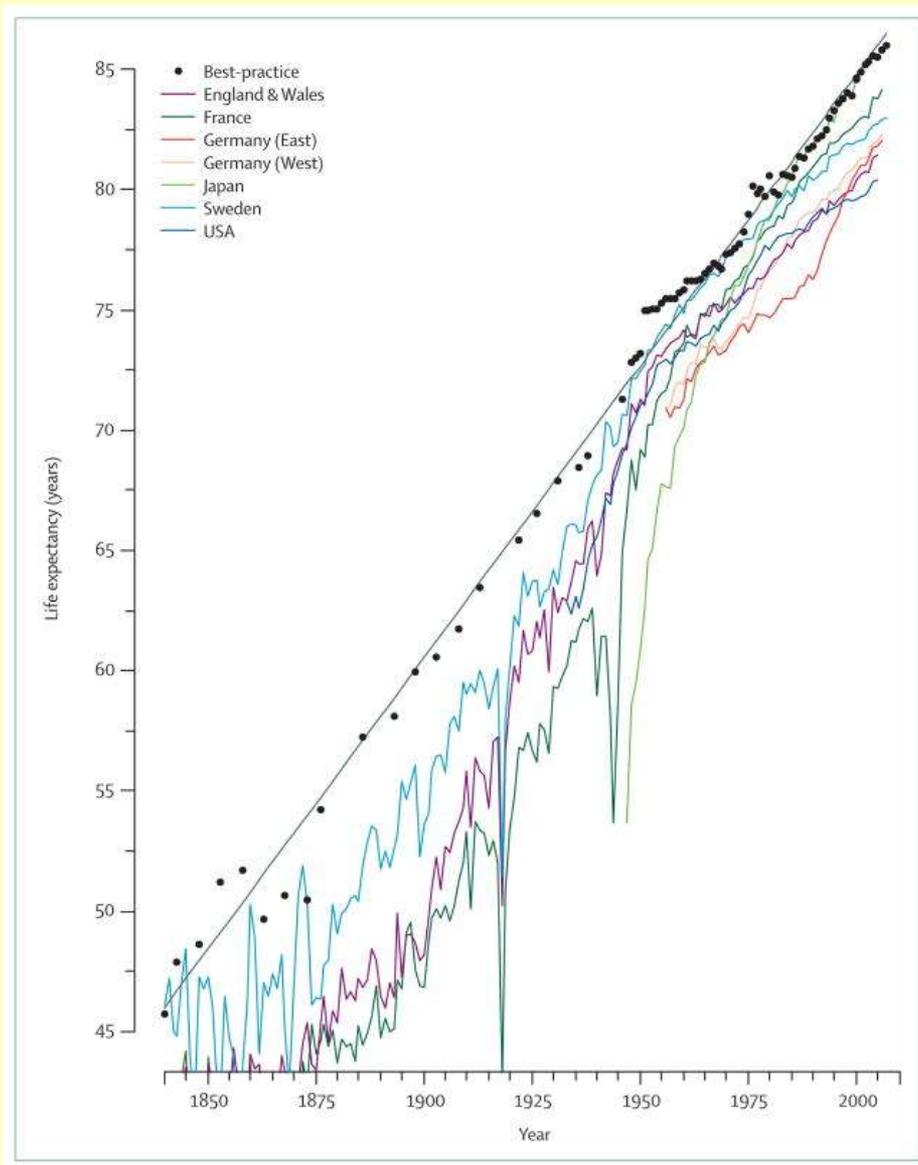
Source: US Mortality Public Use Data Tapes 1960-2002, US Mortality Volumes 1930-1959, National Center for Health Statistics, Centers for Disease Control and Prevention, 2005.

Mortalità per Tumore: per età e genere

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

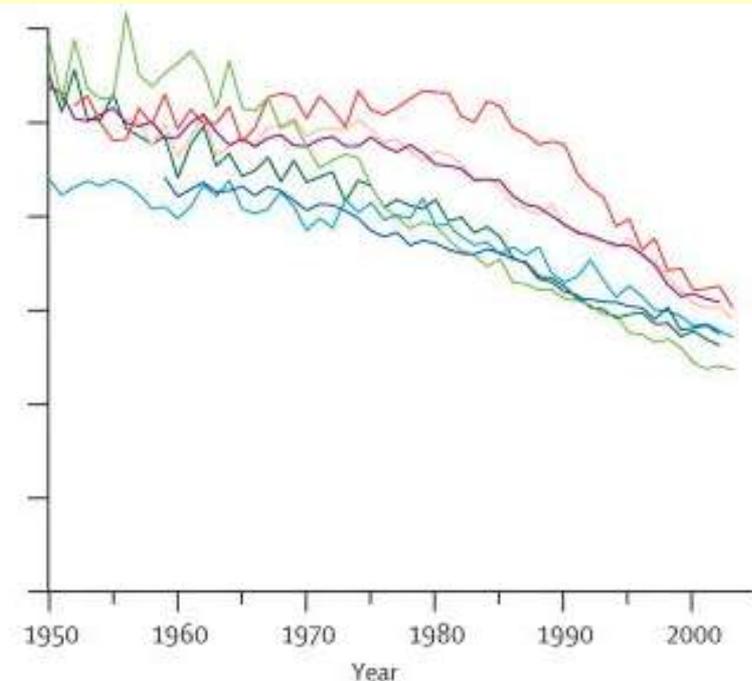
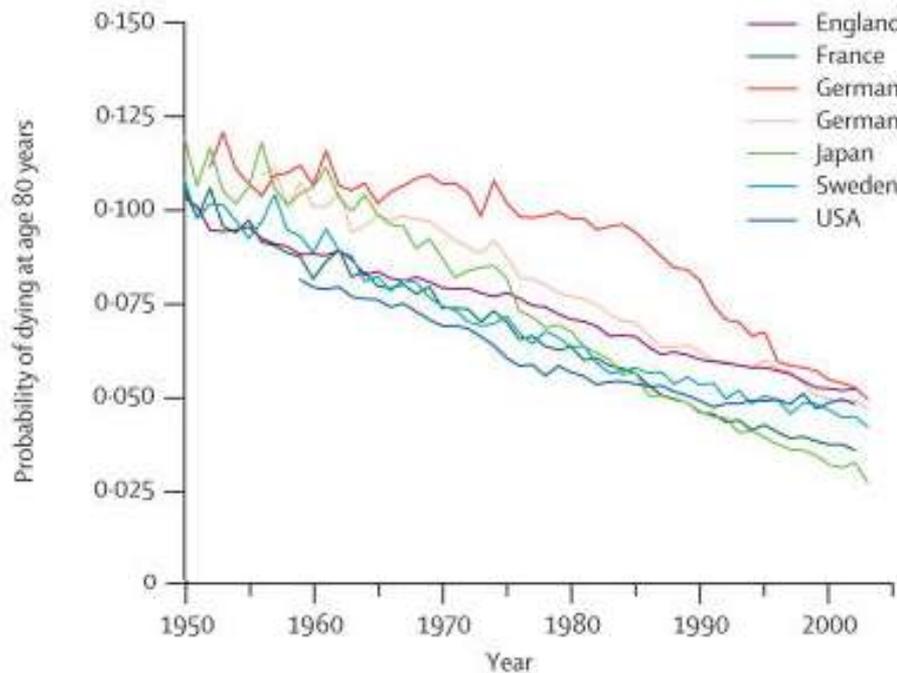
FASCE ETA'	UOMINI	DONNE
Fino 30 anni	0.58	0.48
30-40 anni	1.68	1.98
40-50 anni	6.85	6.99
50-60 anni	27.31	17.92
60-70 anni	75.38	36.74
70-80 anni	167.35	74.66
80 e oltre	282.19	142.19
Tasso std	28.18	19.58

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

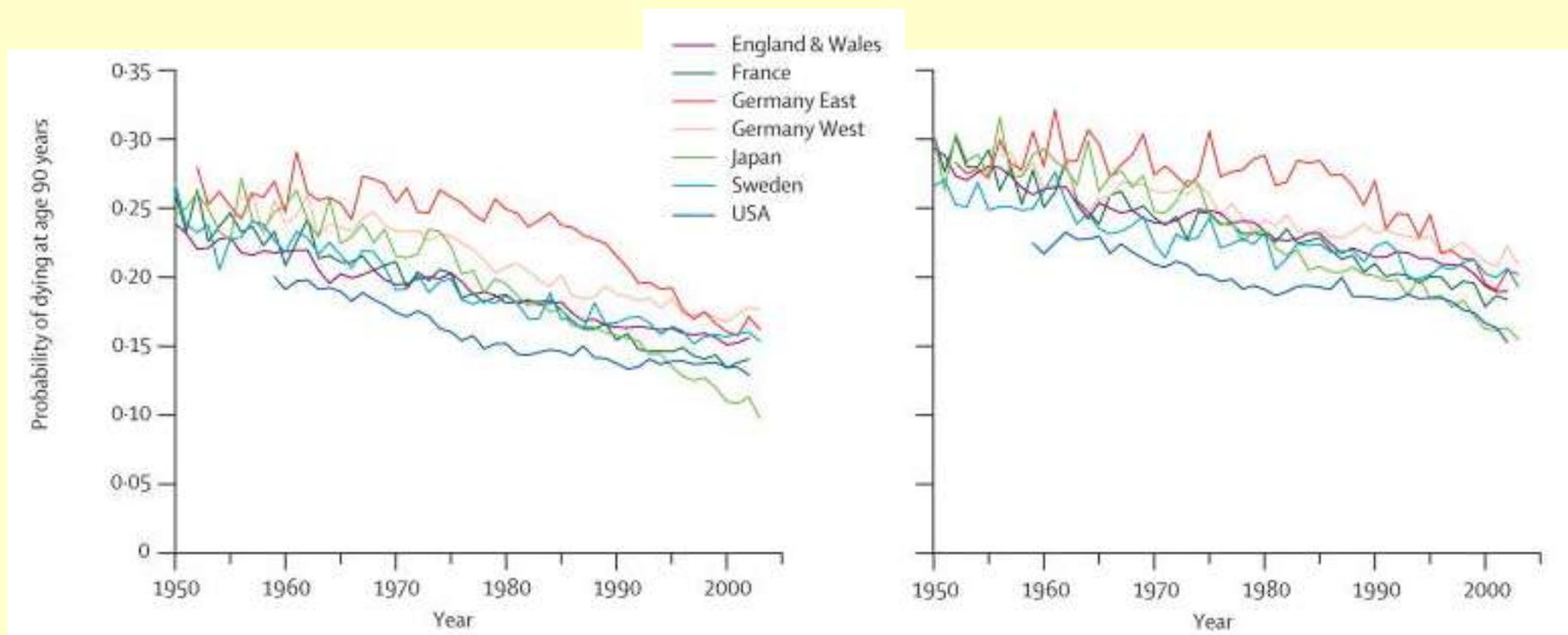


Si vive di più

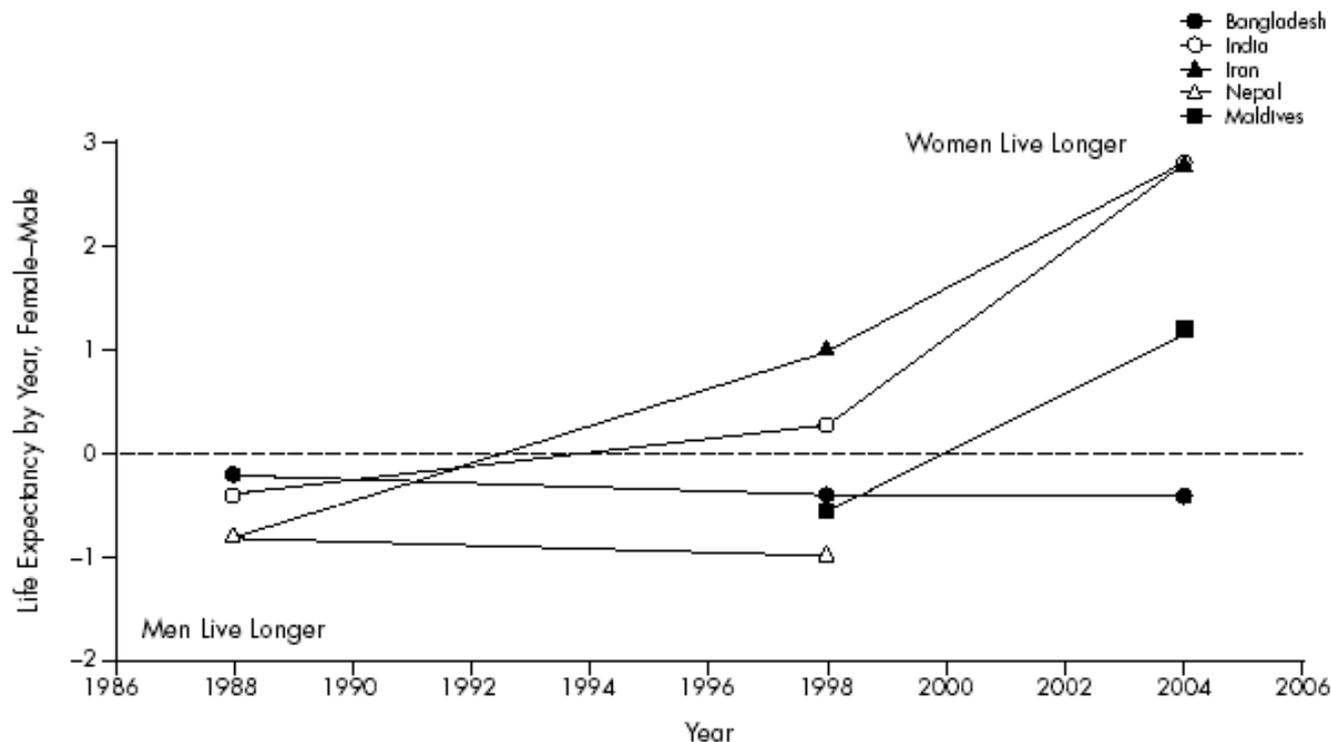
Rispetto a 50 anni fa, si è ridotto il numero di uomini e donne che muoiono a **80 anni**



Rispetto a 50 anni fa, si è ridotto il numero di uomini e donne che muoiono a **90 anni**



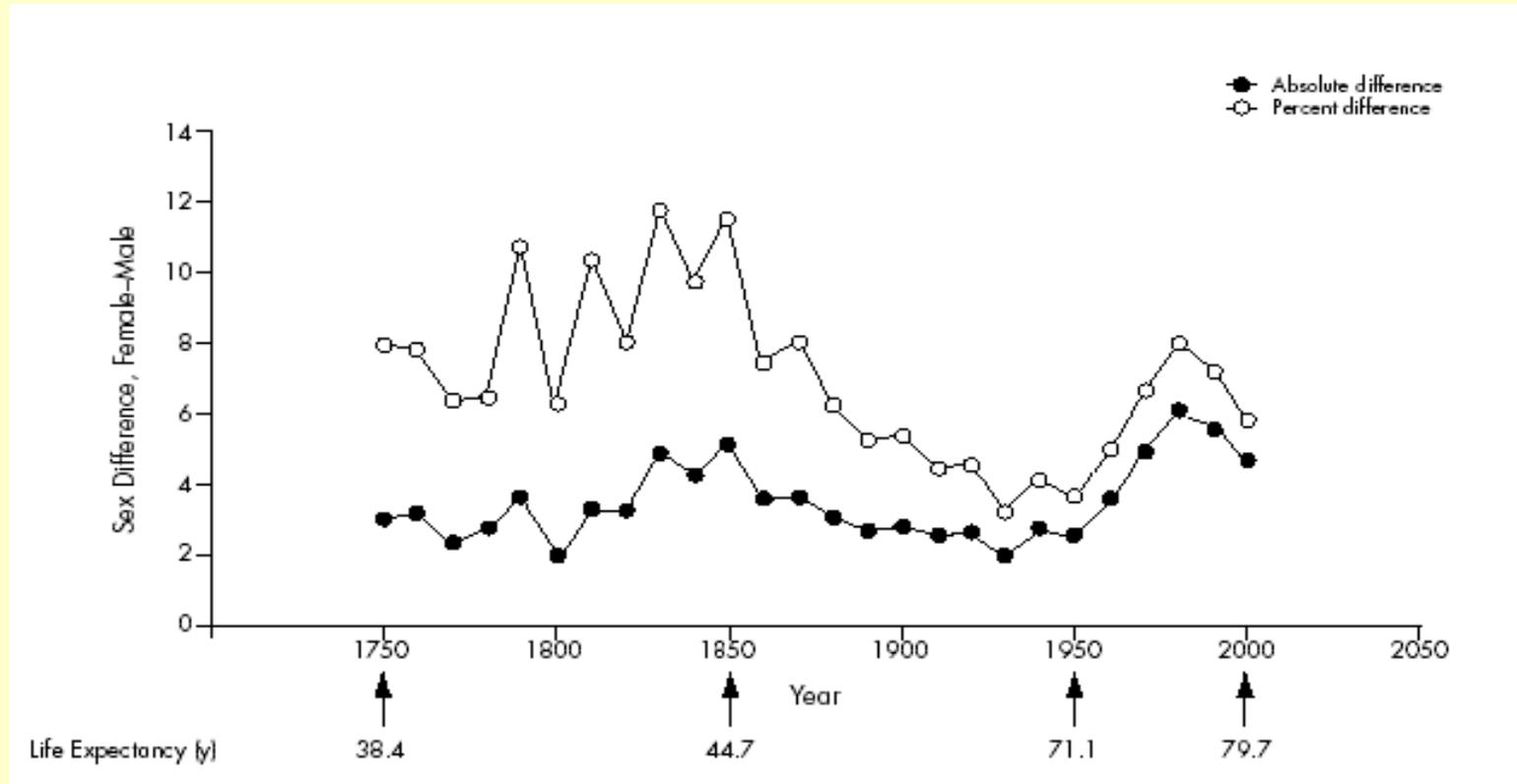
Percentuale di sopravvivenza: Confronto Uomo-Donna-1



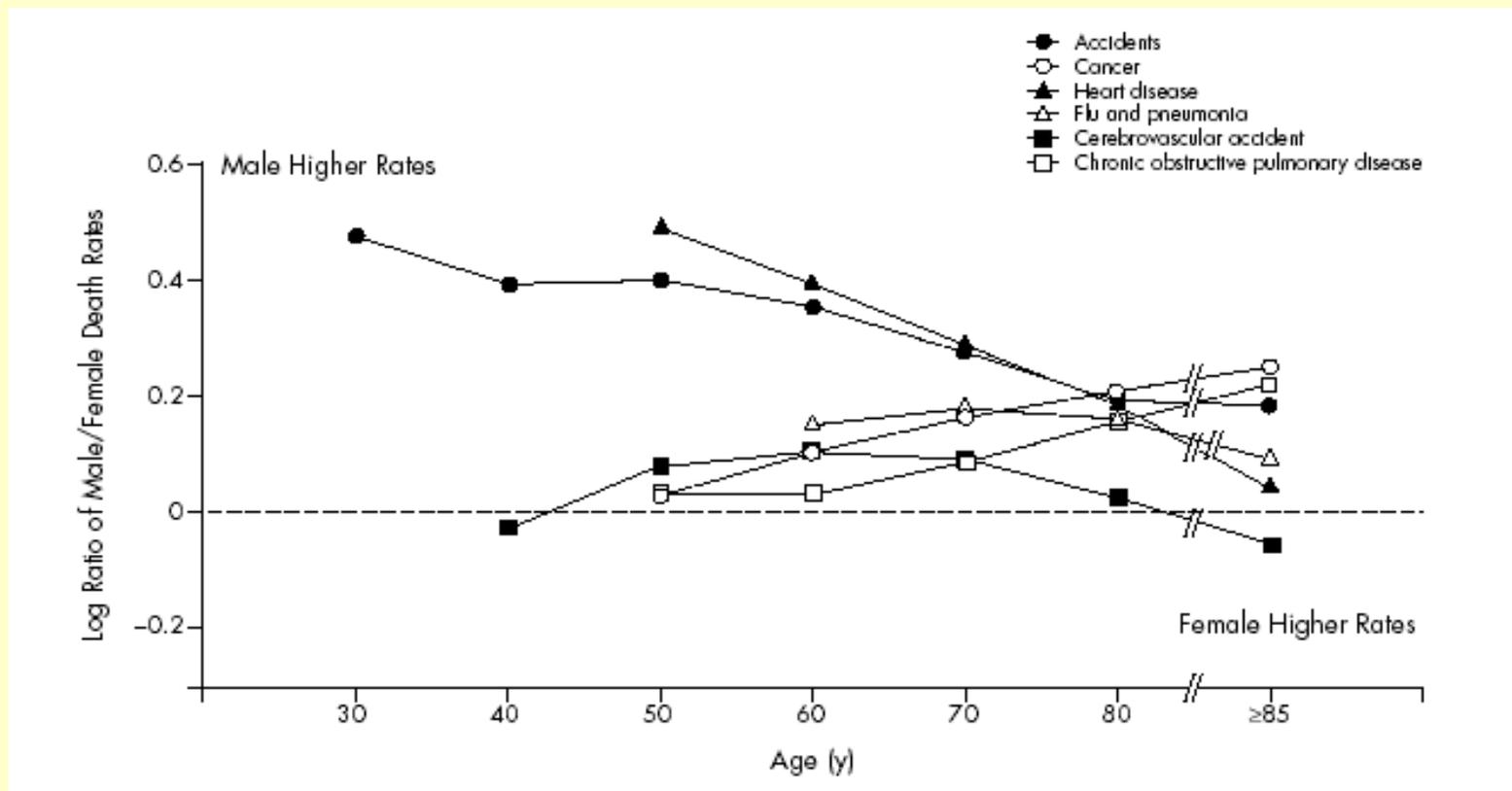
Le donne ora vivono più a lungo rispetto agli uomini in un numero di paesi in cui un tempo non accadeva.

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

Percentuale di sopravvivenza: Confronto Uomo-Donna-2



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

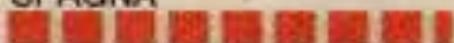


A quasi tutte le età gli uomini hanno un tasso di mortalità maggiore rispetto alle donne per numerose cause.

Aspettativa di vita in Europa

FRANCIA **Donne**
 85,4
(di cui 69 in buona salute)

ITALIA
 85,3
(di cui 71 in buona salute)

SPAGNA
 85
(di cui 68 in buona salute)

ITALIA **Uomini**
 80,4
(di cui 71 in buona salute)

SVEZIA
 80,3
(di cui 70 in buona salute)

FRANCIA
 79,5
(di cui 68 in buona salute)

Gli italiani i più longevi d'Europa

Classifica di Lancet. E gli esperti confermano: "Qui si vive meglio"

(segue dalla prima pagina)

ELENA DUGI

ELANCET se le donne sono leggermente sopravanzate dalle francesi (85,4 anni contro i nostri 85,1), nel complesso si conferma che il nostro è il paese dove i giorni sono più lunghi.

Lo studio europeo che esordisce sulla rivista medica *The Lancet* si sofferma sulle ragioni di questo primato. E lo fa in un momento che sembra studiato apposta per farci riflettere. Tra i 25 paesi europei, infatti, si vive più a lungo e si invecchia con meno acciacchi laddove il livello di istruzione è più elevato, il sistema sanitario pubblico è meglio finanziato e le politiche a favore degli anziani sono più supportate da fondi. La

correlazione fra ricchezza, educazione e durata della vita è molto stretta, sottolinea la curatrice dello studio, Carol Jagger dell'università inglese di Leicester. E nell'Europa a 25 il nucleo centra-

Livello di istruzione elevato, buon sistema sanitario e aiuti agli anziani

le dei quindici offre panorami nettamente migliori rispetto ai dieci paesi arrivati dopo con economie più traballanti.

Per Antonio Golinzi, che insegna Demografia alla Sapienza ed è membro dell'Accademia dei



Lincei, il primato italiano ha cause note come dieta, un sistema sanitario che funziona bene nonostante qualche scandalo e un' generale condizione di salute che si trasmette per via genetica di padre in figlio. «Siamo abituati ad accentuare i lati negativi della nostra condizione, ma in Italia godiamo di un buon sistema di vita e abbiamo il vantaggio di non avere grandi metropoli. Nelle città medie e piccole che caratterizzano il nostro paesaggio la qualità dell'esistenza è molto migliore».

L'editto fra *The Lancet* e l'Italia dura però solo un capitolo. In un paese che invecchia (così come tutto il continente) e ha un pil privo di grinta non esiste altra soluzione — sostengono la Jagger e i suoi ricercatori — che mettere in atto una raccomandazione avanzata dal Consiglio Europeo: porre al 50 per cento il livello di occupazione dei lavoratori con più di 55 anni e far slittare gradualmente l'età pensionabile verso i 70 anni. «È ovvio che la fase di si-

stema del Consiglio Europeo: porre al 50 per cento il livello di occupazione dei lavoratori con più di 55 anni e far slittare gradualmente l'età pensionabile verso i 70 anni. «È ovvio che la fase di si-

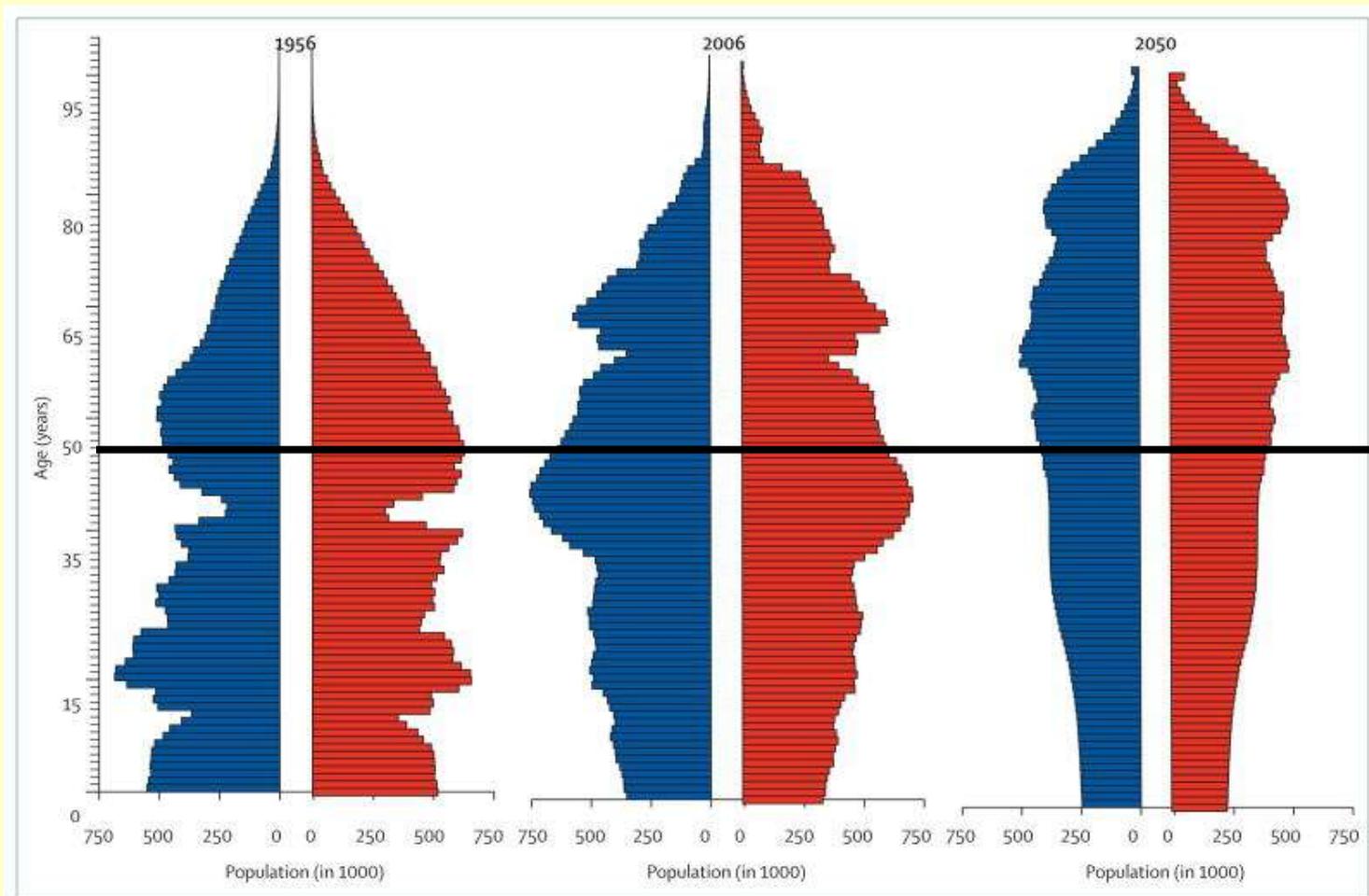
Con il nostro pil si pone il problema delle pensioni e dovremo lavorare fino a 70 anni

stema di un individuo debba andare di pari passo con l'allungamento della sua vita», dice Golinzi. Anche perché l'indice della salute — che indica l'età media in cui si presentano i primi acciacchi invalidanti — oltrepassa in Italia

l'asclotta dei 70 anni.

Per ogni anno che passa, al giorno d'oggi, la nostra aspettativa di vita aumenta di almeno tre mesi. «È come se ogni anno durasse per noi quindici mesi», spiega Golinzi. «Dodici ci sono dati subito, gli altri tre vengono in un certo senso depositati in banca: ne usufruiamo sotto forma di allontanamento della vecchiaia. Ma non è giusto che a pagarne i costi siano solo i giovani e i lavoratori attivi in genere. Anche perché negli ultimi quindici anni l'Europa è cresciuta a un ritmo mediamente doppio rispetto all'Italia, mentre Inca o Cma ci hanno sopravanzato di circa dieci volte. La strada persa: si recupera soltanto lavorando di più, non solo nel corso della settimana ma anche in quello della vita». Sembra sia il modo migliore per arrivare a cent'anni.

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



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

- 1) Le malattie **cardiovascolari**
- 2) Mal di testa, emicrania, **dolore** delle articolazioni, sofferenza viscerale e vascolare, mal di schiena, nevralgie, in generale il dolore cronico benigno.
- 3) La **Malattia di Alzheimer (?)**.
- 4) Molte **Sindromi autoimmuni (reumatiche, sclerosi multipla)**.
- 5) I **tumori**.

.

Dati scientifici mostrano che :

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

Le donne invecchiano meno e per questo vivono di più?

Apparentemente non è così:

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

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

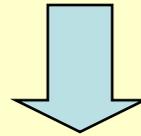
Infatti se si esaminano varie cause di mortalità, incidenti, malattie cardiovascolari, tumori, influenza e polmonite (fino alle 12 più frequenti cause di morte), in tutti i casi le donne si ammalano di più ma vivono più a lungo.

Mortalità Femminile

Ipotesi per una mortalità femminile più bassa:

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

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



I processi cronici infiammatori inducono stress ossidativo generando **Radicali Liberi**.

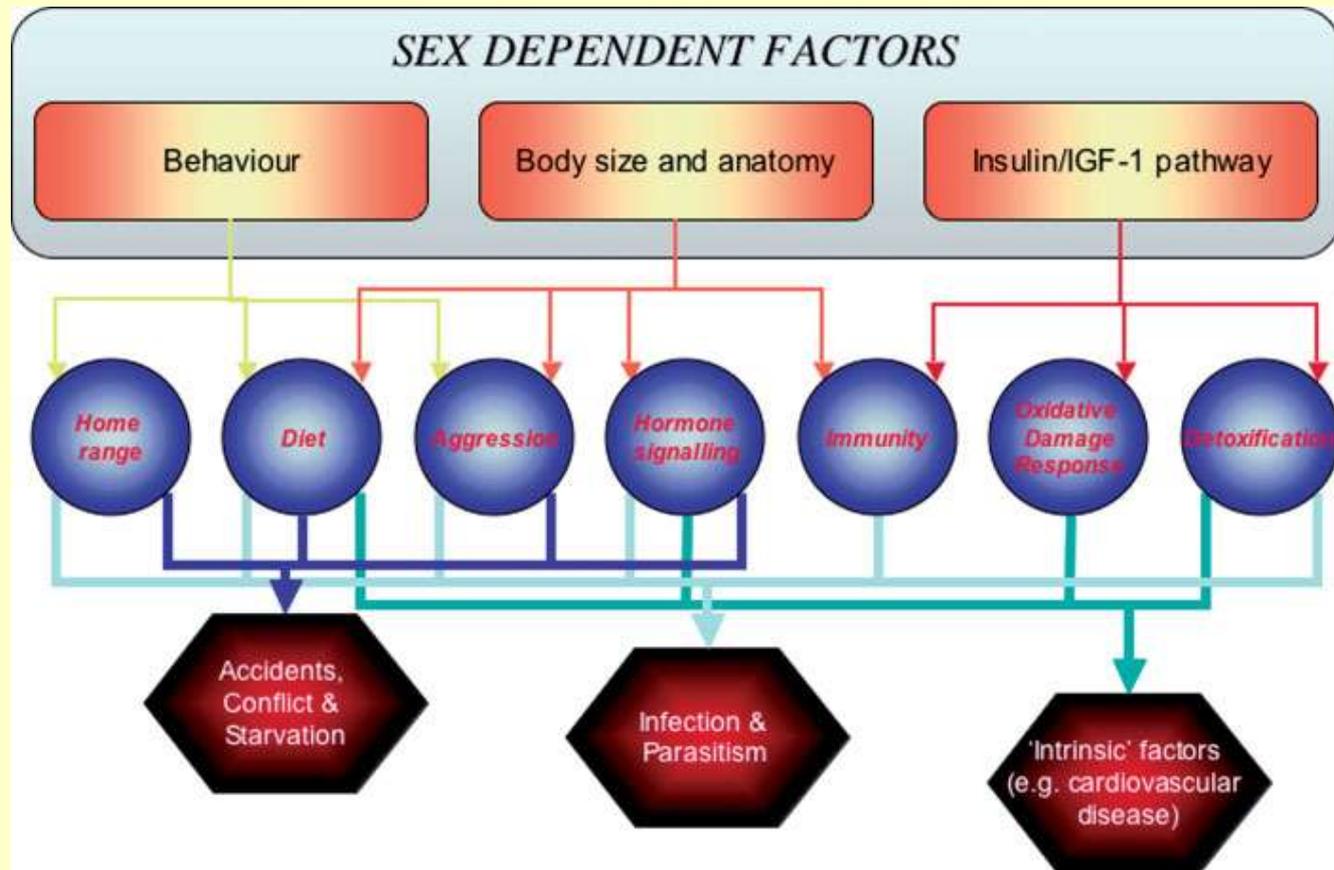
I radicali liberi agiscono sui grassi delle membrane cellulari e sulle proteine nucleari determinando grossi danni alle cellule disintegrando le membrane e i nuclei.

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

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

Gender, immunity and the regulation of longevity

Robin C. May



BioEssays 29:
795–802, 2007

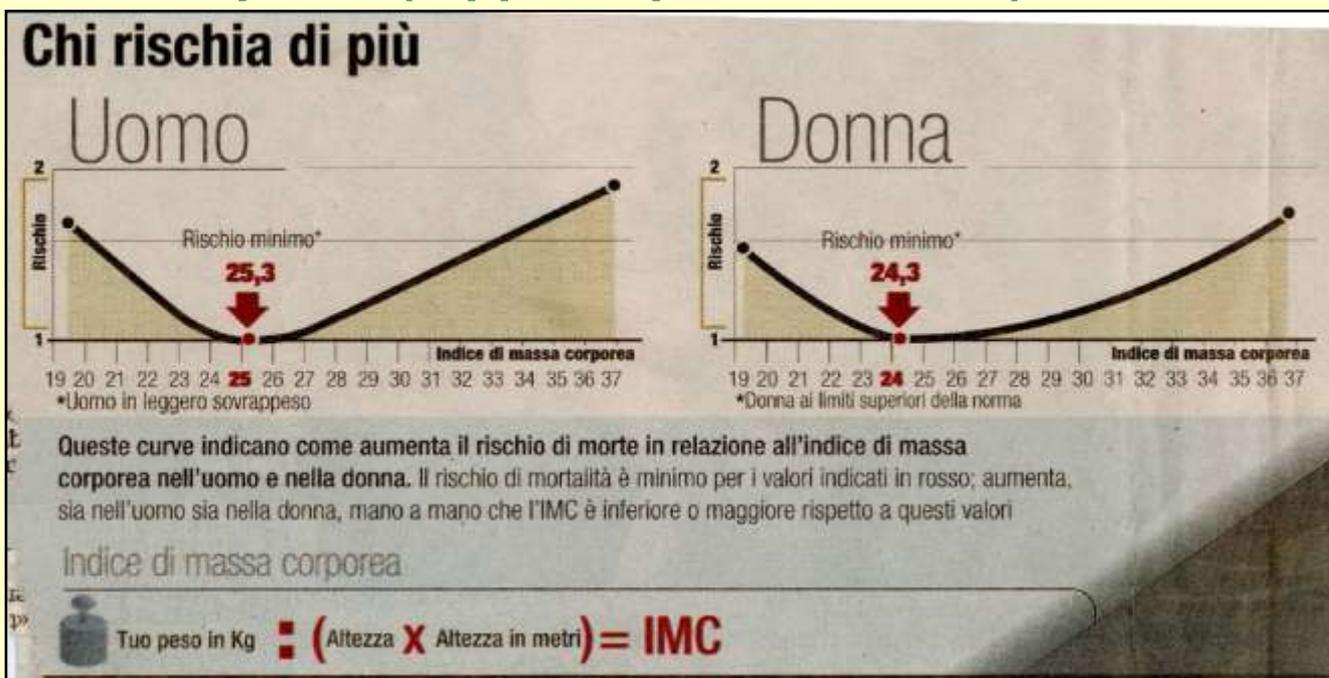
Figure 1. Lifespan is influenced by several ‘macro’ factors, including behaviour, body size and the insulin/IGF-1 signalling pathway, all of which are affected by the sex of the individual. These modulate numerous biological traits (in blue), such as diet and immunity. The end result of these changes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

RISCHIO DI MORTALITA' : dipende anche dall' indice di massa corporea (rapporto peso / altezza)

tenere sotto controllo:

1) l' indice di massa corporea (IMC)

$$IMC = \frac{\text{Peso (Kg)}}{\text{Altezza}^2 \text{ (m)}}$$



2) Il giro vita





Women show worse control of type 2 diabetes and cardiovascular disease risk factors than men: Results from the MIND.IT Study Group of the Italian Society of Diabetology

L. Franzini^{a,*}, D. Ardigo^{a,1}, F. Cavalot^{b,1}, R. Miccoli^{c,1}, A.A. Rivellese^{d,1}, M. Trovati^{b,1}, I. Zavaroni^{a,1}, O. Vaccaro^{d,1}

^a Department of Internal Medicine and Biomedical Sciences, University of Parma, via Gramsci 14, Parma, Italy

^b Department of Clinical and Biological Sciences, San Luigi Gonzaga Faculty of Medicine, University of Turin, Italy

^c Department of Endocrinology and Metabolism, University of Pisa, Italy

^d Department of Clinical and Experimental Medicine, Federico II University, Naples, Italy

Received 26 July 2011; received in revised form 6 December 2011; accepted 7 December 2011

Available online 6 March 2012

KEYWORDS

Type 2 diabetes;
Gender;
Women;
Cardiovascular risk
factors;
CVD primary
prevention

Abstract *Background and aims:* The study explores the degree of control of hyperglycaemia and cardiovascular (CV) disease risk factors in men and women with type 2 diabetes and the impact thereon of obesity, central adiposity, age and use of medications.

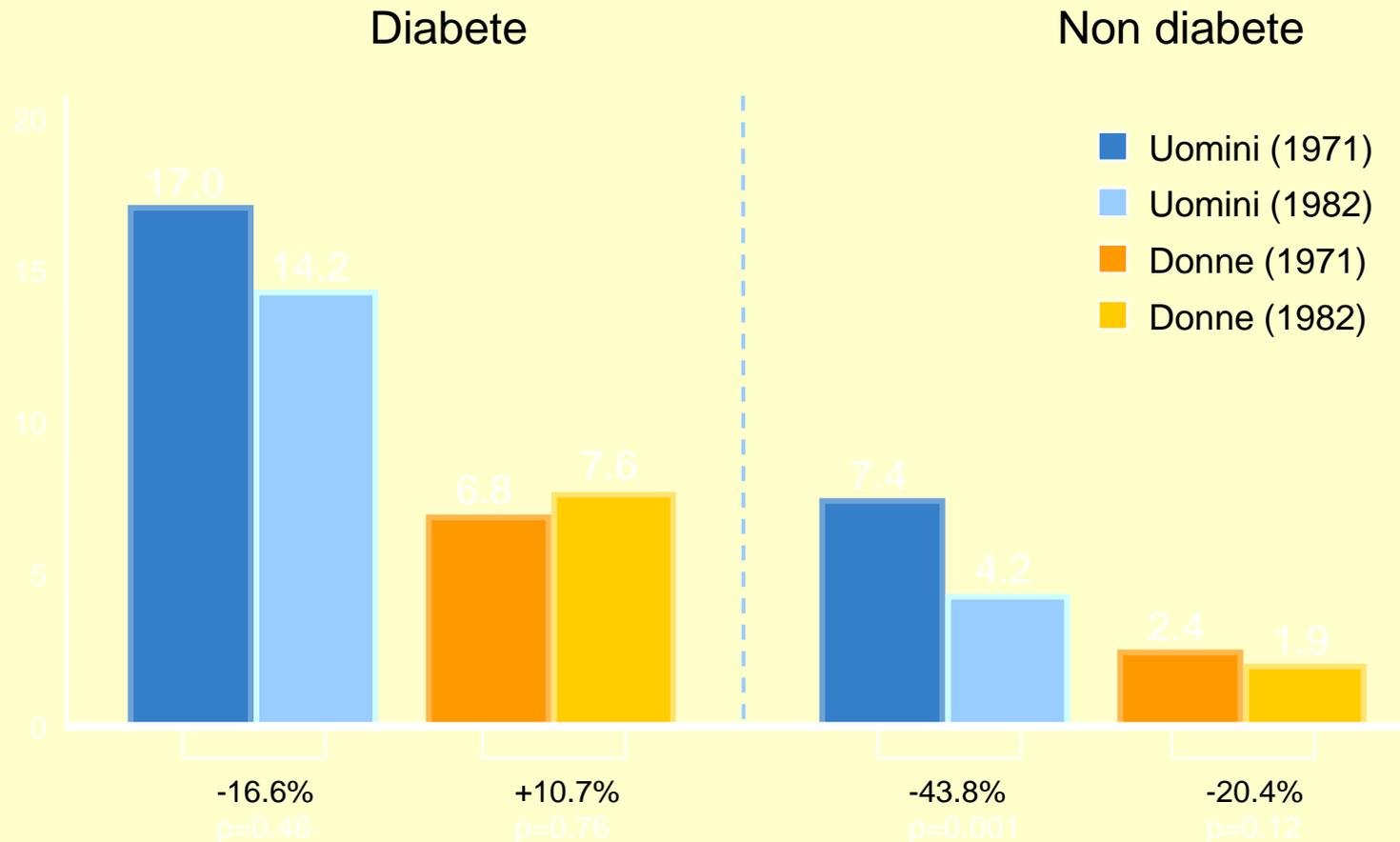
Methods and results: A cross-sectional survey was conducted at 10 hospital-based outpatients diabetes clinics. 1297 men and 1168 women with no previous CV events were studied. Women were slightly (only one year) older and more obese than men: average BMI was respectively 30.7 ± 5.7 vs 28.6 ± 4.1 kg/m² ($p < 0.001$), and prevalence of abdominal obesity was 86% vs 44% ($p < 0.001$). Women smoked less, but had higher HbA1c, LDL cholesterol, non-HDL cholesterol, systolic blood pressure and serum fibrinogen than men. Accordingly optimal targets for HbA1c (<7%), LDL cholesterol (<100 mg/dL), HDL cholesterol (>40 for men, >50 for women, mg/dL), and systolic blood pressure (<130 mmHg) were less frequently achieved by women than men (respectively 33.8% vs 40.2%; 14.6% vs 19.2%; 34.1% vs 44.5%; 68.8% vs 72%; $p < 0.05$ for all). Findings were confirmed after stratification for waist circumference (< or \geq 88 cm for women; < or \geq 102 cm for men), BMI (< or \geq 25 kg/m²) or age (< or \geq 65 years). As for treatment, women were more likely than men to take insulin, alone or in combination with oral hypoglycaemic drugs, to be under anti-hypertensive treatment, whereas the use of lipid lowering drugs was similar in men and women.



Donne vs uomini

- I sintomi femminili sono spesso sottostimati
- L'iter diagnostico è ritardato
- Minor uso di eparina, beta-bloccanti e aspirina durante infarto miocardico acuto
- Minore uso di terapia antiaggregante in prevenzione secondaria
- Meno impianti di ICD rispetto agli uomini pur avendo le stesse indicazioni cliniche

Tassi di mortalità per cardiopatia ischemica in pazienti con e senza diabete*



* In campioni nazionali di adulti in NHANES I (1971-75)

Proposal For A Cancer Risk Scorecard

Two "Scorecards" for Risk Assessment for either Cardiovascular Disease or Cancer

	Established Scorecard for Cardiovascular Risk (European Society of Cardiology)	Proposed New Scorecard for Cancer Risk
Personal and Lifestyle Components	Age and sex Smoking	Age and sex Smoking Exercise Dietary habits Obesity Reproductive history
Genetic Analysis	Family history	Family history Oncogene/tumor suppressor mutations Metabolic activity polymorphisms
Laboratory Measurements	Mean LDL cholesterol Mean HDL cholesterol / LDL:HDL ratio Mean systolic blood pressure Indications of diabetes	DNA adducts DNA oxidative damage score Proteomics score: Tissue proteomics Serum proteomics Microbiopsy dysplasia score hormone status Chronic infection (<i>e.g. H. pylori</i>) Any new biochemical markers that will be developed

Albini and Sporn Nature Reviews Cancer 2007 Feb;7(2):139-47.
Nat Rev Cancer. 2007 Feb;7(2):139-47.

CA

A Cancer Journal for Clinicians

Preventing Cancer, Cardiovascular Disease, and Diabetes: A Common Agenda for the American Cancer Society, the American Diabetes Association, and the American Heart Association
 Harmon Eyrer, Richard Kohn, Rose Marie Robertson, and the ACS/ADA/AHA Collaborative Writing Committee, Norman G. Clark, Colleen Doyle, Ted Gansler, Thomas Glynn, Yukang Hong, Robert A. Smith, Kimberly Truelsen and Michael J. Thun
 CA Cancer J Clin. 2004;54:1360-1367
 DOI: 10.1200/JCO.2004.10.1590

This information is current as of November 26, 2006

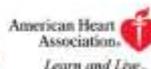
To subscribe to the print issue of *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, go to www.aacr.org (for individuals only).

CA: A Cancer Journal for Clinicians is published on space four years for the American Cancer Society by Lippincott Williams & Wilkins. A bimonthly publication, it has been published continuously since November 1935. It is owned, published, and trademarked by the American Cancer Society, 200 Wilson Street, Suite 575, Atlanta, GA 30333. (© American Cancer Society, Inc.) All rights reserved. Post 07321-2007-0021. Volume 54(11) 1360-1367



Circulation

JOURNAL OF THE AMERICAN HEART ASSOCIATION



Learn and Live.

Preventing Cancer, Cardiovascular Disease, and Diabetes: A Common Agenda for the American Cancer Society, the American Diabetes Association, and the American Heart Association

Harmon Eyrer, Richard Kohn, Rose Marie Robertson, the ACS/ADA/AHA Collaborative Writing Committee, ACS/ADA/AHA Collaborative Writing Committee Members, Norman G. Clark, Colleen Doyle, Yukang Hong, Ted Gansler, Thomas Glynn, Robert A. Smith, Kimberly Truelsen and Michael J. Thun
 Circulation. 2004;109:2344-2353. originally published online June 11, 2004.
 DOI: 10.1161/01.CIR.00013321.04.0456.0
 Circulation is published by the American Heart Association, 7272 Greenville Avenue, Dallas, TX 75224.
 Copyright © 2004 American Heart Association. All rights reserved. Post 1550-0894-0212. Circulation 109(11):2344-2353

The online version of this article, along with updated information and services, is located on the World Wide Web at:
<http://circ.ahajournals.org/cgi/content/full/109/23/2344>

Information: Subscribers about subscribing to Circulation is online at <http://ahajournals.org> and subscriptions.

Permissions: Permissions & Rights Dept, Lippincott Williams & Wilkins, a division of Wolters Kluwer Health, 530 Walnut Street, Hagerstown, MD 21740-2188. Phone: 410-528-8570. Fax: 410-528-8570. E-mail: permissions@lww.com

Reprints: Information about reprints can be found online at <http://www.lww.com/reprints>.

Downloaded from <http://ahajournals.org> by 91 on November 26, 2006

Stroke

JOURNAL OF THE AMERICAN STROKE ASSOCIATION

American Stroke Association

A Division of American Heart Association

Preventing Cancer, Cardiovascular Disease, and Diabetes: A Common Agenda for the American Cancer Society, the American Diabetes Association, and the American Heart Association

Harmon Eyrer, Richard Kohn, Rose Marie Robertson, and the ACS/ADA/AHA Collaborative Writing Committee
 Stroke. 2004;35:1369-1376.
 DOI: 10.1161/01.STR.00013321.04.054.0
 Stroke is published by the American Heart Association, 7272 Greenville Avenue, Dallas, TX 75224.
 Copyright © 2004 American Heart Association. All rights reserved. Post 1550-0894-0212. Stroke 35(11):1369-1376

The online version of this article, along with updated information and services, is located on the World Wide Web at:
<http://stroke.ahajournals.org/cgi/content/full/35/11/1369>

Information: Subscribers about subscribing to Stroke is online at <http://ahajournals.org> and subscriptions.

Permissions: Permissions & Rights Dept, Lippincott Williams & Wilkins, a division of Wolters Kluwer Health, 530 Walnut Street, Hagerstown, MD 21740-2188. Phone: 410-528-8570. Fax: 410-528-8570. E-mail: permissions@lww.com

Reprints: Information about reprints can be found online at <http://www.lww.com/reprints>.

Downloaded from <http://ahajournals.org> by 91 on November 26, 2006

Reviews/Commentaries/Position Statements

Preventing Cancer, Cardiovascular Disease, and Diabetes

A common agenda for the American Cancer Society, the American Diabetes Association, and the American Heart Association

Harmon Eyrer, Richard Kohn, Rose Marie Robertson, and the ACS/ADA/AHA Collaborative Writing Committee

Collectively, cardiovascular disease (including stroke), cancer, and diabetes account for approximately one-third of all deaths in the U.S. and about 17% of the total economic and social costs each year. Common approaches to health promotion and prevention of cardiovascular disease, cancer, and diabetes do not approach the potential of decreasing rates of morbidity. A concerted effort to increase application of public health and lifestyle interventions of proven efficacy to reduce prevention of tobacco use, poor diet, and insufficient physical activity—the major risk factors for these diseases—and to increase utilization of interventions for early detection could substantially reduce the burden and economic cost of these diseases. In this article, the American Cancer Society, American Diabetes Association, and American Heart Association review strategies for the prevention and early detection of cancer, cardiovascular disease, and diabetes and the integration of cancer risk reduction among these organizations. The goal of the joint review is to establish relevant interventions to primary prevention and early detection through collaboration between organizations, greater public awareness about health benefits, agreement on the results of some health care and disease prevention programs and research, and acceleration of the concept of the genetic medical checkup as an effective platform for prevention, early detection, and treatment.

Stroke Code 10-2002-2004, 2004

Cardiovascular disease, cancer, and diabetes account for nearly two of every three deaths in the U.S.—to 1.5 million people in 2001. These diseases undermine health, shorten life expectancy, and cause economic and social disability and activities costs. However, much of this disease burden could be avoided if there were systematic applications of what is known about preventing the onset and progression of these

conditions. By addressing the underlying causes of cardiovascular disease, cancer, and diabetes, and by integrating the systems to detect and treat early-stage disease with interventions to increase efficiency, appropriate medications to disability and performance mortality could be achieved. Despite the overwhelming evidence supporting the medical and economic benefits of prevention and early detection, current disease control efforts are

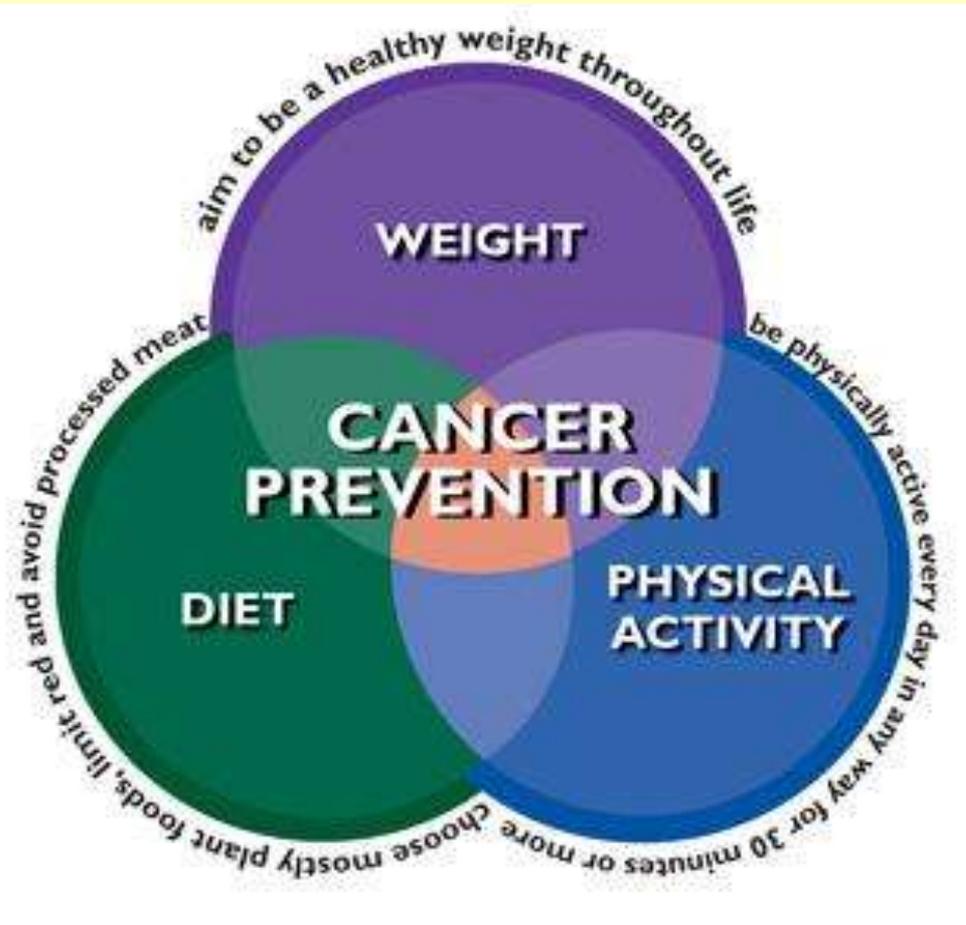
underfunded and fragmented. While health care costs skyrocket, the national investment in prevention maintenance is less than 1% of the total annual health care expenditures. Last year, the National Cancer Institute (NCI) issued a 170-page report on the health status of the nation. It, the report emphasized that the many Americans still smoke cigarettes, are physically inactive, and that the prevalence of overweight and obesity in adults had risen to 60% in 2000-2005. All of these factors underlie significant risk for developing cardiovascular disease, diabetes, and cancer.

The evidence base regarding the efficacy and cost-effectiveness of specific components of prevention and early detection is reviewed together by many health organizations, including the American Cancer Society (ACS), the American Diabetes Association (ADA), and the American Heart Association (AHA).

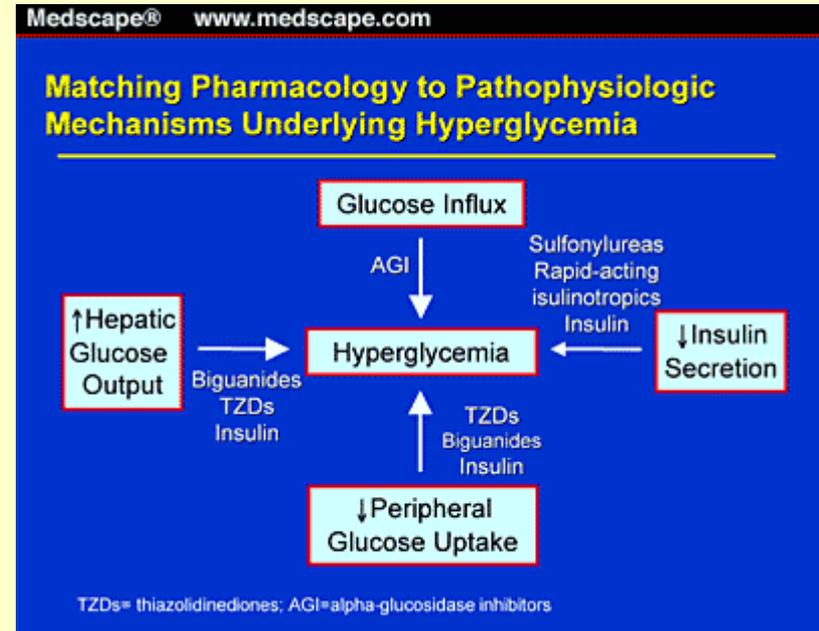
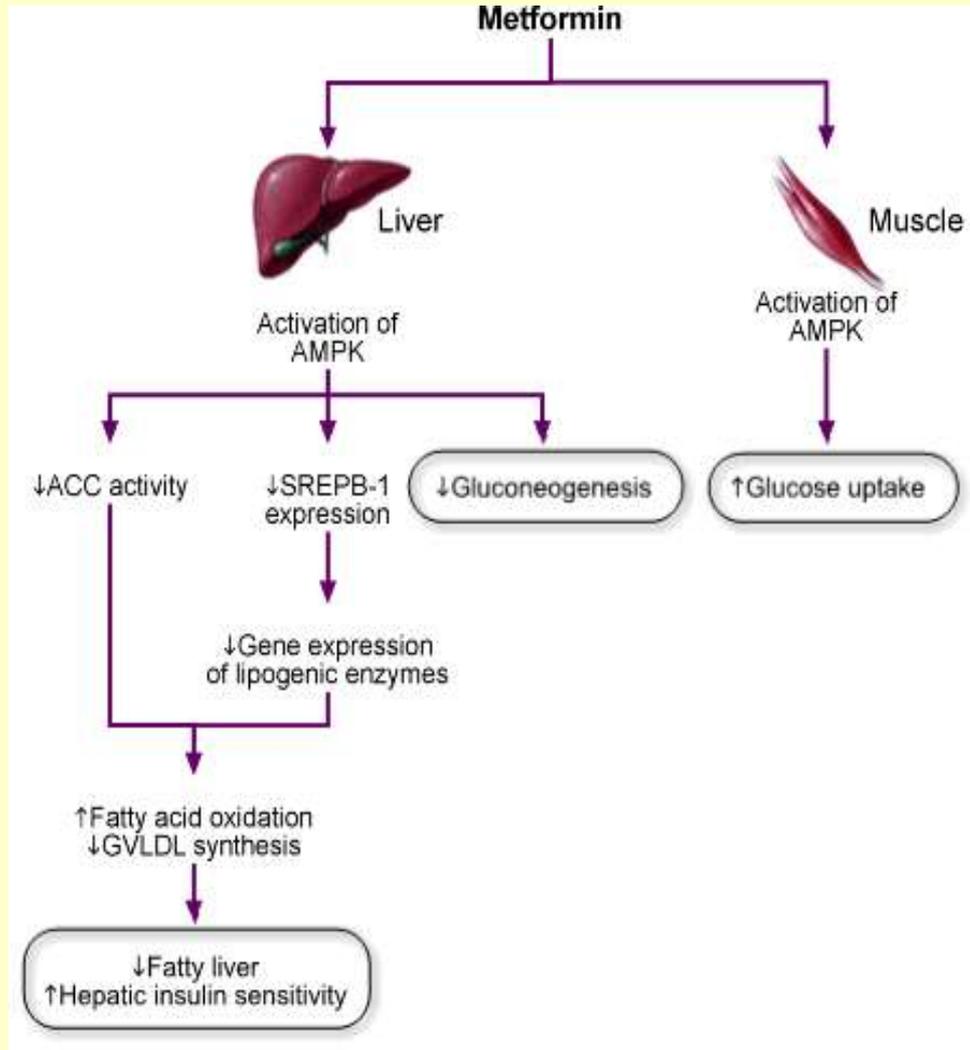
Fattori di rischio o protettivi comuni a diabete cancro malattie del cuore

Fattori Modificabili	Fattori non modificabili
Tabacco	Età
Sovrappeso	Sesso
Obesità	Storia Familiare di salute
Alimentazione	Storia Personale di salute
Attività fisica	

Approaches to Prevention

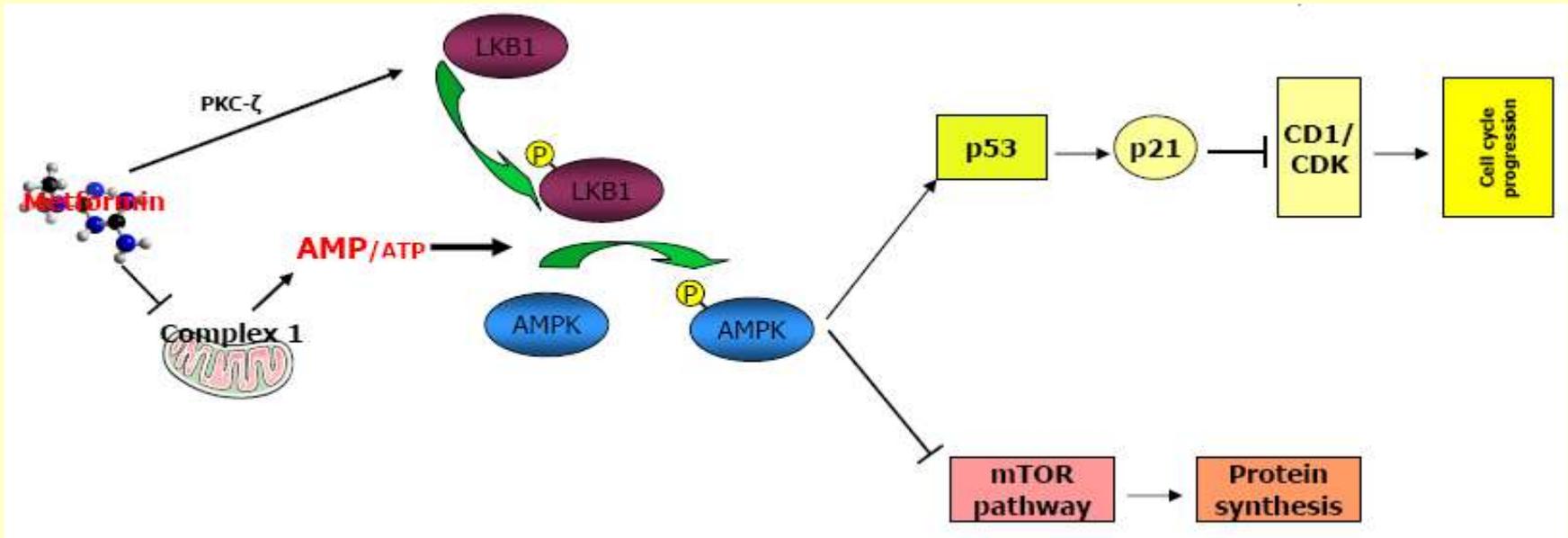


Metformin action



From diabetes cure to cancer prevention ... via angioprevention?

METFORMIN



A decreased risk of breast cancer was observed in female patients with type 2 diabetes using metformin on a long-term basis.

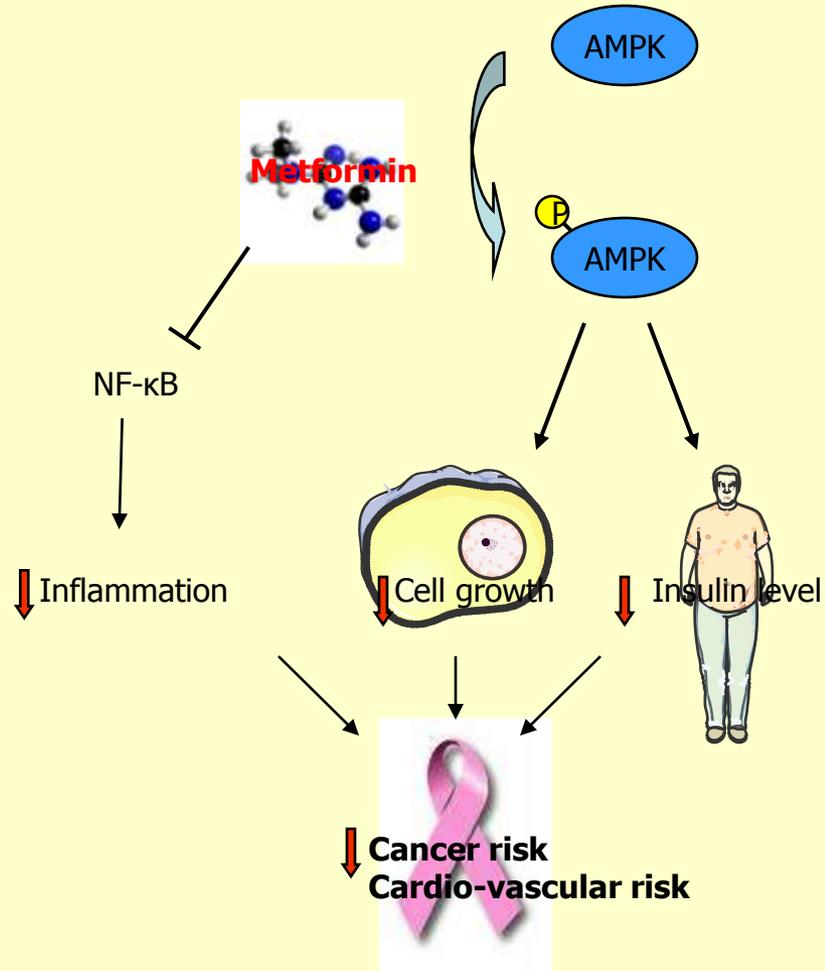
Bodmer M et al, Diabetes Care 2010

Epidemiological studies have confirmed that metformin, but not other anti-diabetic drugs, significantly reduces cancer incidence and improves cancer patients' survival in type 2 diabetics.

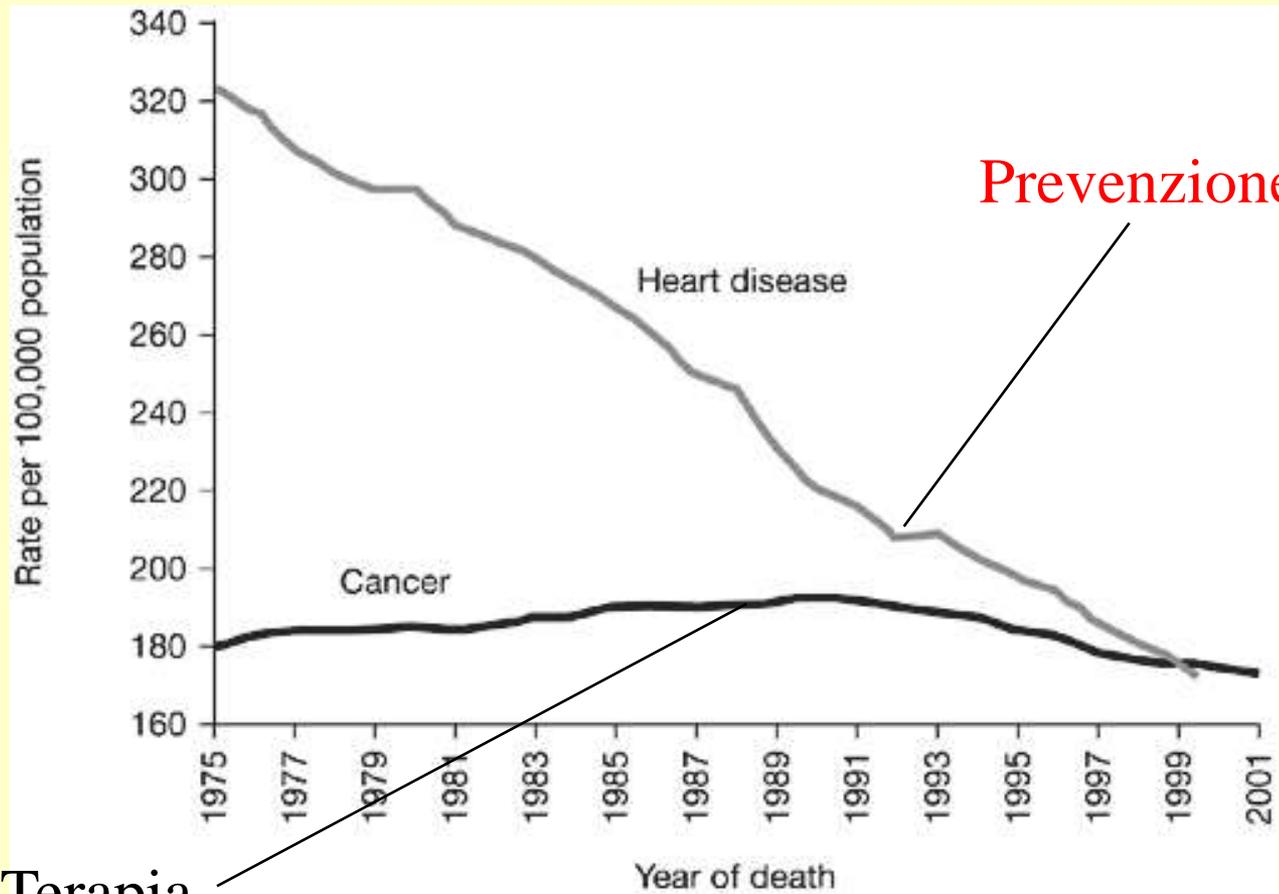
Evans JM et al. BMJ 2005

Diabetes Care 2010

METFORMIN



Cura verso Prevenzione



Terapia

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

Altri aspetti della Medicina di Genere ⁽¹⁾

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

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

Medicina di Genere (2)

- Molti studi dimostrano che il genere influisce significativamente su:

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

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

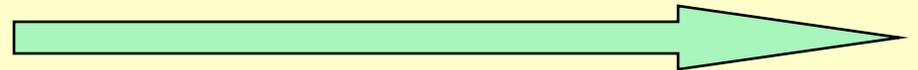
Medicina di Genere (3)

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

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

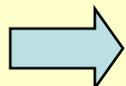
Medicina di Genere (4)

- Differenze biologiche: dai due cromosomi X ai livelli ormonali alle funzioni fisiologiche legate al sesso ...
importanti, **ma** sono solo una parte del problema
- Il modo in cui uomini e donne si pongono rispetto a salute, sintomatologia, prevenzione e cura deriva anche dai **condizionamenti della società e della cultura** in cui sono cresciuti o vivono.



Condizionamenti

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

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

Cosa può fare la Medicina di Genere?

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

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

Genere e farmacologia ⁽¹⁾

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



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

Genere e farmacologia (3)

- Epidemiologia recente: le malattie non hanno soltanto diversa incidenza, hanno anche diverso decorso tra uomini e donne.
- Le differenze biologiche legate al genere hanno un ruolo cruciale in alcune patologie, come quelle cardiovascolari ad esempio.

Comitato Tecnico Scientifico di ONDA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

OSSERVATORIO SALUTE DONNA (O.S.D.)

“Valorizzare, promuovere, sostenere, educare, conoscere, ricercare, informare”

L'identità di O.S.D.

Da cosa nasce (...)

Gli Obiettivi

Progetti e Ricerche (...)
“Women and Science”

Di cosa ci occupiamo

Mission

Le Azioni

Area
Bio-Medica

Area
Psico-Sociale

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

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

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

medicati

AUSL:

na – salute

co/psicologico

- Incontri di sensibilizzazione

Intra ASMN / AUSL:

“Appuntamenti donna – salute benessere e cultura”

-Formazione scientifico/psicologico

- Convegni

Servizi On-Line

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

Comunicazione-Informazione

- News
- Recensioni
- Rassegna Stampa

O.S.D. con chi

- Partners (..)
- Istituzioni

- Gruppo di Lavoro
- ASMN AUSL Territorio

L' Osservatorio Salute Donna

Obiettivi:

1. affinare e consolidare progressivamente lo spettro di indagine;
2. dedicare analisi e percorsi specifici sul tema della promozione della salute di genere e della personalizzazione della cura;
3. promuovere attività di sensibilizzazione, formazione ed aggiornamento attraverso una visione a 360° sulle tematiche inerenti le patologie femminili in rapporto alla scienza e società e al dialogo con i cittadini, i ricercatori e altri professionisti del mondo scientifico, sanitario, socio-educativo e culturale.

Arcispedale S.Maria Nuova Reggio Emilia IRCCS Oncologico-Team della Ricerca



G. Rubini

GRUPPO RICERCA TRASLAZIONALE IRCCS-ASMN Reggio Emilia



Donne, scienza e professione

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

Soprattutto in Italia

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

Donne, scienza e professione (2)

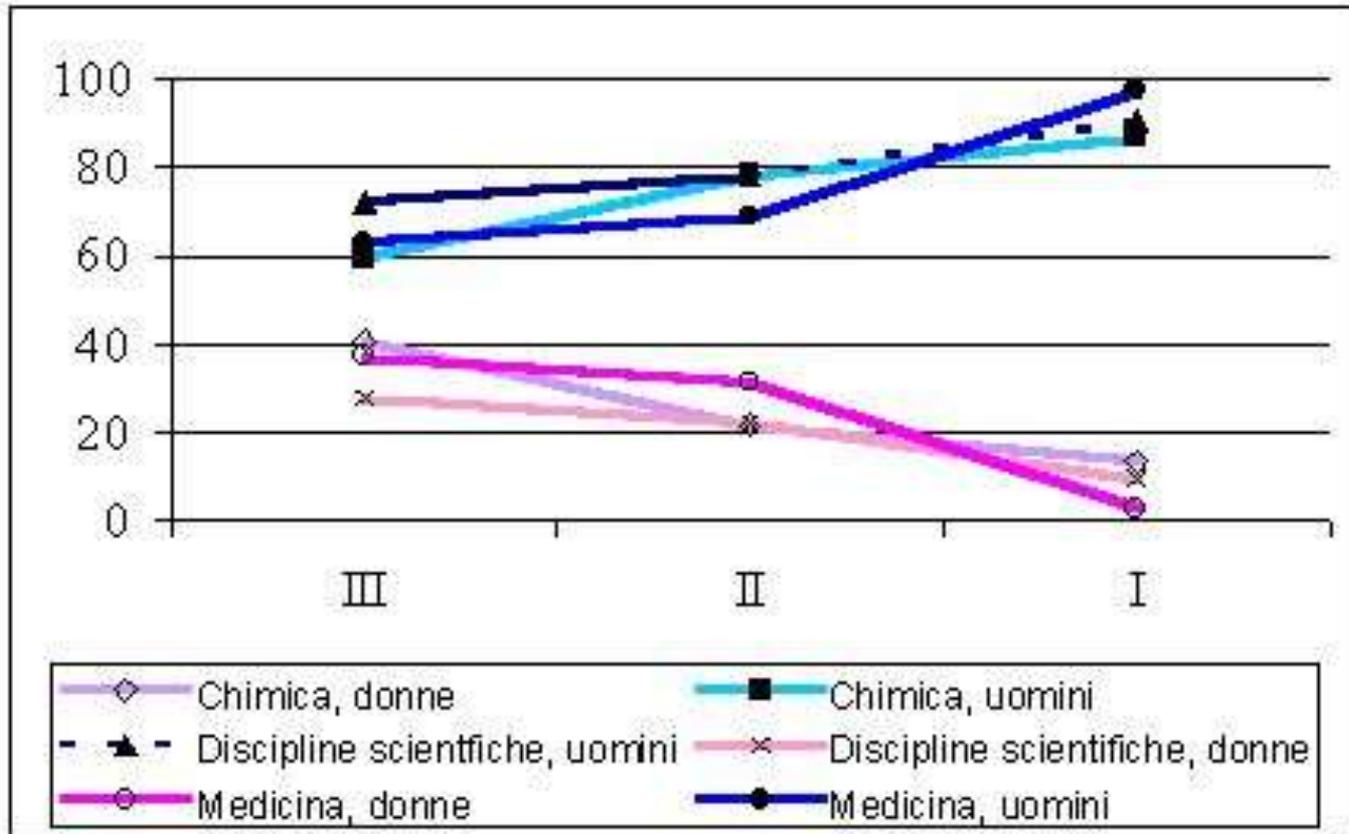
Uomini e donne:

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

... allora perché poche donne arrivano al vertice?

Progressione di Carriera in scienze e medicina

The neutrality in science: a very hard taboo

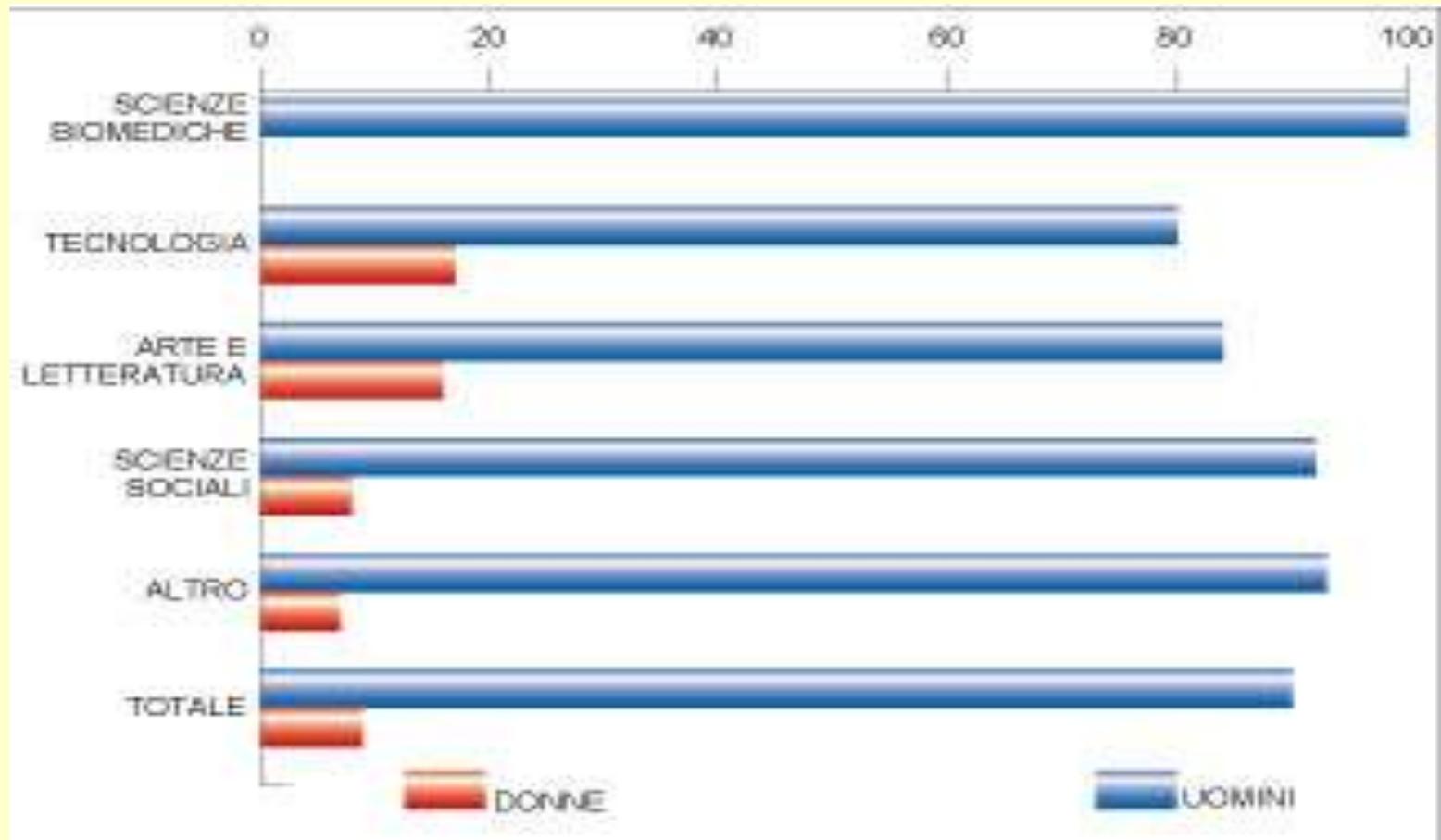


Rossella Palomba: Laboratory investigations: Minerva's daughters

Donne, scienza e professione (3)

- Le donne sono oggi soltanto il 33% dei ricercatori europei, il 20% dei professori ordinari e il 15,5% dei direttori delle istituzioni nel settore dell'istruzione superiore.
- Da notare che la percentuale degli ordinari donne europee è cresciuta di solo 5 punti (dal 15 al 20%) in otto anni (dal 2002 al 2010).
- L'Italia è leggermente sopra la media europea per la percentuale di ricercatrici (34%). In numero assoluto le ricercatrici sono 50,525, contro 98,789 ricercatori uomini.

Presidi di facoltà o Direttori Dipartimento Secondo il genere



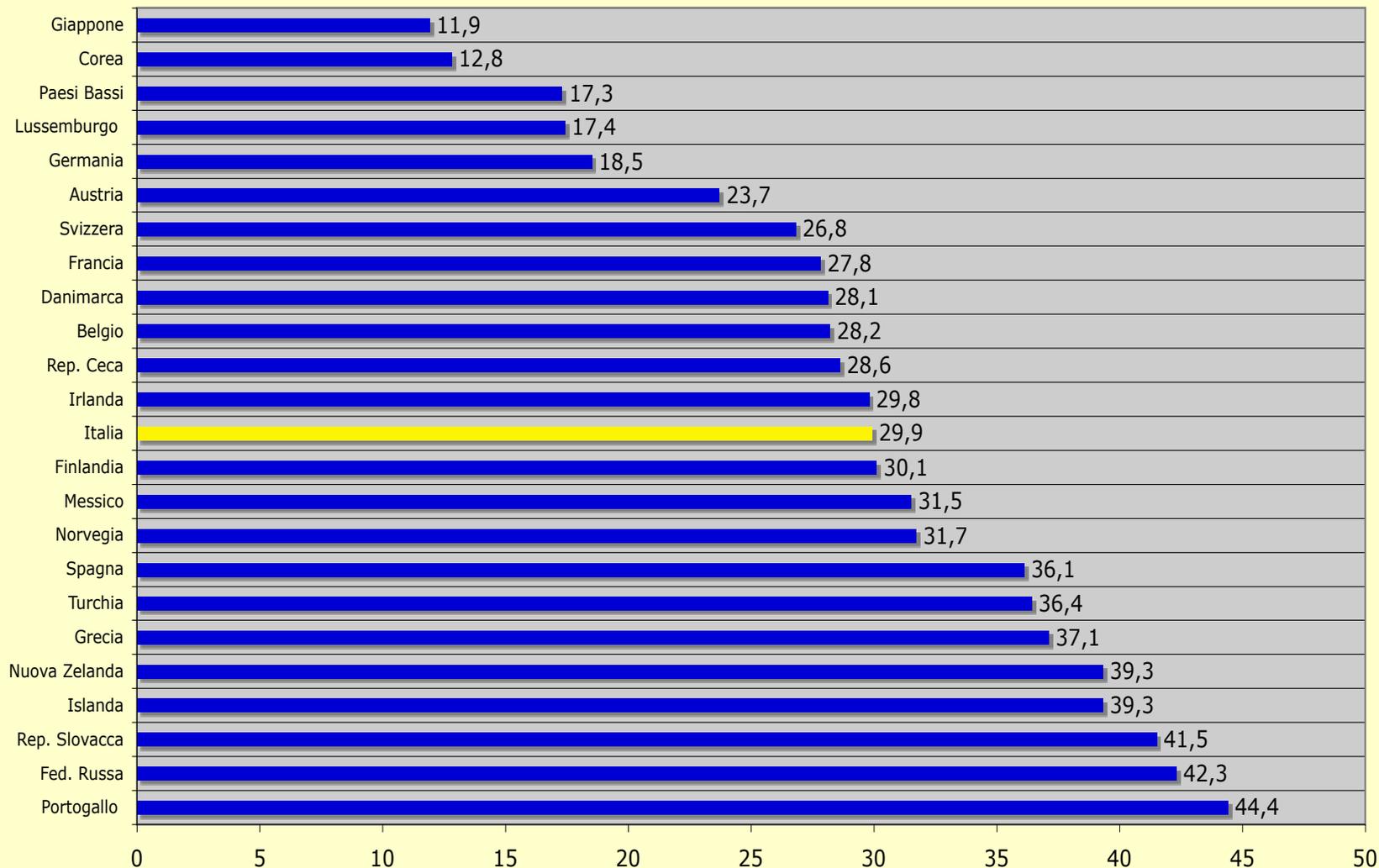
Donne, scienza e professione (4)

Buone notizie:

- In Europa il numero medio di donne ricercatrici è aumentato a un ritmo del 5,5% contro una crescita media maschile del 3,3%.
- In Italia i tassi sono ancora più elevati e la differenza tra donne e uomini più sostenuta (7,1% le prime e 3,5% per i secondi).
- La nostra percentuale di professori ordinari donne è in linea con la media europea: 20%.

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

I paesi con la maggior presenza di ricercatrici donne



CAREERS AND RECRUITMENT

A mentoring program for women scientists meets a pressing need

Masha Fridkis-Hareli

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

NATURE BIOTECHNOLOGY VOLUME 29 NUMBER 3 MARCH 2011

EDITORIAL

nature
neuroscience

Wanted: women in research

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

NATURE NEUROSCIENCE VOLUME 13 | NUMBER 3 | MARCH 2010

WORLD VIEW

A personal take on events

R. P. GRANT



Women scientists must speak out

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

9 DECEMBER 2010 | VOL 468 | NATURE | 733

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

Neuron
NeuroView



Career Development for Women Scientists in Asia

Nancy Y. Ip^{1,*}

¹Division of Life Science, The Hong Kong University of Science and Technology, Clear Water Bay, Hong Kong, China

*Correspondence: boip@ust.hk

DOI 10.1016/j.neuron.2011.06.008

Science faculty's subtle gender biases favor male students

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

^aDepartment of Molecular, Cellular and Developmental Biology, ^bDepartment of Psychology, ^cSchool of Management, and ^dDepartment of Psychiatry, Yale University, New Haven, CT 06520

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

Allora perché le scienziate sono poche?

Durante gli anni in cui si posano le fondamenta della propria carriera, dai 25 ai 40 anni la mobilità professionale delle donne può essere ridotta perché:

- possono decidere di avere figli;
- possono essere impegnate nel lavoro di cura di figli, partner, genitori anziani;
- possono trascurare la propria carriera per rendere possibile quella del partner.

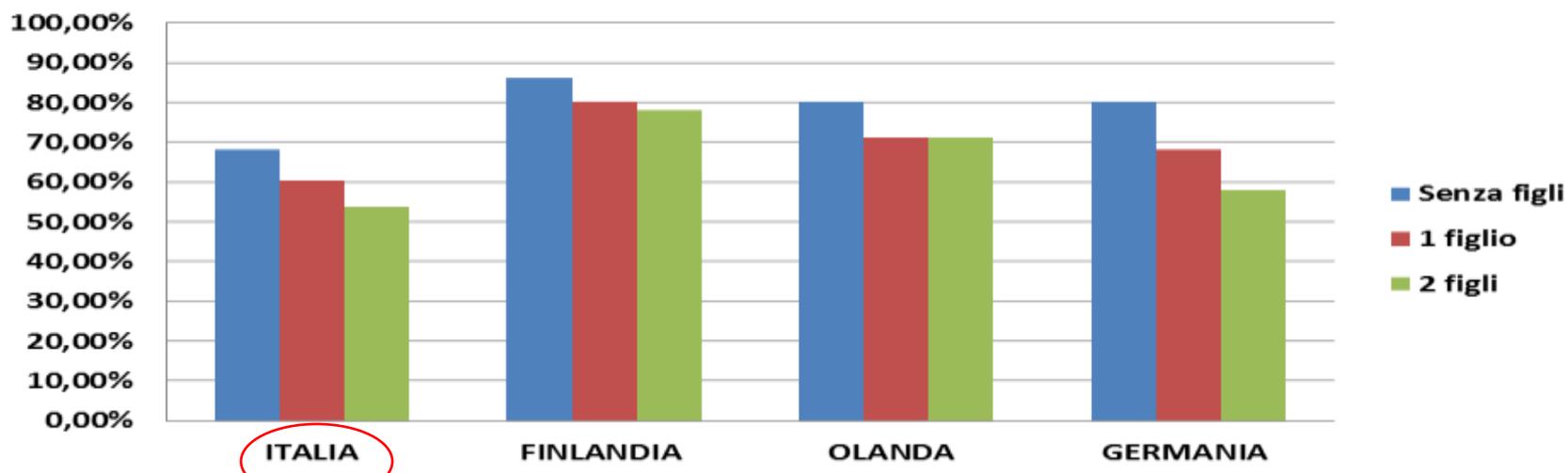
Allora perché le scienziate sono poche? (2)

- In Italia oltre un quarto delle donne occupate (il 27,1%) abbandona il lavoro dopo l'arrivo del primo figlio.
- **Succede anche negli altri paesi europei.**
L'occupazione delle mamme diminuisce nei primi tre anni di vita del bambino e poi gradualmente aumenta: **le donne tornano al lavoro** quando il bambino diventa più grande.
- **In Italia invece l'abbandono del lavoro è molto spesso definitivo.**

Tasso Occupazione Donne tra i 20 e i 49 anni

	Senza figli	1 figlio	2 figli
ITALIA	68%	60%	53,7%
Finlandia	86%	80%	78%
Olanda	80%	71%	71%
Germania	80%	68%	58%

TASSO OCCUPAZIONE DONNE tra i 20 e i 49 anni



Londra Helena Morrissey: conciliazione impossibile se lui è in carriera

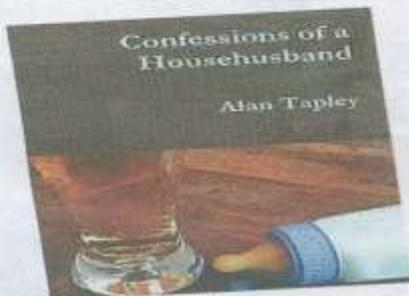
Corsera 4.7.2011

Mariti a casa con i figli

Il segreto delle supermanager

La donna più potente della City: così si riducono gli ostacoli

I nuovi papà



Libro Tra le ultime uscite, «Confessions of a Househusband», di Alan Tapley (2010)



Film Sopra, una scena di «Mr. Mom» (1983). Michael Keaton è Jack, «mammo» di 3 bimbi

Blog In rete, l'esperienza di Stefano, papà italiano in Svezia: <http://congedoparentale.blogspot.com/>

che a fare il casalingo (con tanta, chiaramente), nell'arco degli anni ha messo nel cassetto la laurea in Legge presa all'università di Cambridge e studiato filosofia buddhista, così adesso fa lezioni di meditazione. I bambini? Hanno dai 2 ai 19 anni, il più grande è in collegio (a Eton), l'anno prossimo andrà all'università.

Nel mondo anglosassone la figura del marito casalingo — *house husband*, o *Sahd*, *stay at home dad* — è sempre più comune. Sarebbero oltre duecentomila gli uomini con figli che, per scelta o circostanze, sono a casa a rifare i letti, a preparare la cena e prendersi cura della famiglia. L'incidenza sale nell'ambiente della finanza e del business. A un summit di donne di successo organizzato l'anno

scorso dalla rivista *Fortune* un terzo delle partecipanti aveva un marito a casa. Per Lucy Kellaway, editorialista del *Financial Times*, si tratta di un fenomeno accertato. «Se la donna di successo oggi non arriva ai massimi livelli — ha scritto — è perché viene ostacolata non sul lavoro quanto a casa: vuole dire che ha sposato un uomo che mette la sua carriera prima di quella della moglie». Kellaway ha scavato nel me-

nage privato delle cinquanta donne di maggior successo al mondo e trovato dati interessanti. Quasi tutte hanno figli, ma nessuna sembra aver sposato un uomo alpha, ovvero professionalmente aggressivo e ambizioso. «Indra Nooyi, amministratore delegato di Pepsi, ha un marito che si è messo in proprio per seguire la moglie e prendersi cura dei figli, idem Irene Rosenfeld, alla guida di Kraft, idem Ursula Burns, di Xerox».

Per Morrissey la questione dell'equilibrio familiare e della divisione delle mansioni domestiche è particolarmente importante: il suo nuovo obiettivo, infatti, tocca tutte le donne professioniste.

L'anno scorso ha fondato il 30% Club, un gruppo che mira, entro il 2015, a portare più donne nel consiglio d'amministrazione delle maggiori aziende del Regno Unito. Oggi solo il 12,5% dei dirigenti sono donne. Una cifra che Morrissey vuole più che raddoppiare in quattro anni.

«Come mai sono così poche le donne ai vertici?», si è chiesta. «Per tutto l'iter accademico hanno gli stessi voti degli uomini, cosa succede dopo, non posso credere che si perdano a 30 anni. Abbiamo la tecnologia per permettere alla gente di lavorare da casa e part-time. Tutte le ricerche realizzate in questo campo traggono le stesse conclusioni: le società che si avvalgono delle donne ottengono risultati migliori».

Paola De Carolis

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I numeri

200.000

Secondo il «Time» il numero di padri casalinghi negli Usa è triplicato negli ultimi 10 anni. I dati ufficiali ne contavano meno di 20.000 nel 2007, ma chi studia il fenomeno ipotizza una cifra dieci volte più grande. Per il sociologo Scott Coltrane, dell'Università della California, Riverside, i «padri iniziano ad assomigliare alle madri»

5.680

In Italia non esistono dati sui padri che hanno deciso di dedicarsi completamente a casa e bambini. L'Associazione Uomini Casalinghi, nata nel 2003, alla fine del 2009 contava 5.680 iscritti

3/4

Uno studio dell'Università del Michigan ha confrontato la quantità del tempo passato dal papà con i loro figli negli anni 70 e dopo il 2000: in passato, era pari a un terzo del tempo dedicato dalle madri; adesso raggiunge i tre quarti



La 27^a ora
Commenta
su corriere.it

Quali sono le condizioni ostili?

- Pochi e costosi servizi per la prima infanzia
- Poca condivisione del lavoro di cura dei bambini con il padre
- Un atteggiamento non favorevole dell'azienda o istituzione per cui lavorano
- Casi estremi di vero e proprio mobbing e di pratiche discriminatorie (anche verso donne senza figli)

Come miglioriamo la situazione?

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

ELENCO RELATORI

ECM

SEDE CONVEGNO

MODALITA' DI ISCRIZIONE



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia
Presidenza: S. Maria Ferris
Istituto di Ricerche Innovative e modelli assistenziali in oncologia
Istituto di Ricerca e Cura e Conoscenza Scientifica



organizzano il

CONVEGNO

"WOMEN OF IMPACT"

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

MAGGIO 2014

SEGRETERIA SCIENTIFICA

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

Con il Patrocinio di

BOZZA PROGRAMMA



MAGGIO 2014

ore 14.00

SALUTO DELLE AUTORITÀ

Prima sessione: ore 14:15

Moderatore

NOME

SILVIA FRANCESCHI - *University of Lyon I, France*
 ANGELA BARBARO-GALTIERI - *Università La Sapienza, Roma*

SILVIA G. PRIORI - *Università, Pavia*
 DANIELA BORTOLETTO - *University Purdue, USA*

ore 16.30 Pausa caffè

Seconda sessione: 16.15

Moderatore

NOME

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

MAGGIO 2014

Terza sessione: 9.00

Inizio lavori

Moderatore

NOME

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

ore 11.00 Pausa caffè

Quarta sessione: 11:00

Moderatore

NOME

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

MAGGIO 2014

ore 14.00

Inizio lavori

Moderatore

NOME

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

ore 16.30 Pausa caffè

Conclusioni



Comitato Tecnico Scientifico di ONDA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Grazie per l'attenzione