

CORSO DI FORMAZIONE SULLA MEDICINA DI GENERE

## PREVENZIONE DI GENERE

VENERDÌ 16 GIUGNO 2023

ORE 9.00 – 13.00

SALA MARIAROSARIA VENTURINI  
VIALE DUCA DEGLI ABRUZZI, 15  
ATS BRESCIA

### Saluti istituzionali

**Franco Milani**  
Direttore Socio Sanitario  
ATS Brescia

### Introducono

**Franco Di Nuovo**  
Coord. Regionale Medicina di Genere  
ASST Rho-dense

**Giovanni Marazza**  
Direttore Dipartimento Igiene e Prevenzione Sanitaria  
ATS Brescia

### Responsabile scientifico

**Daniela Rossi**  
Coord. Tavolo Medicina di Genere  
ATS Brescia

### Intervengono

**Cinzia Gasparotti**  
S.S. Epidemiologia  
ATS Brescia

**Enri Hoxha**  
S.S. Screening  
ATS Brescia

**Chiara Zubani**  
Laureata in Assistenza Sanitaria  
presso Università degli Studi di Brescia  
**Annalisa Giancaterini**  
UOSD Malattie Endocrine del Ricambio e della Nutrizione  
ASST Brianza

**Daniela Rossi**  
Coord. Tavolo Medicina di Genere  
ATS Brescia

### Partecipazione

#### Iscrizioni e Crediti ECM

L'iscrizione al corso dovrà essere effettuata online entro **giovedì 15 giugno 2023** accedendo con le credenziali e/o effettuando la registrazione al portale <https://formazione.sigmapaghe.com>  
Secondo le indicazioni contenute nella D.G.W. n. 19280 del 29.12.2022 all'evento sono stati assegnati N° 4 crediti ECM

#### Rilascio Attestati

L'attestato con i crediti sarà rilasciato esclusivamente a coloro che avranno partecipato, in presenza, al 100% dell'iniziativa, superato la prova di apprendimento e compilato il questionario di customer satisfaction on-line entro 3 giorni dal termine del corso

#### Segreteria organizzativa

Servizio Gestione Personale e Sviluppo Professionale

☎ 030383.8231/8556 ✉ [formazione@ats-brescia.it](mailto:formazione@ats-brescia.it)



[www.ats-brescia.it](http://www.ats-brescia.it)

# L'osservatorio epidemiologico e la salute della popolazione

*Dr.ssa Cinzia Gasparotti*

*Dirigente Medico*

*Struttura Semplice EPIDEMIOLOGIA*

*ATS Brescia*

**Epi – demos – logos: *Popolo - studio***

L'epidemiologia non si occupa del singolo individuo, ma studia la salute delle **popolazioni**

**Definizione OMS:** L'epidemiologia è lo studio della distribuzione e dei determinanti degli stati e degli eventi correlati con la salute, e l'applicazione di questo studio al controllo delle malattie e di altri problemi di salute



**Epi – demos – logos: *Popolo - studio***

L'epidemiologia non si occupa del singolo individuo, ma studia la salute delle **popolazioni**

**Definizione OMS:** L'epidemiologia è lo studio della distribuzione e dei determinanti degli stati e degli eventi correlati con la salute, e l'applicazione di questo studio al controllo delle malattie e di altri problemi di salute

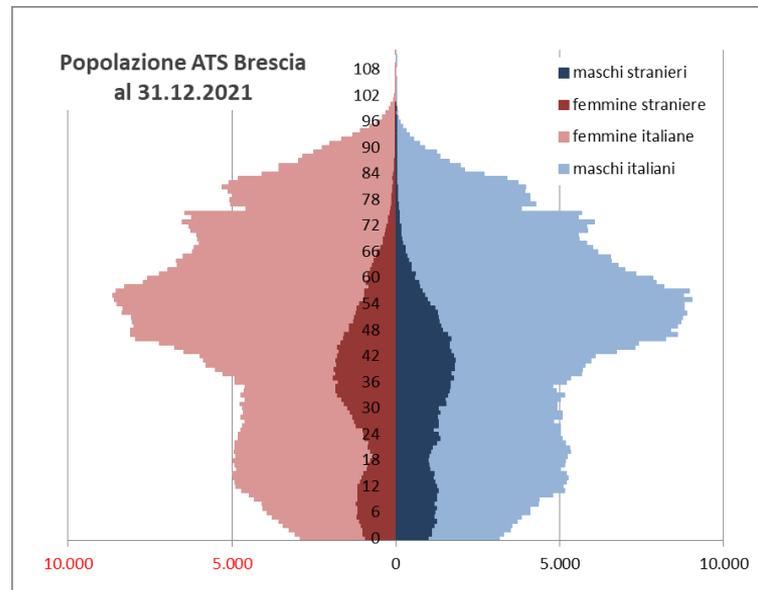
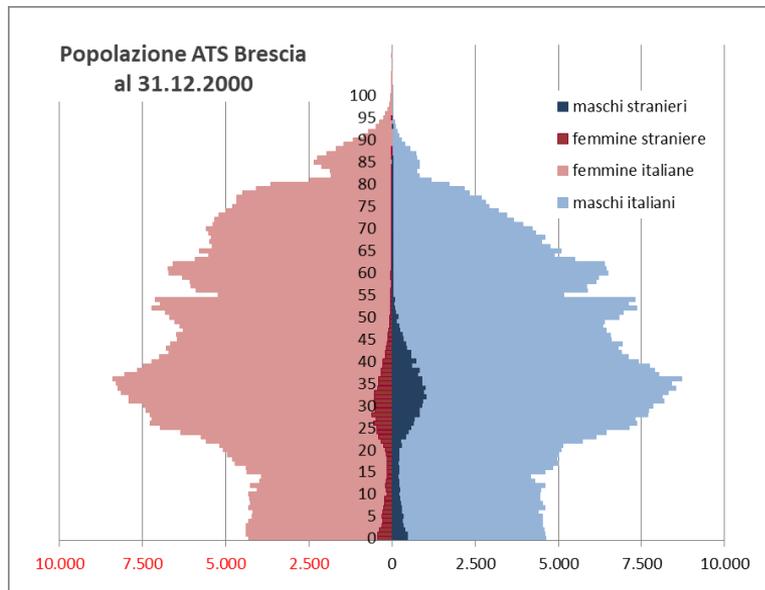
Conoscere il territorio e la popolazione residente

Individuare problemi emergenti in sanità pubblica

Sviluppare azioni di miglioramento e verificarne l'impatto

Evidenziare differenze tra sottopopolazioni: fasce d'età, **GENERE**, nazionalità, residenza

## ATS BRESCIA, COME È CAMBIATA LA POPOLAZIONE...



Popolazione: +17,5%  
Popolazione oltre i 64 anni: +54,1%  
Popolazione oltre gli 84 anni: +90,4%  
Popolazione straniera: +329% nel periodo 2000-2011  
Incremento dell'età media

Rispetto alla media nazionale:  
PIU' GIOVANE  
IN CRESCITA  
PIU' STRANIERI

INDICATORE	2019	2020	differenza
Totale assistiti	1.179.966	↓ 1.172.226	-7.740
N° bambini (<15 anni)	165.403	↓ 161.485	-3.918
N° pop 65 anni e più	254.947	↓ 254.805	-142
>=85 anni	38.759	↓ 38.284	-475
N° nuovi nati	8.819	↓ 8.473	-346
N° morti	<b>10.678</b>	<b>14.644</b>	3.966
N° stranieri	169.233	↓ 165.946	-3.287
N° persone attive (15-64 anni)	759.616	↓ 755.936	-3.680

## 2021

- 1.174.892 assistiti residenti al 31 dicembre
- 8.177 nuovi nati / 11.816 decessi
- Tasso di natalità: 6,96/1.000 (nel 2008 era 11,2/1.000)
- 22% con età >=65 anni
- 3,3% con età >=85 anni

# SCOPO della MEDICINA DI GENERE

- Descrivere differenze anatomiche e fisiologiche di organi, sistemi e apparati nell'uomo e nella donna;
- Descrivere la diversa distribuzione delle malattie per genere
- Identificare le differenze nella fisiopatologia delle malattie
- Descrivere la diversa clinica nei due generi
- Valutare l'efficacia di interventi diagnostici e terapeutici e delle azioni di prevenzione
- Sviluppare protocolli di ricerca che permettano il trasferimento dei risultati degli stessi studi nella pratica clinica

## Donne e uomini si ammalano diversamente

Suscettibilità  
Diagnosi  
Incidenza e prevalenza  
Progressione  
Risposta alle terapie  
Prognosi  
Percezione



**Sesso Biologico:** caratteristiche biologiche che distinguono gli esseri umani in maschi o femmine.  
**Genere:** differenze sociali tra le donne e gli uomini. Possono cambiare col tempo e presentano notevoli variazioni tra differenti culture e all'interno di una stessa cultura. Il genere include gli elementi che caratterizzano essere donna o uomo in una determinata società.



# 1948

## Definizione OMS di salute

La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza dello stato di malattia o di infermità.

(OMS, 1948)

1948

## Definizione OMS di salute

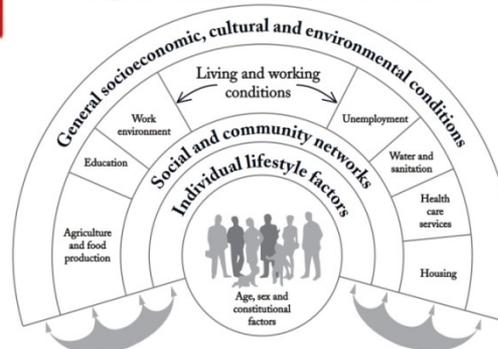
La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza dello stato di malattia o di infermità.

(OMS, 1948)

1998

Definizione dei determinanti di salute:  
insieme di fattori personali, sociali,  
economici ed ambientali che  
determinano lo stato di salute di  
individui o popolazioni.

Figure 1. The Main Determinants of Health



Source: Dahlgren and Whitehead, 1993

1948

## Definizione OMS di salute

La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza dello stato di malattia o di infermità.

(OMS, 1948)

1998

Definizione dei determinanti di salute: insieme di fattori personali, sociali, economici ed ambientali che determinano lo stato di salute di individui o popolazioni.

Figure 1. The Main Determinants of Health



Source: Dahlgren and Whitehead, 1993

2009

Istituzione del dipartimento dedicato alla salute delle donne e alle differenze di genere





*Ministero della Salute*

**Piano per l'applicazione e la diffusione  
della Medicina di Genere**

(in attuazione dell'articolo 3, comma 1, Legge 3/2018)

*Versione 6 maggio 2019*

1

Pertanto, in base all'indicazione dell'OMS, si definisce **Medicina di Genere** lo studio dell'influenza delle differenze biologiche (definite dal sesso) e socio-economiche e culturali (definite dal genere) sullo stato di salute e di malattia di ogni persona. Infatti, molte malattie comuni a uomini e donne presentano molto spesso differente incidenza, sintomatologia e gravità. Uomini e donne possono presentare inoltre una diversa risposta alle terapie e reazioni avverse ai farmaci. Anche l'accesso alle cure presenta rilevanti disegualianze legate al genere.



*Ministero della Salute*

## **Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere**

(in attuazione dell'articolo 3, comma 1, Legge 3/2018)

*Versione 6 maggio 2019*

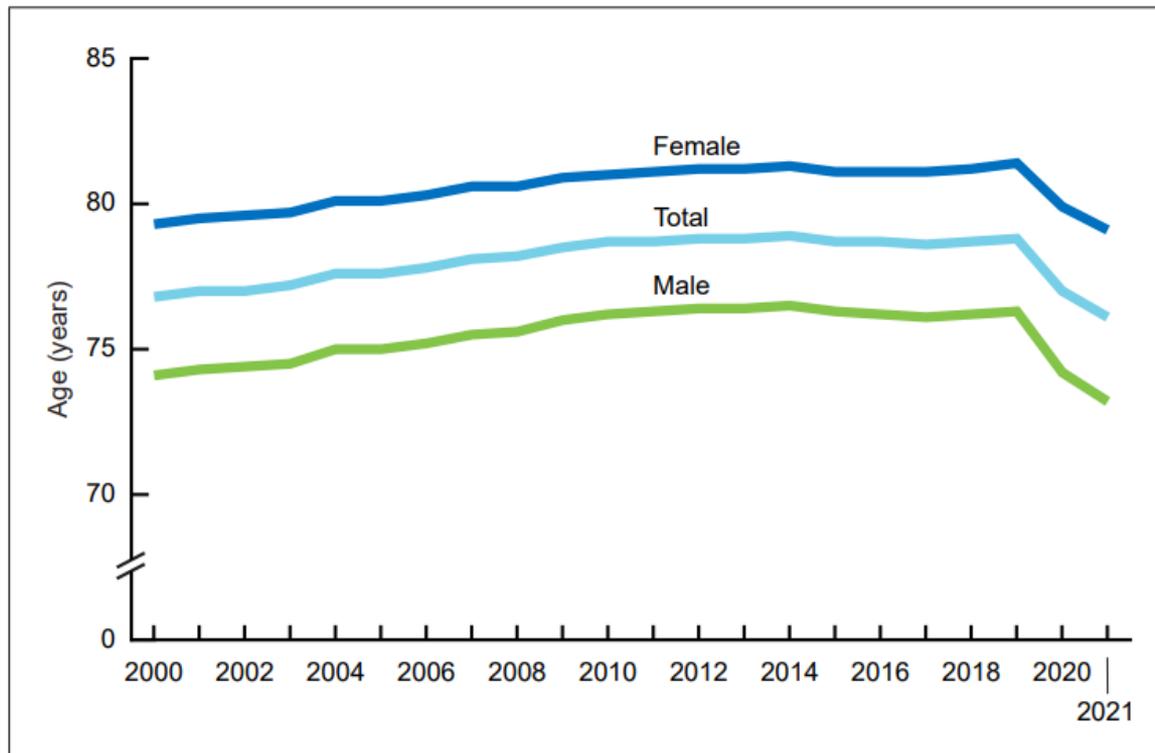
1

Pertanto, in base all'indicazione dell'OMS, si definisce **Medicina di Genere** lo studio dell'influenza delle differenze biologiche (definite dal sesso) e socio-economiche e culturali (definite dal genere) sullo stato di salute e di malattia di ogni persona. Infatti, molte malattie comuni a uomini e donne presentano molto spesso differente incidenza, sintomatologia e gravità. Uomini e donne possono presentare inoltre una diversa risposta alle terapie e reazioni avverse ai farmaci. Anche l'accesso alle cure presenta rilevanti disegualianze legate al genere.

## **Ambiti prioritari per un approccio di genere in medicina**

- Farmaci e dispositivi medici
- Malattie cardiovascolari
- Malattie neurologiche
- Malattie dell'osso
- Malattie psichiatriche
- Malattie autoimmuni
- Malattie dermatologiche
- Risposta ai vaccini
- Infezioni virali e batteriche
- Malattie metaboliche
- Oncologia
- Disordini dello sviluppo sessuale
- Pediatria

Figure 1. Life expectancy at birth, by sex: United States, 2000–2021



NOTES: Estimates are based on provisional data for 2021. Provisional data are subject to change as additional data are received. Estimates for 2000–2020 are based on final data.

SOURCE: National Center for Health Statistics, National Vital Statistics System, Mortality.

I maschi hanno una aspettativa di vita nettamente inferiore a quella delle femmine in tutto il mondo, in ogni Paese, in ogni continente.

In Italia nascere maschio significa avere una aspettativa di vita inferiore di 5 anni rispetto al nascere femmina (Dati ISTAT)

## Gender-specific susceptibility to some diseases, infections, vaccinations and environmental factors

 Asthma (from birth until puberty)

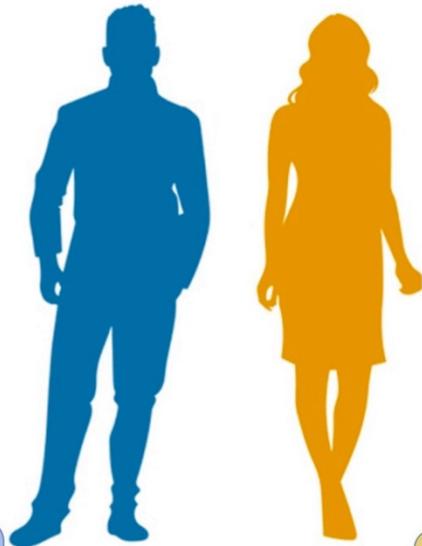
 Autism Spectrum Disorders  
Tourette's Syndrome  
Attention Deficit Hyperactivity Disorder  
Dyslexia

 Amyotrophic lateral sclerosis  
Parkinson's disease  
Stroke  
Schizophrenia (early incidence)

 Cancers developed in larynx, oesophagus, and bladder  
Non-reproductive cancers

 MERS-CoV  
SARS-CoV2 (lethality)  
Hepatitis B virus  
Tuberculosis

 PM2.5 exposure  
Caffeine consumption associated to protective effect for Parkinson's disease  
Cognitive domain deficits associated to endocrine disruptors exposure



 Sjogren's syndrome  
Systemic lupus erythematosus  
Autoimmune thyroid disease  
Scleroderma  
Myasthenia gravis  
Multiple sclerosis  
Rheumatoid arthritis  
Systemic sclerosis  
Asthma (after puberty)

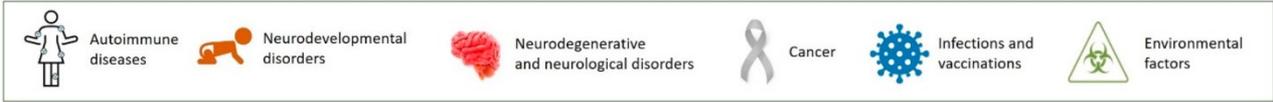
 Phobias, obsessive compulsive disorder and eating disorders

 Alzheimer's disease  
Depression and Anxiety disorder  
Phobias, obsessive compulsive disorder and eating disorders  
Schizophrenia (late biased)

 Thyroid cancers  
Lung cancer in nonsmokers

 Better response to various vaccines

 Cigarette smoke  
Caffeine consumption associated to protective effects for stroke, dementia and depression  
Better response after treatment of small cell-lung cancer  
Domain of emotionality deficits associated to endocrine disruptors exposure



<https://www.mdpi.com/2227-9059/9/6/652>

Migliore L. et al.  
Biomedicines,  
2021;9(6):652

## LA BANCA DATI ASSISTITO E LE MALATTIE CRONICHE

Monitoraggio delle **malattie croniche** nella popolazione assistita mediante l'integrazione dei dati correnti, opportunamente anonimizzati, provenienti da esenzioni per patologia, trattamenti farmacologici, ricoveri ospedalieri, prestazioni ambulatoriali specialistiche e di area psichiatrica, ricoveri in Residenze Sanitario Assistenziali.

# LA BANCA DATI ASSISTITO E LE MALATTIE CRONICHE

Monitoraggio delle **malattie croniche** nella popolazione assistita mediante l'integrazione dei dati correnti, opportunamente anonimizzati, provenienti da esenzioni per patologia, trattamenti farmacologici, ricoveri ospedalieri, prestazioni ambulatoriali specialistiche e di area psichiatrica, ricoveri in Residenze Sanitario Assistenziali.

## GRUPPI PATOLOGICI

1. TRAPIANTI
2. INSUFFICIENZA RENALE CRONICA
3. HIV/AIDS
4. ONCOLOGIA
5. DIABETE
6. IPERTENSIONE E IPERCOLESTEROLEMIA
7. CARDIOVASCOLARE
8. RESPIRATORIE
9. APP. DIGERENTE
10. NEUROPATIE
11. AUTOIMMUNI
12. TIROIDE
13. MALATTIE RARE
14. DEMENZE-ALZHEIMER
15. PSICHIATRIA e DISAGIO PSICHICO

## BDA 2020

- 461.182 persone prese in carico per almeno una patologia cronica (38,4%)
- 17,6% affetto da una solo gruppo patologico

GRUPPO PATOLOGICO	Persone prese in carico			Persone in carico per la condizione isolata		
	Numero	Prevalenza (x 1.000)	Età media	Numero	Prevalenza (x 1.000)	% forme isolate
IPERTENSIONE ARTERIOSA	255.867	212,9	70,7	67.042	55,8	26,2%
MALATTIE SISTEMA CARDIOVASCOLARE	125.631	104,5	72,8	9.369	7,8	7,5%
PAT. PSICHIATRICA e DISAGIO PSICHICO	104.603	87,0	58,1	38.349	31,9	36,7%
IPERCOLESTEROLEMIE FAMILIARI E NON	98.101	81,6	71,6	8.481	7,1	8,6%
DIABETE	78.121	65,0	67,9	13.449	11,2	17,2%
ONCOLOGICI	67.215	55,9	68,0	15.428	12,8	23,0%
MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE	62.067	51,6	64,2	14.811	12,3	23,9%
MALATTIE RESPIRATORIE CRONICHE	46.997	39,1	57,0	18.257	15,2	38,8%
PATOLOGIE TIROIDEE	41.863	34,8	60,6	11.280	9,4	26,9%
NEUROPATIE	20.453	17,0	60,5	4.579	3,8	22,4%
MALATTIE AUTOIMMUNI	21.679	18,0	56,9	4.932	4,1	22,8%
DEMENZE-ALZHEIMER	17.593	14,6	83,5	805	0,7	4,6%
INSUFFICIENZA RENALE	13.126	10,9	75,0	293	0,2	2,2%
MALATTIE RARE	10.573	8,8	46,1	3.922	3,3	37,1%
HIV/AIDS	3.810	3,2	52,7	1.669	1,4	43,8%
TRAPIANTATI	2.437	2,0	57,5	113	0,1	4,6%
	Numero	% sul totale assistiti	Età media			
CON PATOLOGIA CRONICA	461.182	38,4	61,5			
SENZA PATOLOGIA CRONICA	740.663	61,6	35,0			
di cui nessun contatto	240.064	20,0	34,0			
TOTALE ASSISTITI	1.201.845		45,2			

<https://www.ats-brescia.it/documents/3432658/8478812/BDA2020B.pdf/45e31d1b-38e8-67f7-35ba-452ed9887a58>

- Analisi per sesso: prevalenza di presa in carico più elevata tra le donne (406,2/1.000, contro 389,8/1.000 dei maschi)
- Maggiore numerosità femminile nelle fasce d'età più avanzate: standardizzando per età il tasso femminile (398,9) è abbastanza simile a quello dei maschi (378,2)

	Presa in carico grezza			Presa in carico standardizzata per età						Rapporto tra tassi (F vs M)
	% ♀	femmine	maschi	femmine	IC95%		maschi	IC95%		
IPERTENSIONE ARTERIOSA	51%	216,2	209,5	199,6	198,8	200,3	225,9	225,1	226,8	0,88
MALATTIE SISTEMA CARDIOVASCOLARE	45%	92,4	117,0	82,5	81,9	83,1	129,8	129,1	130,6	0,64
PAT. PSICHIATRICA e DISAGIO PSICHICO	61%	105,1	68,5	99,5	98,8	100,2	71,9	71,2	72,5	1,38
IPERCOLESTEROLEMIE FAMILIARI E NON	47%	75,4	88,0	69,8	69,2	70,4	94,9	94,2	95,6	0,74
DIABETE	48%	62,0	68,0	58,3	57,7	58,9	73,4	72,8	74,1	0,79
ONCOLOGICI	53%	58,8	53,0	56,0	55,5	56,6	58,3	57,7	58,8	0,96
MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE	53%	54,4	48,8	51,6	51,0	52,1	51,6	51,1	52,2	1,00
MALATTIE RESPIRATORIE CRONICHE	49%	38,0	40,2	36,5	36,1	37,0	42,7	42,1	43,2	0,86
PATOLOGIE TIROIDEE	82%	56,6	12,6	55,4	54,8	55,9	13,2	12,9	13,5	4,18
NEUROPATIE	50%	16,9	17,1	16,1	15,8	16,4	18,1	17,8	18,5	0,89
MALATTIE AUTOIMMUNI	79%	28,2	7,7	28,1	27,6	28,5	7,9	7,6	8,1	3,56
DEMENZE-ALZHEIMER	69%	20,0	9,1	16,4	16,1	16,6	11,5	11,2	11,8	1,42
INSUFFICIENZA RENALE	43%	9,3	12,6	8,1	7,9	8,3	14,5	14,2	14,8	0,56
MALATTIE RARE	54%	9,4	8,2	9,4	9,2	9,6	8,2	7,9	8,4	1,15
HIV/AIDS	29%	1,8	4,6	1,8	1,7	2,0	4,5	4,3	4,7	0,41
TRAPIANTATI	38%	1,5	2,5	1,5	1,4	1,6	2,6	2,4	2,7	0,59
<b>Tutte le patologie</b>	54%	406,2	360,8	389,8	388,8	390,9	378,2	377,2	379,2	<b>1,03</b>

# IPERTENSIONE

Numerosità: 255.867

Tasso: 212,9/1.000

Età media: 70,7 anni

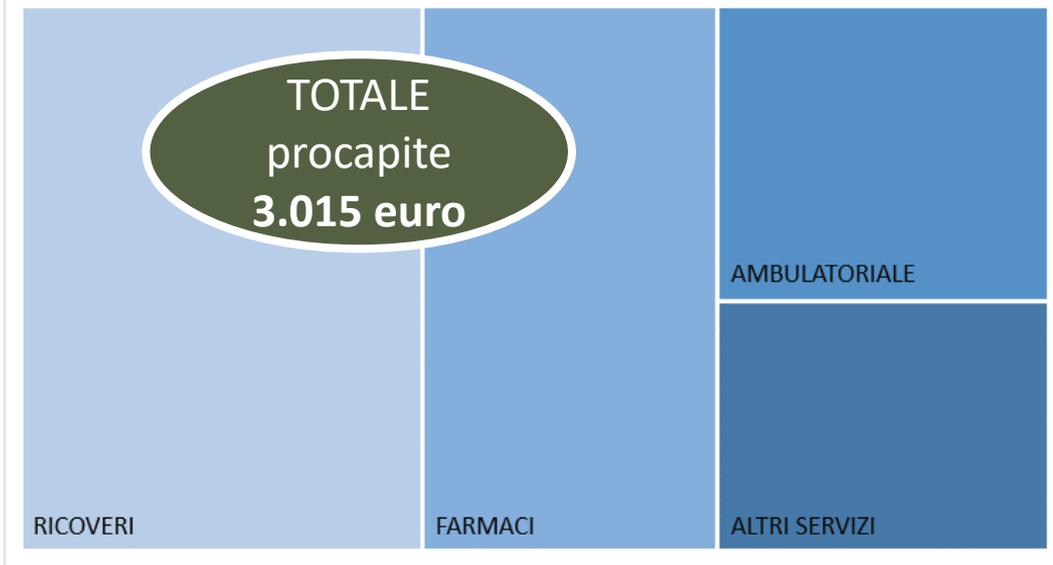
51% femmine

**Preso in carico GREZZA**

**216,2/1.000 femmine**

**209,5/1.000 maschi**

## SPESA PROCAPITE: IPERTENSIONE

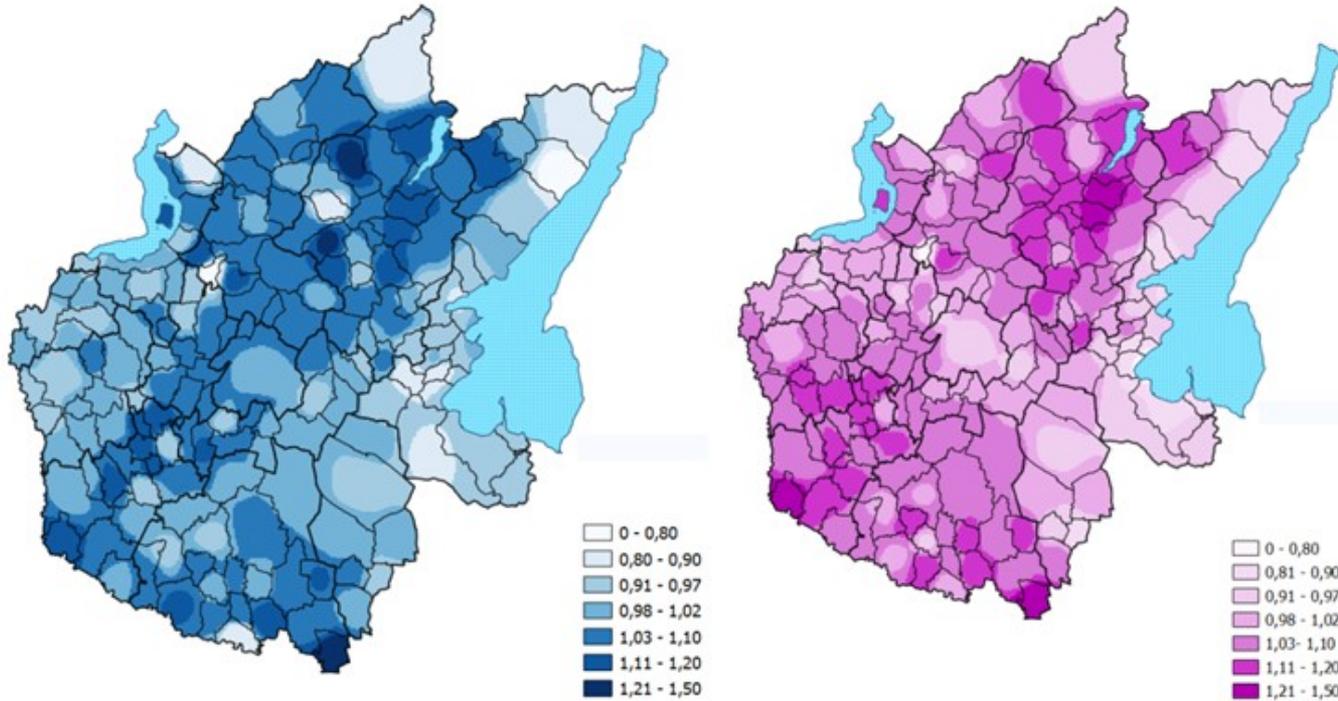


**Preso in carico STANDARDIZZATA:**

**199,6/1.000 femmine**

**225,9/1.000 maschi**

# IPERTENSIONE



## CARDIOVASCOLARE

Numerosità: 125.631

Tasso: 104,5/1.000

Età media: 72,8 anni

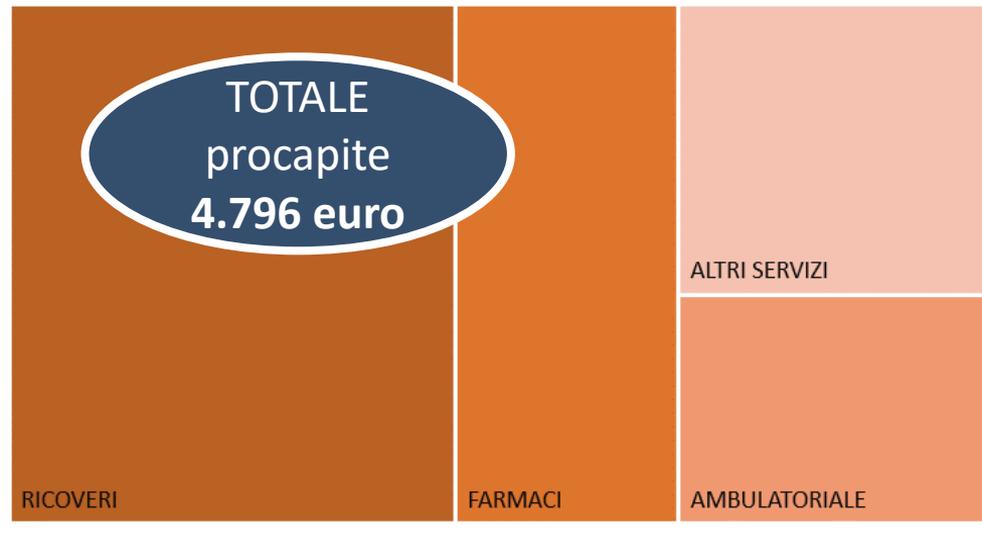
45% femmine

### Presa in carico GREZZA

92,4/1.000 femmine

117/1.000 maschi

### SPESA PROCAPITE: CARDIOVASCOLARE

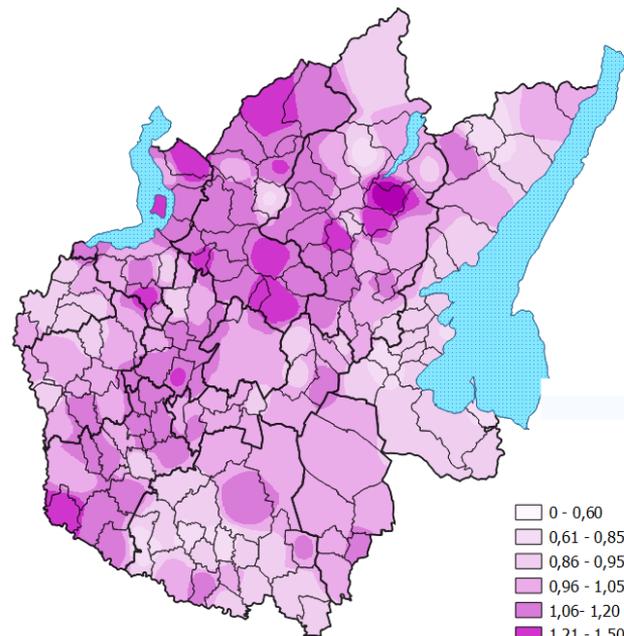
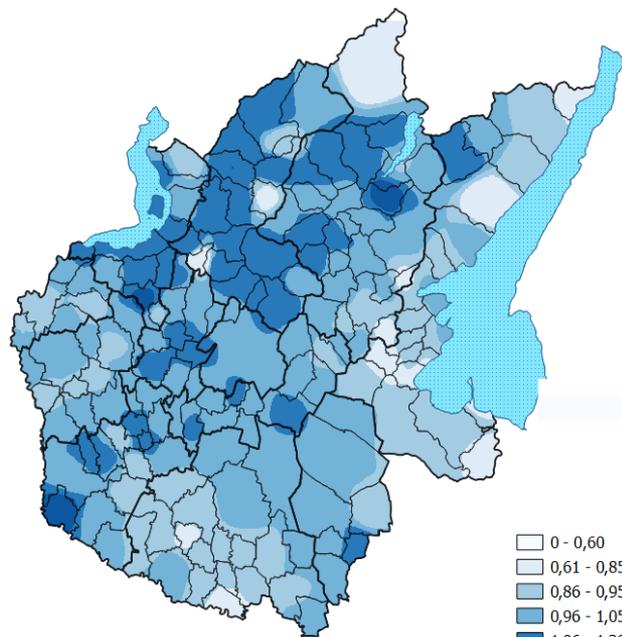


### Presa in carico STANDARDIZZATA:

82,5/1.000 femmine

129,8/1.000 maschi

# CARDIOVASCOLARE



## DIABETE

Numerosità: 78.121

Tasso: 65/1.000

Età media: 67,9 anni

48% femmine

### Presa in carico GREZZA

62/1.000 femmine

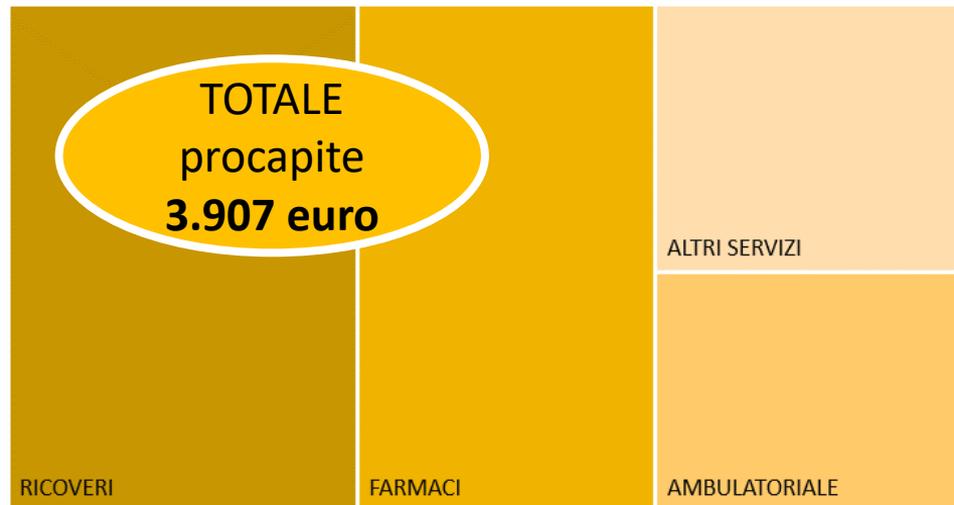
68/1.000 maschi

### Presa in carico STANDARDIZZATA:

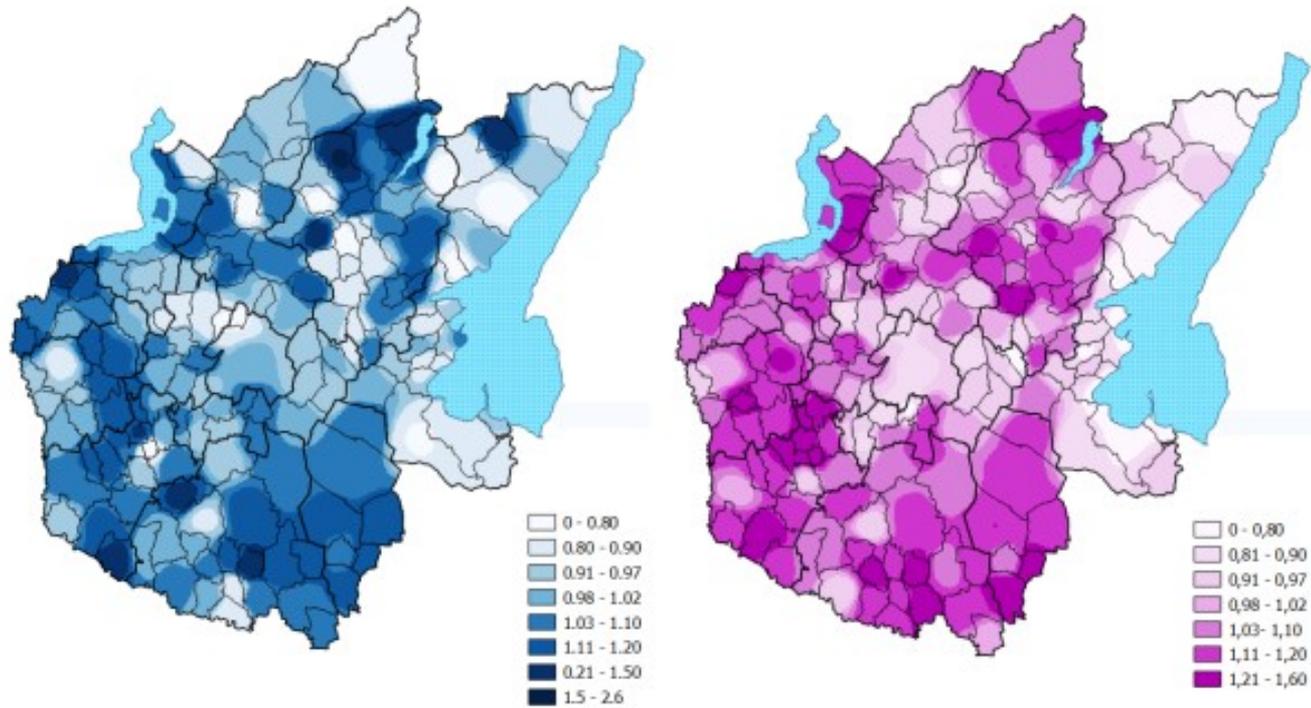
58,3/1.000 femmine

73,4/1.000 maschi

### SPESA PROCAPITE: DIABETE



# DIABETE



**OBIETTIVO:** studiare le differenze di genere nei fattori di rischio per infarto miocardico, e come tali differenze cambino con l'età

**PARTECIPANTI:** 471.998 persone senza storia di IMA

**MISURA DI ESITO PRINCIPALE:** infarto miocardico

**RISULTATI:** 5.081 IMA nei 7 anni di follow-up, con un'incidenza di 7,76/10.000 nelle donne e 24,35/100.000 negli uomini

(pubblicato nel 2018)

<https://www.bmj.com/content/bmj/363/bmj.k4247.full.pdf>

OPEN ACCESS

Check for updates

The George Institute for Global Health, University of Oxford, Oxford OX1 2BQ, UK  
Julius Center for Health Sciences and Primary Care, University Medical Center Utrecht, Utrecht, Netherlands  
The George Institute for Global Health, University of New South Wales, Newtown, NSW, Australia  
\*Department of Epidemiology, Johns Hopkins University, Baltimore, MD, USA

Correspondence to: S A E Peters  
sanne.peters@georgeinstitute.ox.ac.uk

Additional material is published online only. To view please visit the journal online.

Cite this as: *BMJ* 2018;363:k4247  
<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.k4247>

Accepted: 25 September 2018

## Sex differences in risk factors for myocardial infarction: cohort study of UK Biobank participants

Elizabeth R C Millett,<sup>1</sup> Sanne A E Peters,<sup>1,2</sup> Mark Woodward<sup>1,3,4</sup>

### ABSTRACT

**OBJECTIVES**  
To investigate sex differences in risk factors for incident myocardial infarction (MI) and whether they vary with age.

### DESIGN

Prospective population based study.

### SETTING

UK Biobank.

### PARTICIPANTS

471 998 participants (56% women; mean age 56.2) with no history of cardiovascular disease.

### MAIN OUTCOME MEASURE

Incident (fatal and non-fatal) MI.

### RESULTS

5081 participants (1463 (28.8% of whom were women) had MI over seven years' mean follow-up, resulting in an incidence per 10 000 person years of 7.76 (95% confidence interval 7.37 to 8.16) for women and 24.35 (23.57 to 25.16) for men. Higher blood pressure indices, smoking intensity, body mass index, and the presence of diabetes were associated with an increased risk of MI in men and women, but associations were attenuated with age. In women, systolic blood pressure and hypertension, smoking status and intensity, and diabetes were associated with higher hazard ratios for MI compared with men: ratio of hazard ratios 1.09 (95% confidence interval 1.02 to 1.16) for systolic blood pressure, 1.55 (1.56 to 1.83) for current smoking, 2.91 (1.16 to 1.87) for type 1 diabetes, and 1.47 (1.16 to 1.87) for type 2 diabetes. There was no evidence that any of these ratios of hazard ratios decreased with age ( $P > 0.2$ ). With the exception of type 1 diabetes, the incidence of MI was higher in men than in women for all risk factors.

### WHAT IS ALREADY KNOWN ON THIS TOPIC

The incidence of myocardial infarction (MI) is lower in women than in men at younger ages, but the incidence becomes more similar with increasing age. Meta-analyses have shown sex differences in the association between several risk factors and MI, but the studies included had varying levels of adjustment for confounders and could not examine sex differences by age group.

### WHAT THIS STUDY ADDS

Hypertension, smoking, and diabetes were associated with an increased risk of MI in women and men, but with an excess relative risk in women. Although the sex specific associations between these risk factors and MI attenuated with age, the excess relative risk of MI in women did not. Women and men should receive the same access to guideline based treatments for diabetes and hypertension, and to resources to help them lose weight and stop smoking.

### CONCLUSIONS

Although the incidence of MI was higher in men than in women, several risk factors were more strongly associated with MI in women compared with men. Sex specific associations between risk factors and MI declined with age, but, where it occurred, the higher relative risk in women remained. As the population ages and the prevalence of lifestyle associated risk factors increase, the incidence of MI in women will likely become more similar to that in men.

### Introduction

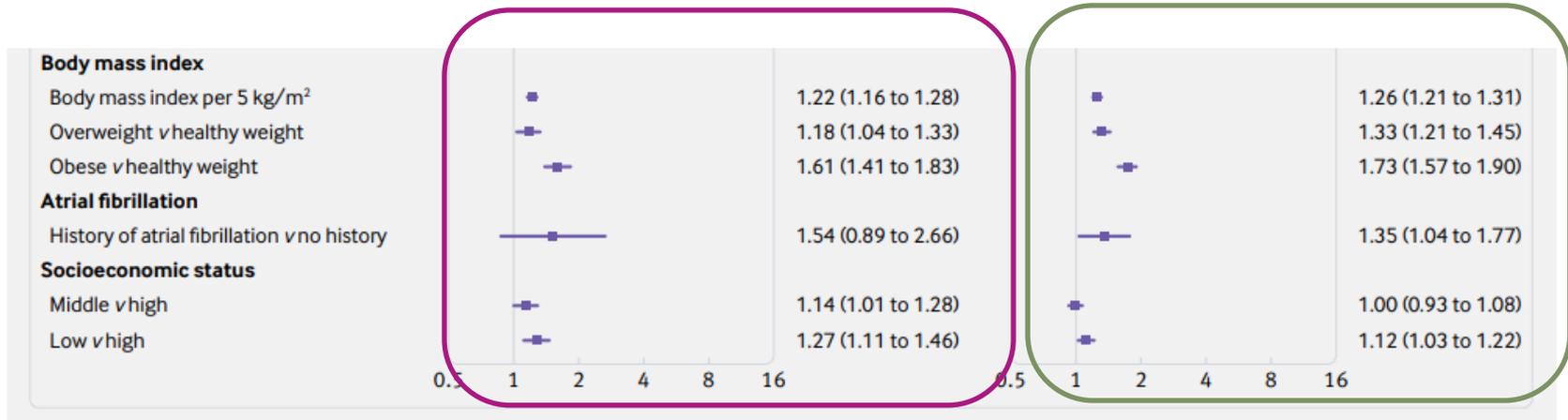
Coronary heart disease (CHD) has been the leading cause of mortality worldwide for over 25 years,<sup>1,2</sup> and was estimated to be the cause of 17% of deaths globally in 2016.<sup>3</sup> Death rates from CHD are considerably lower in women than in men at younger ages, but often converge with increasing age. Male to-female coronary mortality rate ratios are typically around 4 to 5 in middle age (30-64) and 2 thereafter (65-89).<sup>4</sup> In the INTERHEART case-control study, women had their first myocardial infarction (MI) on average nine years later than men.<sup>5</sup> In addition to later presentation, men and women can have different symptoms, treatments, and outcomes of MI, some of which may be because of the effects and prevalence of risk factors. Several large scale meta-analyses have compared the sex specific associations between risk factors and CHD. Key findings from these analyses are that, compared with men, women had a higher ratio of relative risk of CHD: 46% higher if they had diabetes<sup>6</sup> and 25% higher if they were current smokers.<sup>7</sup> However, these meta-analyses included studies performed over an extensive time scale, with heterogeneous study populations, and with varying sets of adjustment for potential confounders. Importantly, the analyses were unable to reliably explore whether the identified sex differences in relative risk were consistent with age, or to compare the sex differences for different risk factors on an equal basis. In addition, the analyses could not make comparisons on the absolute scale.

To obtain comparably adjusted results, overall and within age groups, we used the UK Biobank to investigate the sex differences in risk factors for MI and how these may vary with age.

### Methods

The UK Biobank is a large prospective study of 502 628 participants recruited between 2006 and 2010.<sup>8</sup> Participants aged between 40 and 69 were invited to attend one of 22 centres for a baseline assessment, where informed consent was obtained, a touchscreen questionnaire was completed, a face-to-face interview was conducted, and a range of physical measurements

Risk factor	Women		Men	
	Hazard ratio (95% CI)			
<b>Blood pressure</b>				
Systolic per 20 mm Hg		1.39 (1.32 to 1.46)		1.28 (1.23 to 1.33)
Diastolic per 10 mm Hg		1.24 (1.17 to 1.30)		1.22 (1.18 to 1.26)
<b>Hypertension</b>				
Elevated blood pressure v no hypertension		1.64 (1.28 to 2.10)		0.89 (0.73 to 1.09)
Stage 1 hypertension v no hypertension		1.88 (1.53 to 2.31)		1.29 (1.10 to 1.52)
Stage 2 hypertension v no hypertension		2.52 (2.04 to 3.13)		1.71 (1.46 to 2.01)
<b>Smoking</b>				
Former v never		1.25 (1.11 to 1.41)		1.20 (1.11 to 1.29)
Current v never		3.46 (3.02 to 3.98)		2.23 (2.03 to 2.44)
<b>By smoking intensity</b>				
1-9 cigarettes per day v never		2.18 (1.55 to 3.06)		1.77 (1.35 to 2.31)
10-19 cigarettes per day v never		3.76 (3.07 to 4.60)		2.64 (2.28 to 3.06)
≥20 cigarettes per day v never		5.83 (4.76 to 7.15)		2.90 (2.53 to 3.32)
<b>Diabetes</b>				
Type 1 v no diabetes		8.18 (5.20 to 12.86)		2.81 (1.82 to 4.33)
Type 2 v no diabetes		1.96 (1.60 to 2.41)		1.33 (1.18 to 1.51)
<b>Body mass index</b>				



**Fig 1 | Adjusted hazard ratios for association between risk factors and incident myocardial infarction by sex. Horizontal lines indicate corresponding 95% confidence intervals around hazard ratios. All models were adjusted for age. Additionally, systolic blood pressure, diabetes, and socioeconomic status were adjusted for each other as well as smoking status, body mass index, lipid lowering drugs, and antihypertensive drugs. Atrial fibrillation was similarly adjusted for these eight variables. Diastolic blood pressure and American Heart Association hypertension stages were adjusted for the same variables as systolic blood pressure. Models for smoking variables included socioeconomic status, and models for body mass index contained smoking status and socioeconomic status**

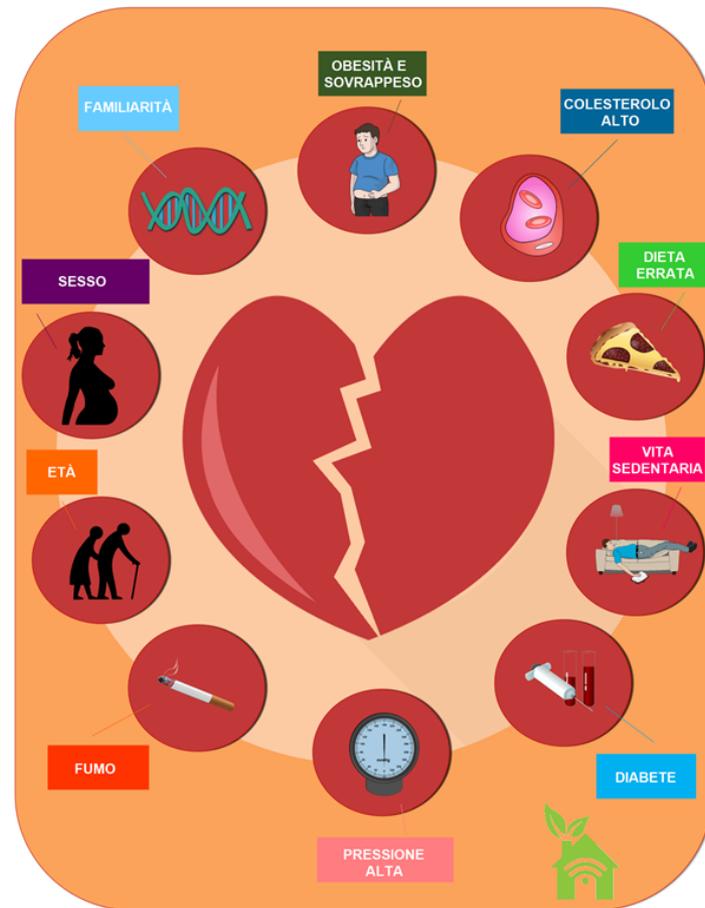
Risk factor	Women			Men		
	Hazard ratio (95% CI)	Hazard ratio (95% CI)	P for trend	Hazard ratio (95% CI)	Hazard ratio (95% CI)	P for trend
<b>Smoking <math>\geq 20</math> cigarettes per day</b>						
<50 years		8.64 (5.02 to 14.85)	0.02		4.36 (3.25 to 5.85)	<0.001
50-59 years		6.64 (4.75 to 9.27)			3.13 (2.52 to 3.90)	
$\geq 60$ years		4.61 (3.46 to 6.15)			2.16 (1.75 to 2.68)	
<b>Stage 2 hypertension</b>						
<50 years		3.53 (1.96 to 6.36)	0.03		3.77 (2.40 to 5.90)	0.001
50-59 years		3.29 (2.25 to 4.81)			1.69 (1.29 to 2.20)	
$\geq 60$ years		2.07 (1.55 to 2.76)			1.49 (1.19 to 1.86)	
<b>Type 2 diabetes</b>						
<50 years		3.73 (1.93 to 7.20)	0.15		2.18 (1.43 to 3.31)	0.05
50-59 years		1.96 (1.33 to 2.89)			1.32 (1.05 to 1.66)	
$\geq 60$ years		1.90 (1.51 to 2.41)			1.30 (1.12 to 1.50)	

Iperensione, fumo e diabete sono associati ad un maggior rischio di IMA in entrambi i generi, ma con rischio relativo più alto nelle donne.

Le associazioni tra fattori di rischio e IMA si attenuano con l'età, ma in modo più evidente nei maschi

**L'incidenza di IMA è più alta negli uomini, ma con l'invecchiamento e l'aumento di fattori di rischio associati allo stile di vita le donne perdono questo vantaggio.**

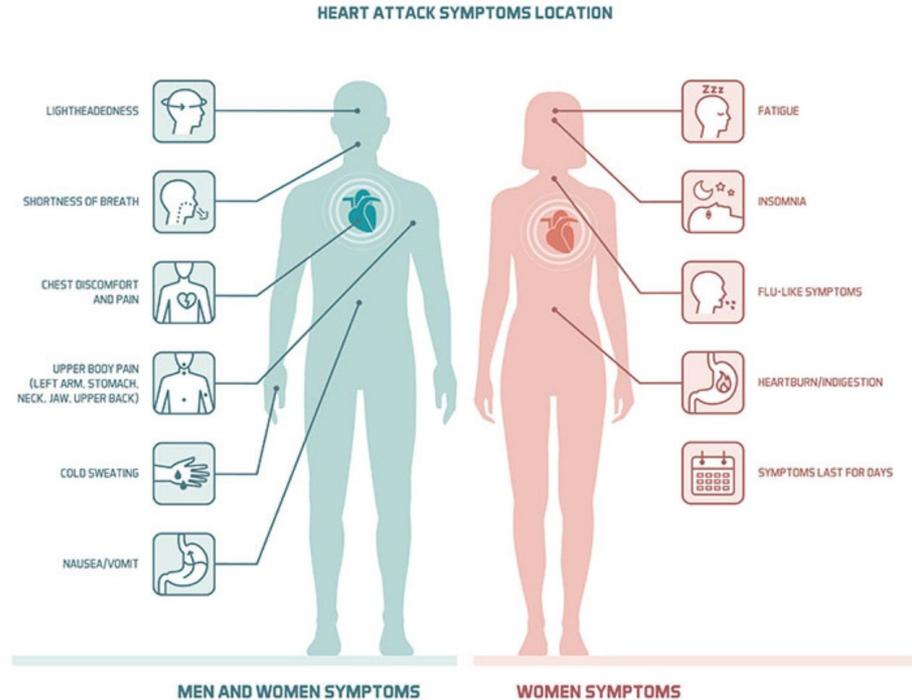
**I sintomi dell'IMA possono essere diversi in uomini e donne**



## INFARTO MIOCARDICO

**Nell'uomo:** intenso e improvviso dolore toracico e spesso irradiato al braccio sinistro.

**Nella donna:** difficoltà a respirare, pallore, stanchezza, dolore alla schiena, al collo o alle spalle, nausea, sudorazione fredda e capogiri. Sintomi atipici e simili a quelli di altre patologie. L'infarto viene riconosciuto e trattato non tempestivamente e, di conseguenza, con un quadro clinico più serio.



**OBIETTIVO:** studiare le differenze di genere nella presentazione e percezione dei sintomi di infarto miocardico nei giovani

**PARTECIPANTI:** 2.009 donne e 976 uomini di età 18-55 anni ricoverati per IMA in 103 ospedali statunitensi

**METODI:** intervista strutturata (presentazione di sintomi, comportamenti del medico, cure)



## Sex Differences in the Presentation and Perception of Symptoms Among Young Patients With Myocardial Infarction

Evidence from the VIRGO Study (Variation in Recovery: Role of Gender on Outcomes of Young AMI Patients)

Editorial, see p 791

Judith H. Lichtman, PhD  
Erica C. Leifheit, PhD  
Basmah Saifdar, MD  
Haikun Bao, PhD  
Harlan M. Krumholz, MD  
Nancy P. Lorenze, DNSc  
Mitra Daneshvar, MD  
John A. Spertus, MD  
Gail D'Onofrio, MD

**BACKGROUND:** Some studies report that women are less likely to present with chest pain for acute myocardial infarction (AMI). Information on symptom presentation, perception of symptoms, and care-seeking behaviors is limited for young patients with AMI.

**METHODS:** We interviewed 2009 women and 976 men aged 18 to 55 years hospitalized for AMI at 103 US hospitals participating in the VIRGO study (Variation in Recovery: Role of Gender on Outcomes of Young AMI Patients). Structured patient interviews during the index AMI hospitalization were used to collect information on symptom presentation, perception of symptoms, and care-seeking behaviors. We compared patient characteristics and presentation information by sex. Multivariable hierarchical logistic regression was used to evaluate the association between sex and symptom presentation.

**RESULTS:** The majority of women (87.0%) and men (89.5%) presented with chest pain (defined as pain, pressure, tightness, or discomfort). Women were more likely to present with  $\geq 3$  associated symptoms than men (eg, epigastric symptoms, palpitations, and pain or discomfort in the jaw, neck, arms, or between the shoulder blades; 61.9% for women versus 54.8% for men,  $P < 0.001$ ). In adjusted analyses, women with an ST-segment–elevation AMI were more likely than men to present without chest pain (odds ratio, 1.51; 95% confidence interval, 1.03–2.22). In comparison with men, women were more likely to perceive symptoms as stress/anxiety (20.9% versus 11.8%,  $P < 0.001$ ) but less likely to attribute symptoms to muscle pain (15.4% versus 21.2%,  $P = 0.029$ ). Approximately 29.5% of women and 22.1% of men sought medical care for similar symptoms before their hospitalization ( $P < 0.001$ ); however, 53% of women reported that their provider did not think these symptoms were heart-related in comparison with 37% of men ( $P < 0.001$ ).

**CONCLUSIONS:** The presentation of AMI symptoms was similar for young women and men, with chest pain as the predominant symptom for both sexes. Women presented with a greater number of additional non–chest pain symptoms regardless of the presence of chest pain, and both women and their healthcare providers were less likely to attribute their prodromal symptoms to heart disease in comparison with men.

**Key Words:** delay • diagnosis • help-seeking behavior • medical care • myocardial infarction • women

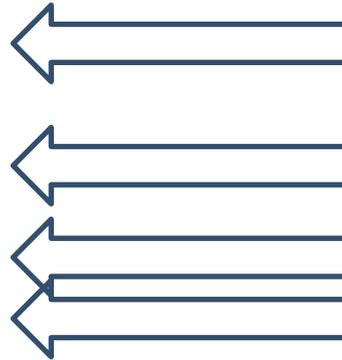
Sources of Funding, see page 799

© 2018 American Heart Association, Inc.  
<http://circ.ahajournals.org>

	Overall		
	Women (n=2009)	Men (n=976)	<i>p</i> *
Individual symptoms, %			
Chest pain, pressure, tightness, or discomfort	87.0	89.5	0.185
Dizziness	28.0	26.3	0.774
Epigastric: indigestion, nausea, or stomach pain, pressure, burning, or discomfort	61.5	50.2	<0.001
Pain/discomfort in jaw, neck, arms, or between shoulder blades	64.9	58.1	0.002
Palpitations	18.7	12.5	<0.001
Shortness of breath	52.8	47.6	0.043
Sweating	53.3	55.5	0.774
Weakness or fatigue	45.2	40.9	0.142
Confusion	12.1	11.2	0.774

## NELLE DONNE

- più spesso sintomi associati: dolore epigastrico, palpitazioni, dolore al collo o alla mascella
- dolore percepito come stress/ansia, meno come dolore muscolare



**Table 4. Patient Response to Symptoms**

	Women (n=2009)	Men (n=976)	<i>p</i> *
Patient did not perceive cause of symptoms to be heart-related, %	54.7	52.3	0.379
Perceived reason, %			
Indigestion or acid reflux	42.8	49.4	0.076
Muscle pain	15.4	21.2	0.029
Stress/anxiety	20.9	11.8	<0.001
Stomach illness or flu	11.6	9.8	0.592
Asthma	10.7	8.0	0.281
Fatigue	5.9	5.7	0.856
Diabetes mellitus	4.5	2.0	
Other cause	8.9	6.3	

Decision to seek medical care, %	DONNE	UOMINI	
Symptoms would not go away	64.4	62.5	0.582
Pain too bad to ignore	59.8	56.3	0.290
Worried about heart problem	41.6	49.8	<0.001
Family/friend told me to get help	25.8	26.5	0.698
Worried about other health problems (eg, diabetes mellitus)	16.4	11.8	0.004
Other	1.1	0.5	0.345

Time to hospital presentation, %	DONNE	UOMINI	
≤2 h	32.9	38.1	0.002
>2–6 h	15.2	18.5	
>6 h	38.7	31.8	
Median time (IQR), h	3.2 (0.8–21.2)	2.4 (0.7–13.0)	0.004

# MEDICINA DI GENERE

## CARDIOLOGIA

FAI ATTENZIONE  
ALLA SCHIENA...

E' CHE  
MI MANCA...  
IL RESPIRO!



SAI CHE LA DIAGNOSI DI ANGINA  
E PIU' DIFFICILE NELLE DONNE?  
IL SINTOMO DI INFARTO NON E'  
SEMPRE IL DOLORE AL PETTO.



# MEDICINA DI GENERE

## I FARMACI

UN FARMACO  
FORMIDABILE... E NON LO  
TESTANO SULLE DONNE?

E CHE VA RESO DOPO CENA...  
DOBBERO PREPARARE  
ANCHE QUELLA.



I FARMACI POSSONO AGIRE DIVERSAMENTE  
NEI MASCHI E NELLE FEMMINE, PERO'  
VENGONO TESTATI PREVALENTEMENTE  
NEI MASCHI: NON DOVREBBE ESSERE COSI'!



e di Parma

Valutare se le variazioni di pressione arteriosa differisca tra donne e uomini durante il corso della vita quando si considerano i livelli di pressione arteriosa basali come riferimento

## Original Investigation

January 15, 2020

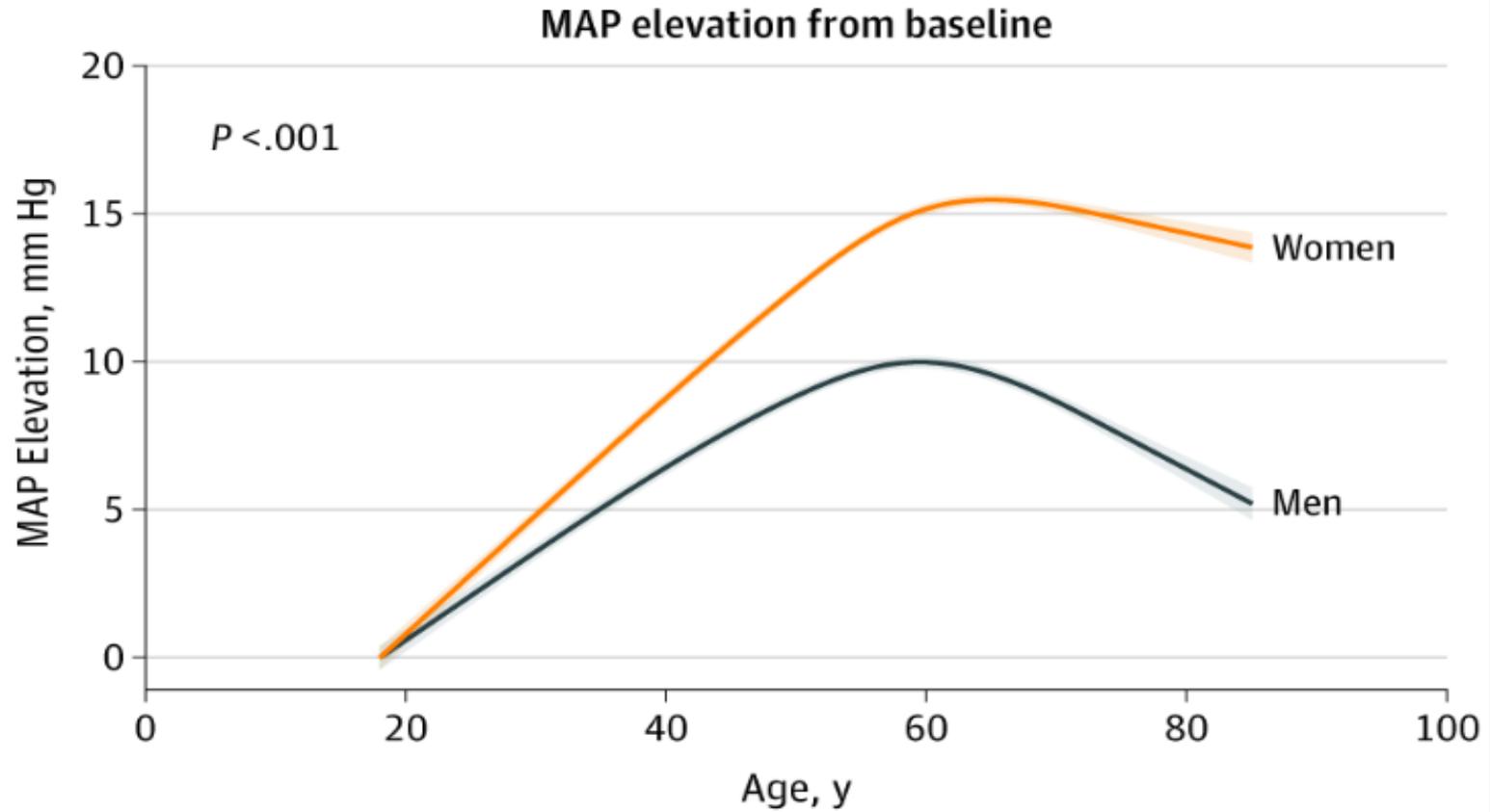
# Sex Differences in Blood Pressure Trajectories Over the Life Course

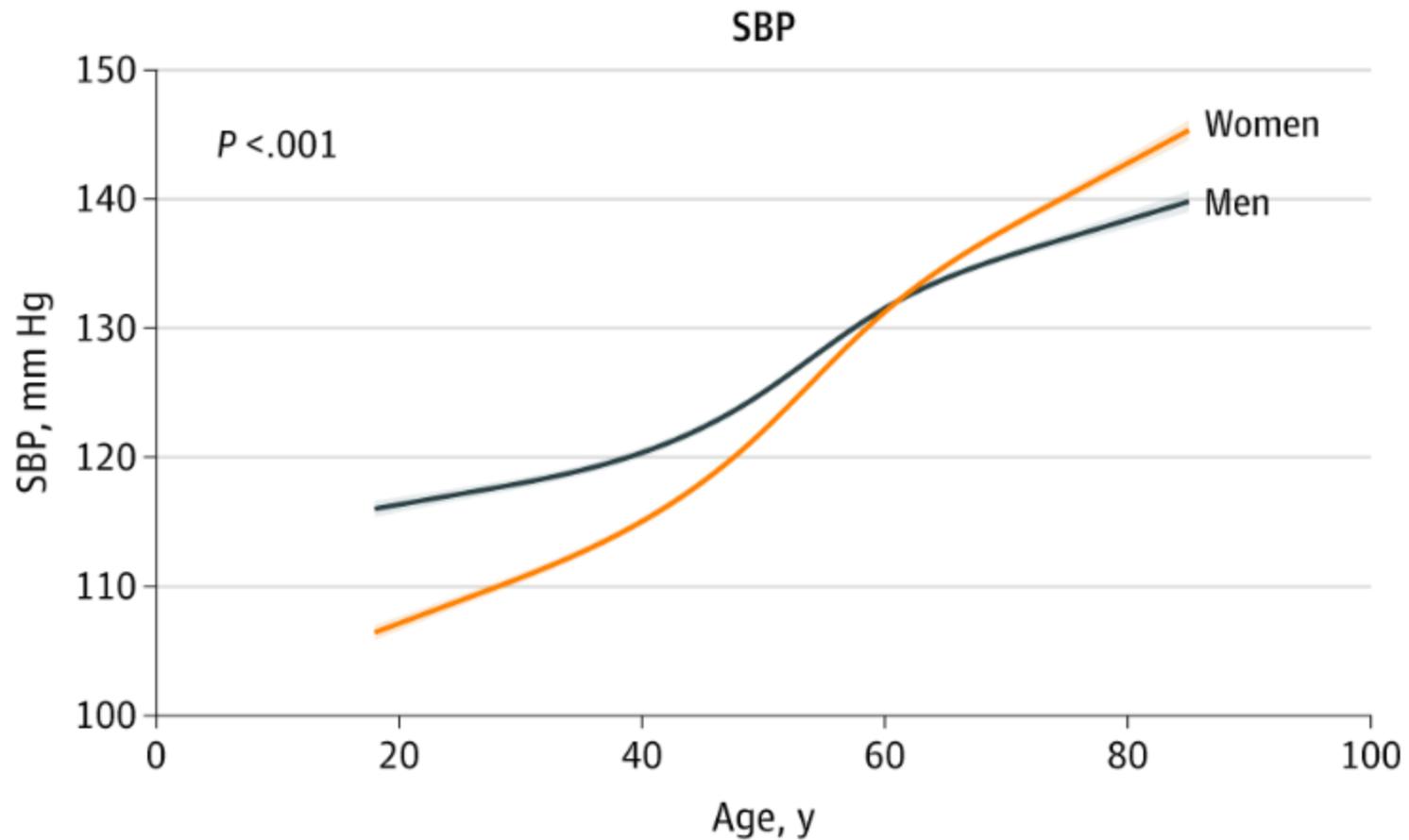
Hongwei Ji, MD<sup>1,2,3</sup>; Andy Kim, BA<sup>1,2,4</sup>; Joseph E. Ebinger, MD<sup>5</sup>; [et al](#)

» [Author Affiliations](#) | [Article Information](#)

*JAMA Cardiol.* 2020;5(3):255-262. doi:10.1001/jamacardio.2019.5306

- Coorte 32.833 persone (54% donne) partendo da 4 coorti di altri studi negli USA
- Periodo 43 anni dal 1971 al 2014
- Età 5-98 anni





## DEMENZE

Numerosità: 17.593

Tasso: 14,6/1.000

Età media: 83,5 anni

69% femmine

**Preso in carico GREZZA**

**20/1.000 femmine**

**9,1/1.000 maschi**

**Preso in carico STANDARDIZZATA:**

**16,4/1.000 femmine**

**11,5/1.000 maschi**

### SPESA PROCAPITE: DEMENZE

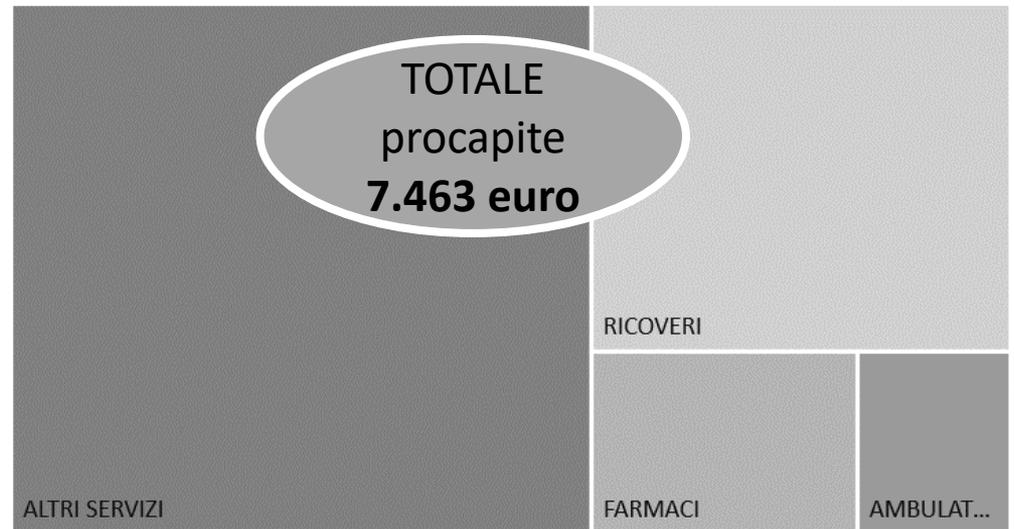
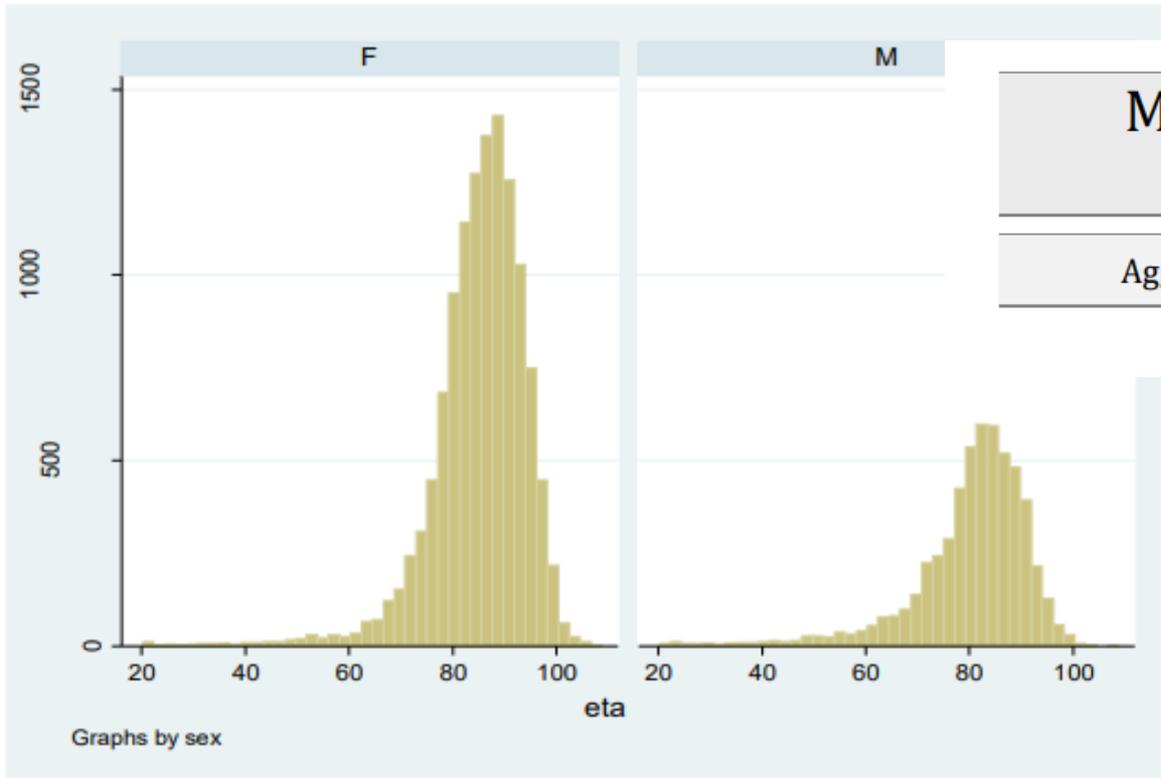


Figura 1- Distribuzione per età dei casi prevalenti con DEMENZA nel 2019 per sesso



Monitoraggio  
demenze

Aggiornamento al 2019

# Demenza: esiste una specificità di genere?

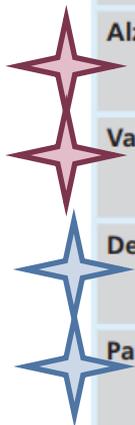
---

## Clinical research

---

*Considering sex and gender in Alzheimer disease and other dementias*

*Jessica L. Podcasy, MS; C. Neill Epperson, MD*



Disorders leading to dementia	Prevalence/incidence & impact of sex/gender
Alzheimer disease	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accounts for 60%-80% of dementia cases.</li> <li>• Almost twofold increased risk in women versus men.<sup>1</sup></li> <li>• However, shorter life span for men after diagnosis.<sup>2</sup></li> </ul>
Vascular disease	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accounts for 10%-20% of dementia cases.</li> <li>• Risk factors for vascular or multi-infarct dementia are more common in males, but have greater severity of impact in females.<sup>3</sup></li> </ul>
Dementia with Lewy bodies	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Extensive overlap with Parkinson disease dementia.</li> <li>• Incidence greater in males than females (4.8 vs 2.2).<sup>4</sup></li> <li>• Male sex is associated with more rapid cognitive decline.</li> </ul>
Parkinson disease dementia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Parkinson disease prevalence higher in males than females;<sup>5,6</sup></li> <li>• Earlier onset of Parkinson disease dementia in males.<sup>7</sup></li> <li>• Greater severity of cognitive decline in males.<sup>8</sup></li> </ul>
Due to multiple causes (mixed)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Most often a combination of vascular dementia and Alzheimer disease.<sup>9,10</sup></li> <li>• More common in males than females: 31% vs 25%.<sup>11</sup></li> </ul>
Normal pressure hydrocephalus	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevalence differs greatly depending upon age and study, but is 1.3% according to a recent systematic review.<sup>12</sup></li> <li>• Almost twice as common in men than women after age 60, though other studies suggest equal frequency in males and females.<sup>13</sup></li> </ul>
Frontotemporal degeneration	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Earlier age of onset in those with TBI and LOC.</li> <li>• May be more common in males.<sup>14,15</sup></li> <li>• Sex not associated with survival duration after diagnosis.<sup>16</sup></li> </ul>
Creutzfeldt-Jakob disease	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rare: 1.26 cases/million people.<sup>17</sup></li> <li>• Sex differences in prevalence and clinical course have not been reported.</li> </ul>

**Table I.** Prevalence/incidence of disorders leading to dementia and the impact of sex or gender. LOC, loss of consciousness; TBI, traumatic brain injury.

# Sex differences in neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease dementia: a meta-analysis

**Table 1** Sex differences in the prevalence of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease dementia

NPS	k	OR [95% CI] <sup>a</sup>	z statistic	P	Q statistic	PQ statistic	I <sup>2</sup> statistic
Any NPS present (outlier excluded)	4	1.35 [0.78, 2.35]	1.07	0.28	4.01	0.25	32.74
Psychotic symptoms (outlier excluded)	4	1.62 [1.12, 2.33]	2.56	0.01	1.98	0.58	0.00
Depressive symptoms	20	1.60 [1.28, 1.98]	4.20	< 0.001	51.99	< 0.001	58.19
Delusions	12	1.56 [1.28, 1.89]	4.45	< 0.001	8.51	0.67	0.00
Aberrant motor behavior (outlier excluded)	6	1.47 [1.09, 1.98]	2.53	0.01	2.51	0.78	0.00
Anxiety	8	1.42 [0.74, 2.71]	1.05	0.29	23.37	0.00	78.49
Eating behavior	5	1.31 [0.97, 1.76]	1.78	0.08	5.40	0.25	22.00
Disinhibition	8	1.17 [0.80, 1.70]	0.81	0.42	13.54	0.06	42.07
Irritability (outlier excluded)	5	1.14 [0.83, 1.56]	0.80	0.43	6.11	0.19	0.00
Hallucinations	9	1.03 [0.79, 1.35]	0.24	0.81	9.89	0.27	14.23
Agitation (outlier excluded)	10	1.00 [0.75, 1.35]	0.01	0.99	16.63	0.06	46.06
Euphoria	6	0.98 [0.57, 1.68]	-0.08	0.93	6.56	0.26	14.77
Apathy	12	0.92 [0.73, 1.17]	-0.65	0.51	17.66	0.09	36.92
Sleep disturbances	8	0.86 [0.63, 1.16]	-0.99	0.32	14.49	0.04	62.49

PREVALENZA  
GRAVITA'

Sintomi depressivi: OR 1,60 (1,28-1,98)  
 Psicosi generale: OR = 1,62 (1,12-2,33)  
 Delirio OR 1,56 (1,28-1,89)

Eikelboom *et al.* *Alzheimer's Research & Therapy* (2022) 14:48

# DIFFERENZA DI GENERE ANCHE NELLA CURA

Comparative Study > [Age Ageing](#). 2017 May 1;46(3):393-400. doi: 10.1093/ageing/afw208.

## Inequalities in receipt of mental and physical healthcare in people with dementia in the UK

Claudia Cooper <sup>1</sup>, Rebecca Lodwick <sup>2</sup>, Kate Walters <sup>2</sup>, Rosalind Raine <sup>3</sup>, Jill Manthorpe <sup>4</sup>, Steve Iliffe <sup>5</sup> <sup>6</sup>, Irene Petersen <sup>2</sup>

Affiliations + expand

PMID: 27916749 PMID: PMC5378291 DOI: 10.1093/ageing/afw208

[Free PMC article](#)

**OBIETTIVO:** verificare se le persone con demenza ricevono una assistenza diversa a seconda del genere e della area di provenienza.

**TIPO DI ASSISTENZA VALUTATA:** farmaci, consulti medico-chirurgici, monitoraggio pressorio annuale, monitoraggio annuale peso

**METODI:** registri delle cure primarie di 68.061 pazienti affetti da demenza e 259.337 persone senza demenza (anni 2002-13).

## RISULTATI:

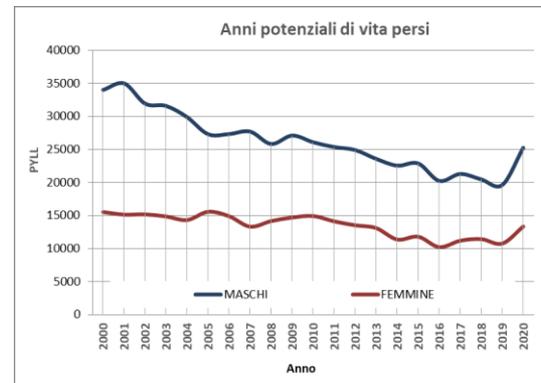
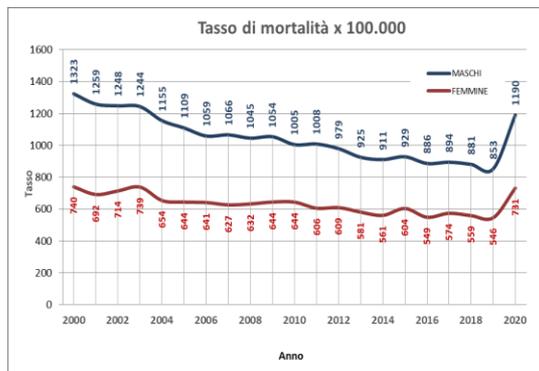
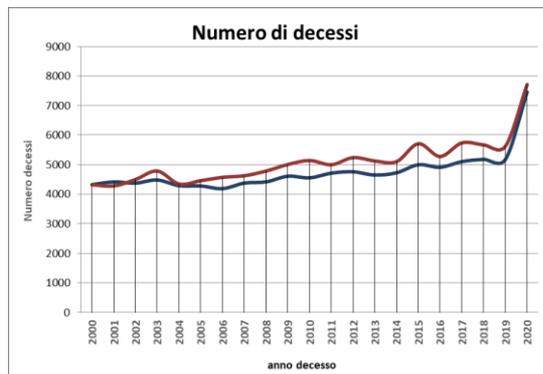
Rispetto agli uomini, **le donne con demenza hanno tassi più bassi** di:

- Valutazioni mediche: IRR = 0,90 (IC 95% 0,90-0,91)
- Monitoraggio annuale della PA: IRR = 0,96 (IC 95% 0,95-0,97)
- Monitoraggio annuale del peso: IRR = 0,91 (IC 95% 0,90-0,93).

Gli uomini con demenza avevano meno probabilità di assumere farmaci psicotropi rispetto alle donne con demenza.

**LE DONNE CON DEMENZA RICEVONO  
MENO ASSISTENZA SANITARIA DI BASE,  
MA PIU' FARMACI**

# MORTALITA' 2000-2020



Il numero di decessi è aumentato da 8.646 nel 2000 a 15.171 nel 2020

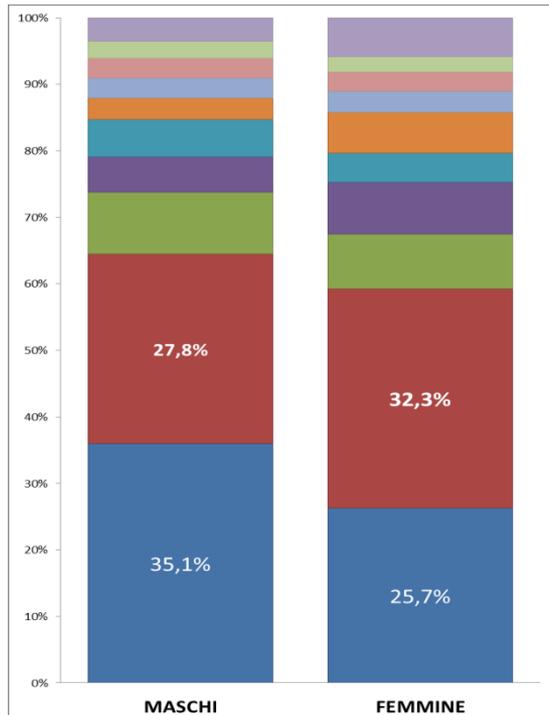
Il tasso di mortalità è diminuito fino al 2019, per poi subire un forte aumento nel 2020 a causa del Covid-19

Età media al decesso

- 78,4 anni negli uomini
- 84,6 nelle donne

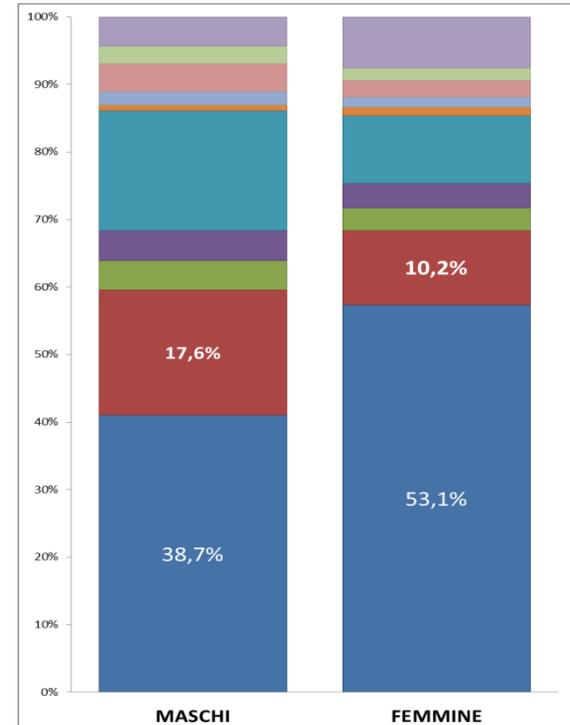
# Numero di decessi e anni potenziali di vita persi (anno 2019)

## Numero di decessi

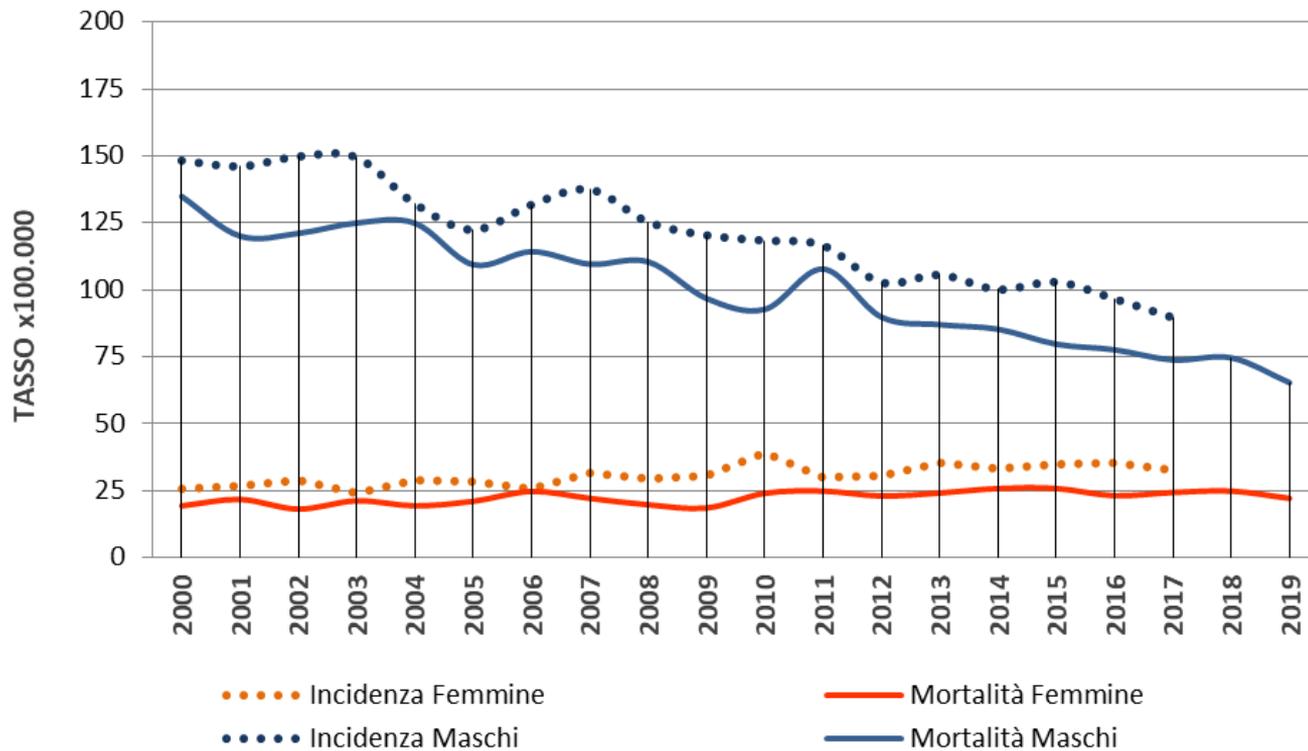


- Tumori
- S. circolatorio
- S. respiratorio
- S. Nervoso
- Traumi e avvelenamento
- A.Digerente
- Disturbi psichici
- M. endocrine
- M. infettive
- Altro

## PYLL



## Tumore al polmone - Dati ATS Brescia

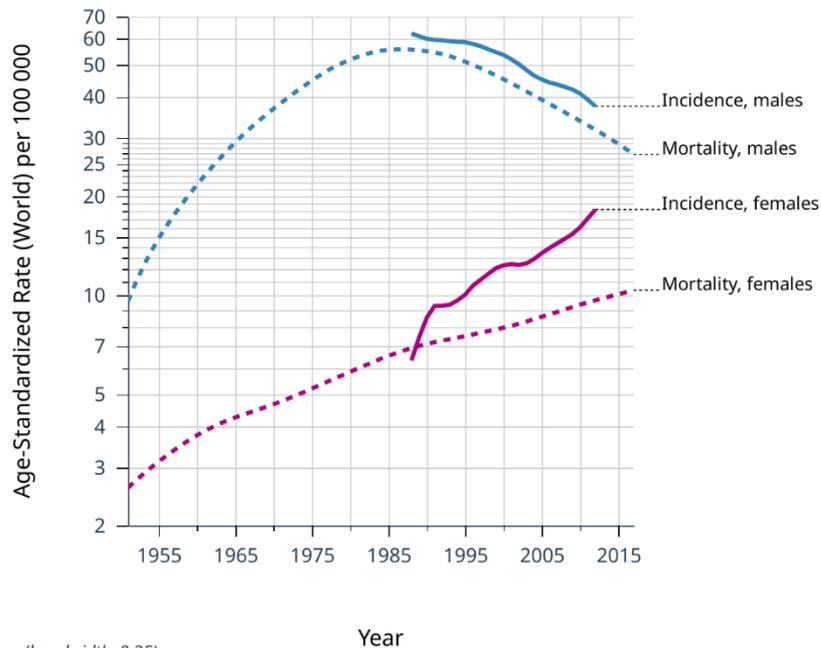


## Age-standardized rate (World) per 100 000, incidence and mortality, males and females, age [0-84]

Italy\*

Lung

— Incidence    - - - - - Mortality



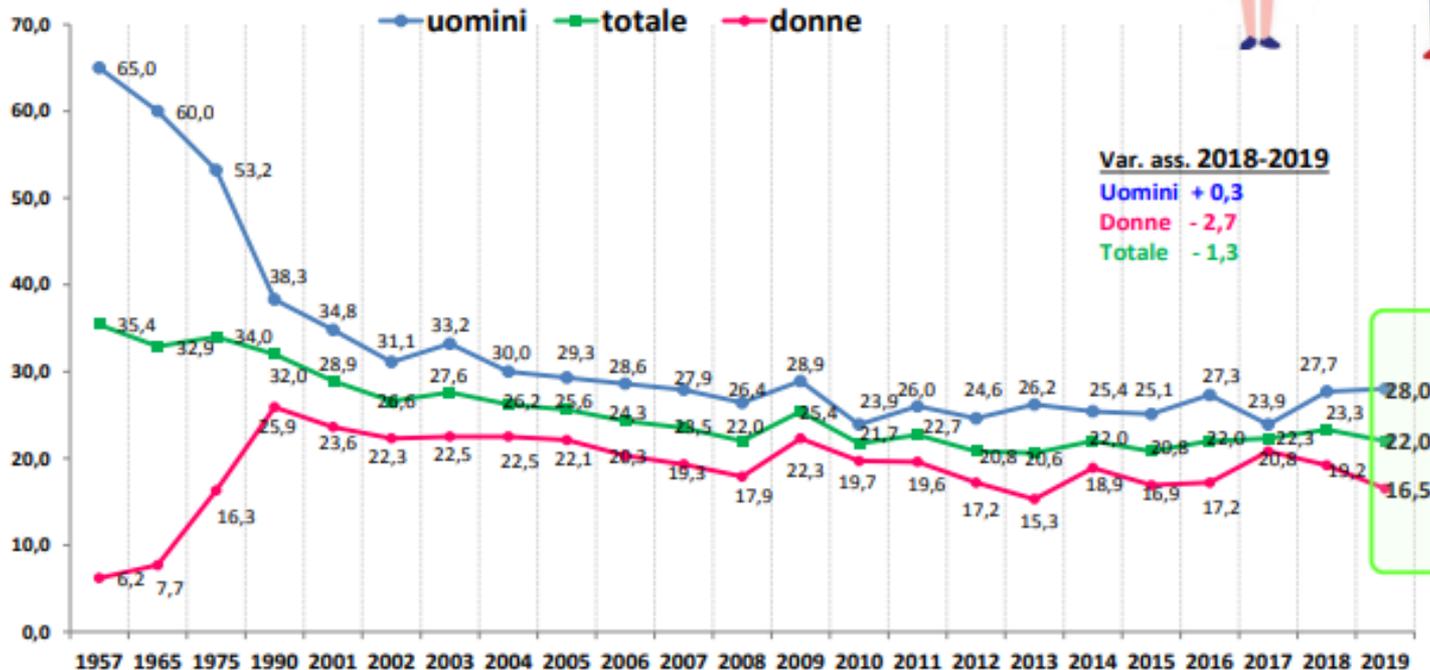
\* Subnational data

Rates are shown on a semi-log scale

Lines are smoothed by the LOESS regression algorithm (bandwidth: 0.25)

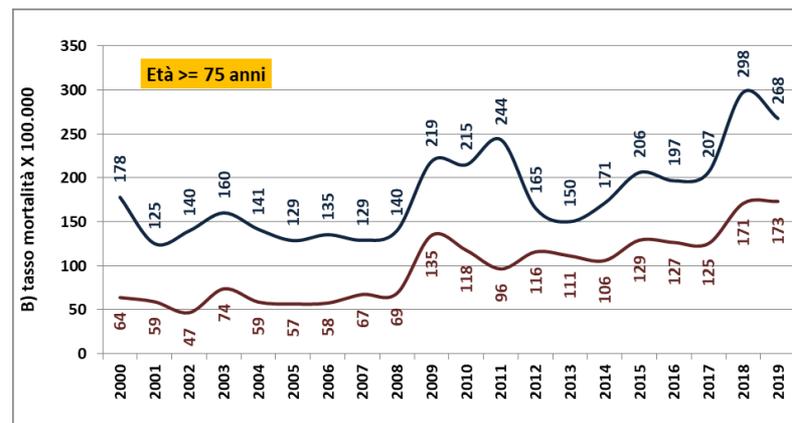
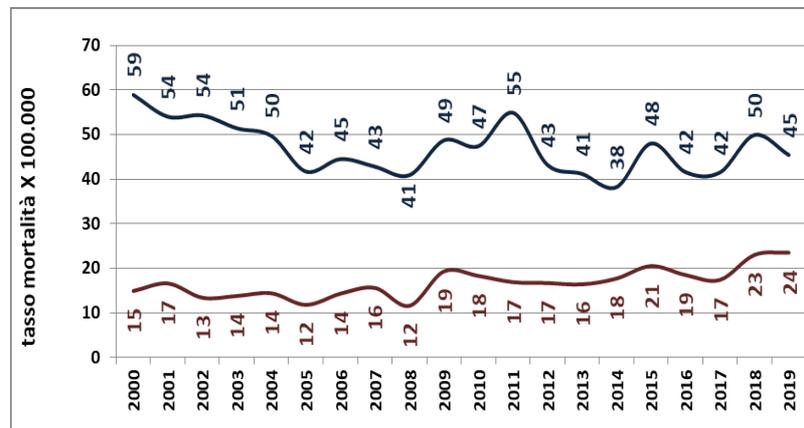
CANCER OVER TIME | IARC - All Rights Reserved 2022 - Data version: 1.0

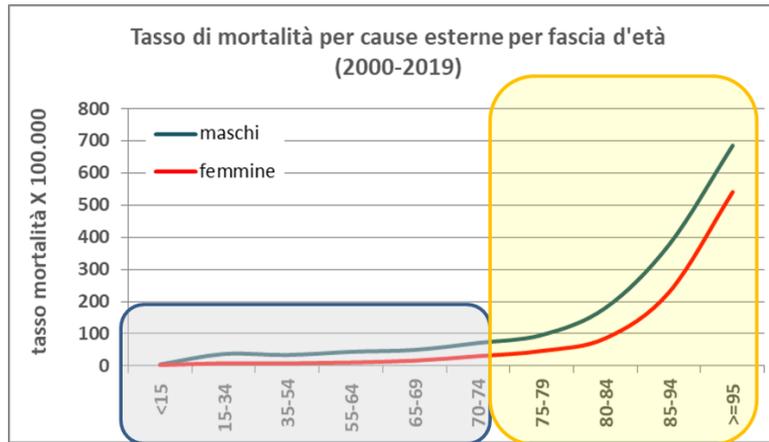
# Prevalenza del fumo di sigarette secondo le rilevazioni DOXA condotte fra il 1957 e il 2019



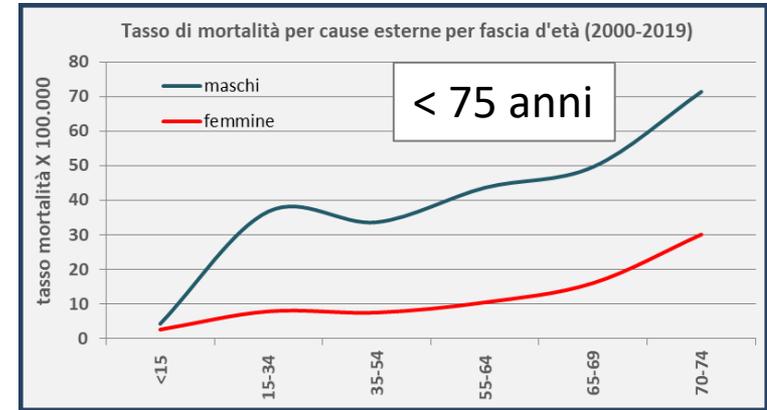
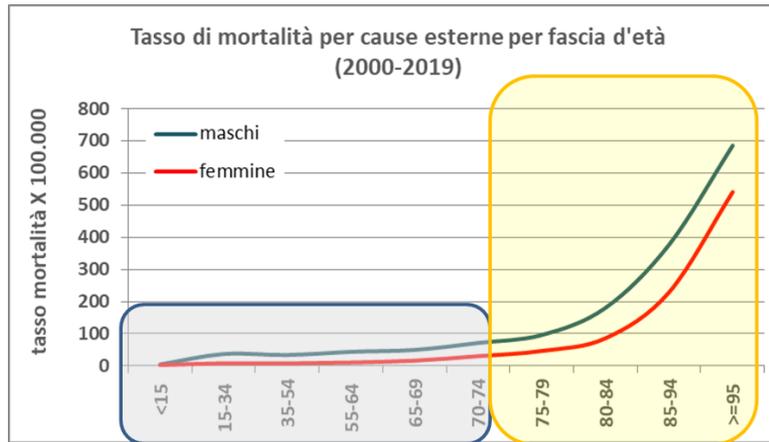
## Mortalità per cause esterne in ATS Brescia

- Nei **MASCHI** la mortalità per trauma è diminuita dal 2000 al 2019 seppur in modo non lineare e continuo
- Nelle **FEMMINE**, al contrario sembra esserci stato un aumento
- In **ENTRAMBI I SESSI** la mortalità nella fascia 15-34 anni è per oltre la metà causato da incidenti stradali
- Negli ultra75enni si registra un aumento di mortalità per cause esterne in entrambi i generi

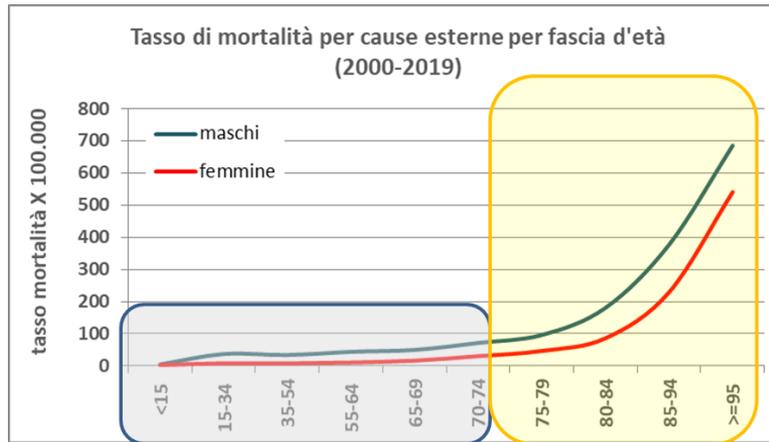




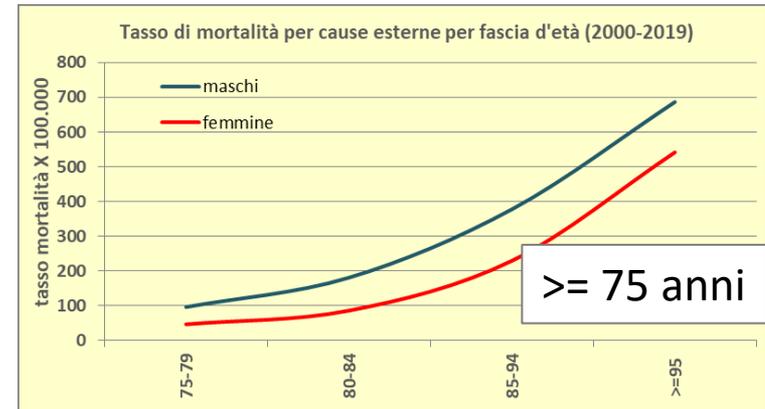
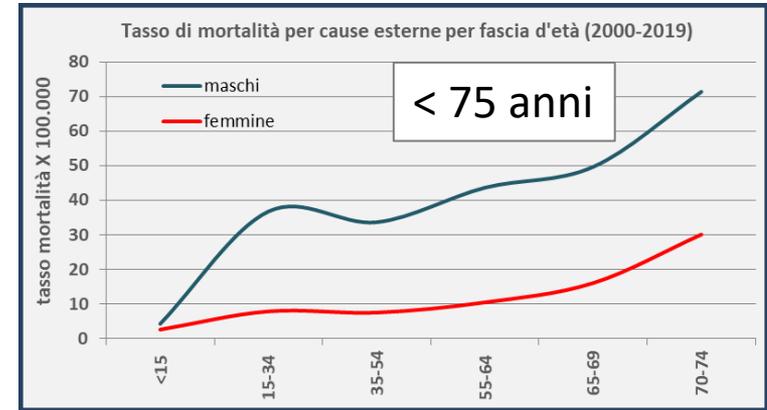
- Nei **MASCHI** si innalza di circa 10 volte nei giovani dai 15 ai 34 anni per poi rimanere stabile e crescere linearmente dopo i 70 anni
- Nelle **FEMMINE** tra i 15 e i 70 anni la mortalità per traumi è più bassa di 3-4 volte rispetto ai maschi. Cresce dopo i 70 anni rimanendo sempre inferiore rispetto ai tassi maschili.



- Nei **MASCHI** si innalza di circa 10 volte nei giovani dai 15 ai 34 anni per poi rimanere stabile e crescere linearmente dopo i 70 anni
- Nelle **FEMMINE** tra i 15 e i 70 anni la mortalità per traumi è più bassa di 3-4 volte rispetto ai maschi. Cresce dopo i 70 anni rimanendo sempre inferiore rispetto ai tassi maschili.



- Nei **MASCHI** si innalza di circa 10 volte nei giovani dai 15 ai 34 anni per poi rimanere stabile e crescere linearmente dopo i 70 anni
- Nelle **FEMMINE** tra i 15 e i 70 anni la mortalità per traumi è più bassa di 3-4 volte rispetto ai maschi. Cresce dopo i 70 anni rimanendo sempre inferiore rispetto ai tassi maschili.



## Guida alle differenze di genere in età pediatrica



## GUIDA ALLE DIFFERENZE DI GENERE PER CONOSCERE LE DIFFERENZE CHE FANNO LA DIFFERENZA!



SONO NUMEROSE LE PROBLEMATICHE, DI ORDINE MEDICO E SOCIALE, IN CUI SI OSSERVA UNA DIFFERENTE INCIDENZA TRA I DUE SESSI: CONOSCERLE PUÒ MIGLIORARE LA PREVENZIONE E RIDURRE LE COMPLICANZE

### INFEZIONI RESPIRATORIE

LA BRONCHIOLITE È PIÙ FREQUENTE NEI MASCHI, CHE SONO ANCHE A MAGGIOR RISCHIO DI SVILUPPARE UNA FORMA GRAVE DI MALATTIA, CON UN RISCHIO DI OSPEDALIZZAZIONE DEL 50% PIÙ ELEVATO RISPETTO ALLE FEMMINE

### MALATTIA DI KAWASAKI

L'INCIDENZA ANNUALE IN EUROPA TRA I BAMBINI DI ETÀ INFERIORE A 5 ANNI VARIA DA UN CASO SU 6.500 A UN CASO SU 20.500 NELLE DIVERSE POPOLAZIONI. L'INCIDENZA NEI MASCHI È SUPERIORE CON UN RAPPORTO DI 1,6 A 1.

### DISPLASIA DELL'ANCA

IL GENERE FEMMINILE È UN FATTORE DI RISCHIO INSIEME ALLA PRESENTAZIONE PODALICA E ALLA FAMILIARITÀ.

### SCOLIOSI

NELLE FORME LIEVI-MODERATE IL RAPPORTO TRA RAGAZZE COLPITE E RAGAZZI È SIMILE (1,3 SU 1), MA LE DIFFERENZE AUMENTANO NELLE FORME PIÙ IMPORTANTI PASSANDO A 5,4 FEMMINE COLPITE SU 1 MASCHIO PER ARRIVARE, NELLE FORME PIÙ GRAVI, A UN RAPPORTO DI 7 FEMMINE COLPITE SU 1 MASCHIO.

### PUBERTÀ PRECOCE

L'INCIDENZA NELLE FEMMINE È DALLE 10 ALLE 20 VOLTE SUPERIORE RISPETTO AI MASCHI

### MALATTIA EPATICA ASSOCIATA A DISFUNZIONE METABOLICA

STUDI SU MODELLI UMANI E ANIMALI HANNO SEGNALATO UNA MAGGIORE PREVALENZA NEL GENERE MASCHILE IN ADOLESCENZA, GLI ORMONI FEMMINILI SEMBRANO AVERE UN RUOLO PROTETTIVO E RIDURRE IL RISCHIO DI SINDROME METABOLICA

### CELIACHIA

LA PREVALENZA È CIRCA 0,7% NELLA POPOLAZIONE ITALIANA, DI CUI 2/3 APPARTENENTI ALLA POPOLAZIONE FEMMINILE E 1/3 A QUELLA MASCHILE

### DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

LA PREVALENZA È 1 MASCHIO AFFETTO OGNI 4 FEMMINE NELL'ANORESSIA E 1 OGNI 8-11 FEMMINE NELLA BULIMIA

### AUTISMO

LE STIME DI PREVALENZA INDICANO CHE I MASCHI SONO AFFETTI CON UNA FREQUENZA CIRCA 4,4 MAGGIORE RISPETTO ALLE FEMMINE

### BULLISMO

LA VIOLENZA PSICOLOGICA RIGUARDA IL 68% DEI CASI TRA LE RAGAZZE E IL 35% TRA I RAGAZZI, PRENDERE IN GIRO PER L'ASPETTO FISICO O IL MODO DI PARLARE È PIÙ FREQUENTE TRA RAGAZZE (11% FEMMINE RISPETTO AL 5,6% MASCHI), MENTRE DOTTI, CALCI E PUGNI SONO PIÙ FREQUENTI TRA I MASCHI (2,2% FEMMINE RISPETTO AL 5,3% MASCHI).

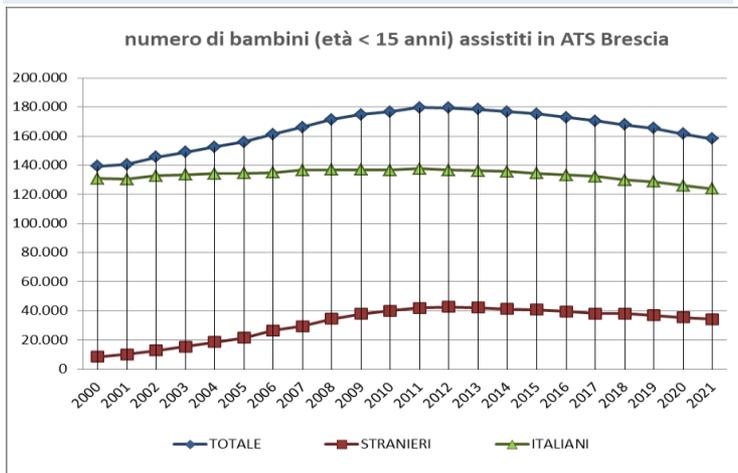


Violenza  
Psicologica

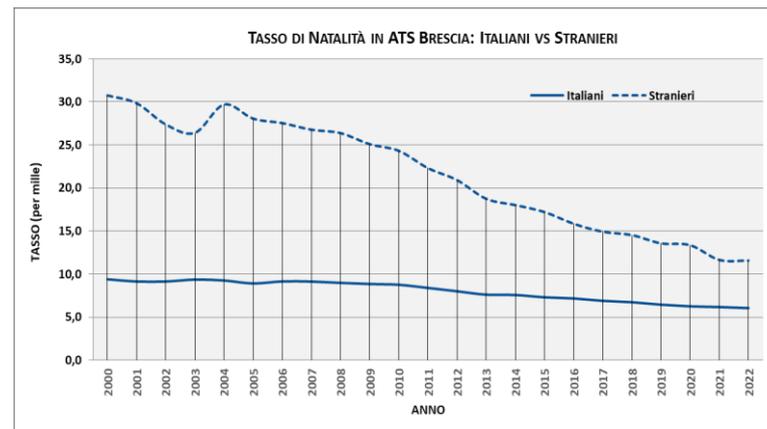
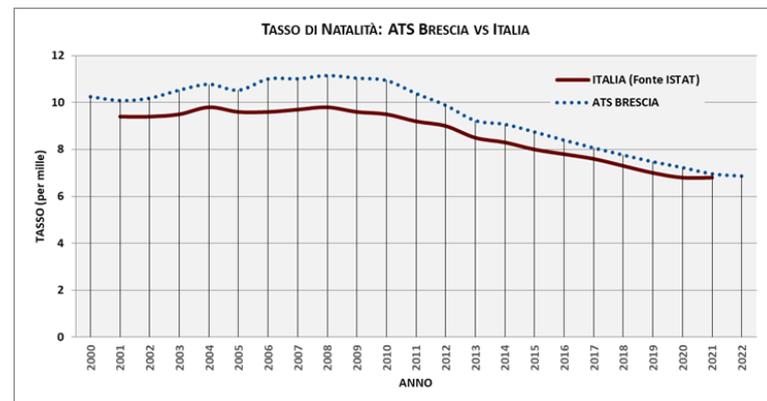
Prese in giro

Dotti

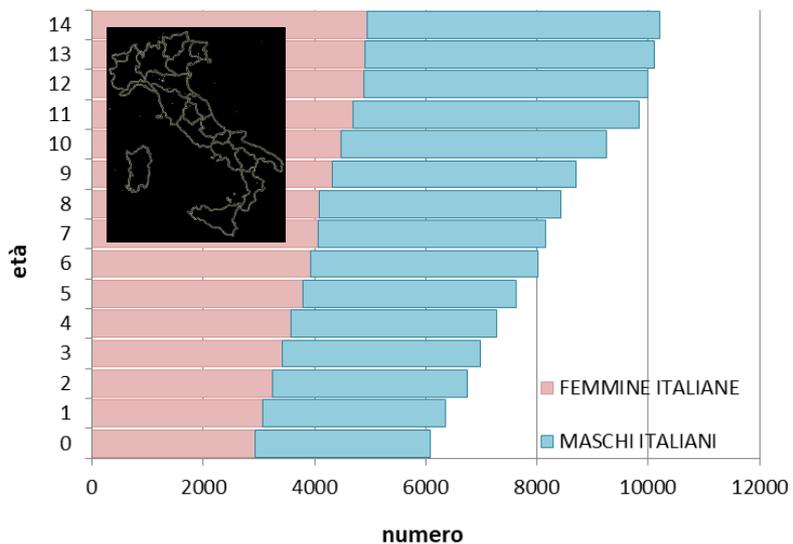
# La popolazione pediatrica



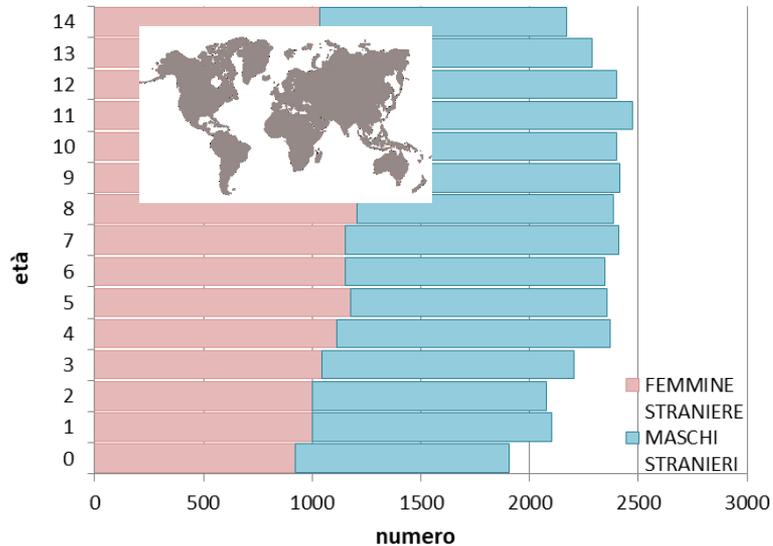
- Dal 2011 la popolazione infantile è costantemente diminuita (13,3% a fine 2022);
- Il tasso di natalità è arrivato a 6,87 x 1.000, con valori più alti negli stranieri (11,6)
- Il dato nazionale per il 2021 è 6,8, in calo rispetto agli anni precedenti



Numero bambini per genere ed età: solo italiani

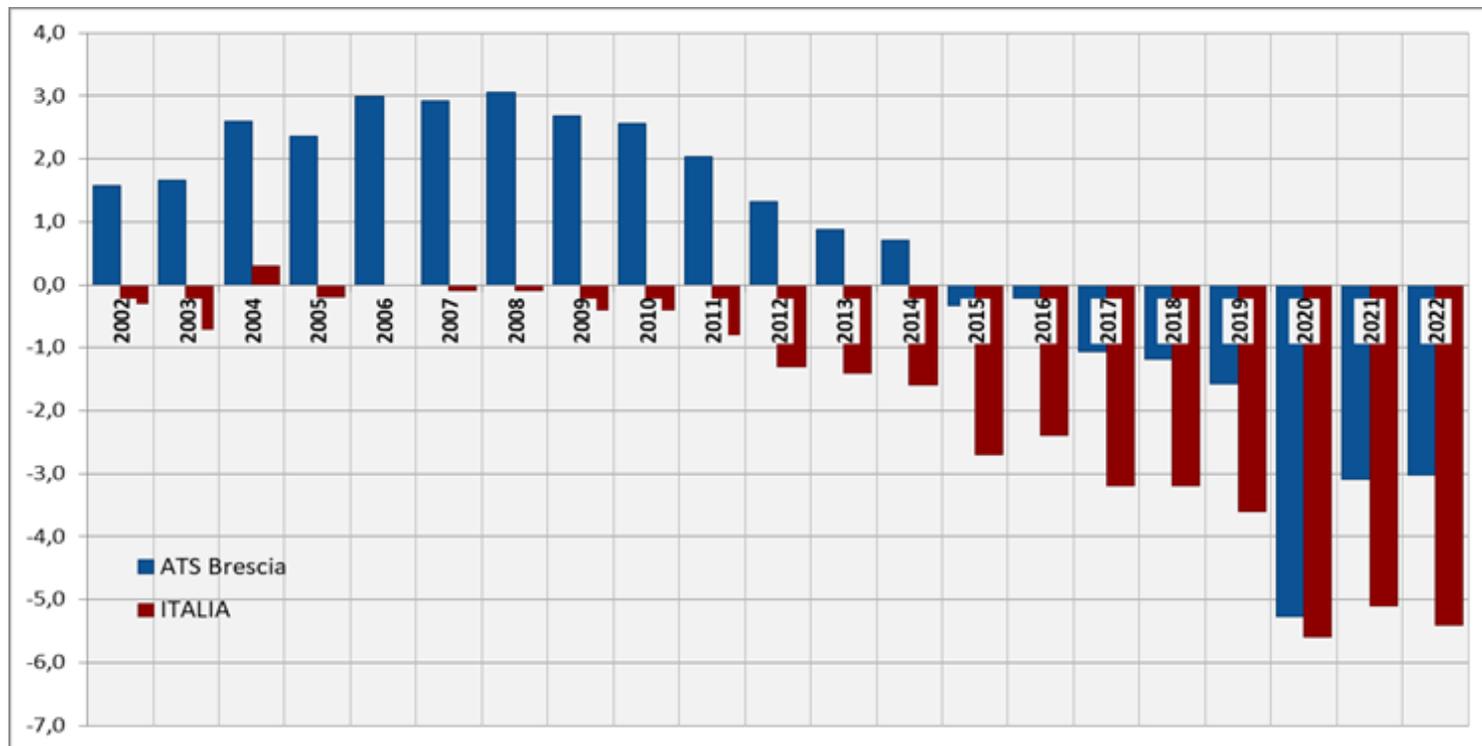


Numero bambini per genere ed età: solo stranieri



## Tasso di crescita naturale

differenza tra il tasso di natalità e il tasso di mortalità registrati ogni anno in una certa popolazione



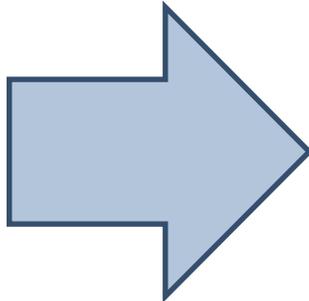
## Differenze di genere alla nascita?

FORTEMENTE PREMATURI  
(durata gestazione < 32w): **0,94%**

PREMATURI  
(durata gestazione 32-36w): **6,7%**

Dati CEDAP: periodo  
2003-2022

Fattori legati alla  
prematrità



Mamma straniera: +25%

Nazionalità materna

- Asia: OR: 1,45

Basso livello di  
scolarizzazione: il rischio  
diminuisce all'aumentare  
del titolo di studio

Età materna:

- Età 30-39 anni: OR = 1,21
- Età >=40 anni: OR =1,68

**Sesso maschile del neonato:  
OR: 1,11**

## Differenze di genere alla nascita?

FORTEMENTE PREMATURI  
(durata gestazione < 32w): **0,94%**

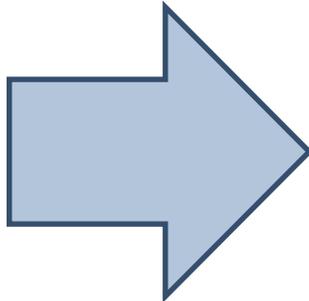
Maschi: 1,00%  
Femmine: **0,88%**

Dati CEDAP: periodo  
2003-2022

PREMATURI  
(durata gestazione 32-36w): **6,7%**

Maschi: 7,05%  
Femmine: **6,37%**

Fattori legati alla  
prematrità



Mamma straniera: +25%

Nazionalità materna

- Asia: OR: 1,45

Basso livello di  
scolarizzazione: il rischio  
diminuisce all'aumentare  
del titolo di studio

Età materna:

- Età 30-39 anni: OR = 1,21
- Età >=40 anni: OR =1,68

**Sesso maschile del neonato:  
OR: 1,11**

## Differenze di genere alla nascita?

BASSO PESO ALLA NASCITA  
(peso < 2500 grammi): **6,5%**

**Fattori legati al basso peso alla nascita** (esclusi  
parti plurimi e prematurità)

Mamma italiana: +8%

Mamma di origine asiatica: 54%

Età materna < 20 anni o > 40 anni: +26%

Fumo materno: **OR 2,18**

**Sesso femminile del neonato: OR: 1,33**

**Dati CEDAP: periodo 2003-2022**

## Differenze di genere alla nascita?

BASSO PESO ALLA NASCITA  
(peso < 2500 grammi): **6,5%**

**Maschi: 5,7%; Femmine: 7,2%**

**Fattori legati al basso peso alla nascita** (esclusi parti plurimi e prematurità)

Mamma italiana: +8%

Mamma di origine asiatica: 54%

Età materna < 20 anni o > 40 anni: +26%

Fumo materno: **OR 2,18**

**Sesso femminile del neonato: OR: 1,33**

**Dati CEDAP: periodo 2003-2022**

## Differenze di genere alla nascita?

BASSO PESO ALLA NASCITA  
(peso < 2500 grammi): **6,5%**

**Maschi: 5,7%; Femmine: 7,2%**

Fattori legati al basso peso alla nascita (esclusi parti plurimi e prematurità)

Mamma italiana: +8%

Mamma di origine asiatica: 54%

Età materna < 20 anni o > 40 anni: +26%

Fumo materno: **OR 2,18**

**Sesso femminile del neonato: OR: 1,33**

MALFORMAZIONI: **1,03%**

Fattori legati alla presenza di malformazioni

Mamma straniera: +16%

Età materna < 20 anni o > 40 anni: +12,6%

Fumo materno: + 15%

**Sesso maschile del neonato: OR: 1,40**

**Dati CEDAP: periodo 2003-2022**

## Differenze di genere alla nascita?

BASSO PESO ALLA NASCITA  
(peso < 2500 grammi): **6,5%**

**Maschi: 5,7%; Femmine: 7,2%**

Fattori legati al basso peso alla nascita (esclusi parti plurimi e prematurità)

Mamma italiana: +8%

Mamma di origine asiatica: 54%

Età materna < 20 anni o > 40 anni: +26%

Fumo materno: **OR 2,18**

**Sesso femminile del neonato: OR: 1,33**

MALFORMAZIONI: **1,03%**

**Maschi: 1,22%; Femmine: 0,84%**

Fattori legati alla presenza di malformazioni

Mamma straniera: +16%

Età materna < 20 anni o > 40 anni: +12,6%

Fumo materno: + 15%

**Sesso maschile del neonato: OR: 1,40**

**Dati CEDAP: periodo 2003-2022**

## Fetal sex and preterm birth: are males at greater risk?

---

Jennifer Zeitlin<sup>1,4</sup>, Marie-Josèphe Saurel-Cubizolles<sup>1</sup>, Jaques de Mouzon<sup>2</sup>, Lucile Rivera<sup>3</sup>, Pierre-Yves Ancel<sup>1</sup>, Béatrice Blondel<sup>1</sup> and Monique Kaminski<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Epidemiological Research Unit on Perinatal and Women's Health, U149 INSERM, Paris, <sup>2</sup>FIVNAT Registry and Epidemiological Unit for Human Reproduction, U292 INSERM, Kremlin Bicêtre and <sup>3</sup>Service de Protection Maternelle et Infantile, Conseil Général de Seine-Saint-Denis, France

<sup>4</sup>To whom correspondence should be addressed. E-mail: zeitlin@cochin.inserm.fr

**MATERIALI E METODI:** meta-analisi con dati provenienti da 4 diverse fonti e da vari articoli

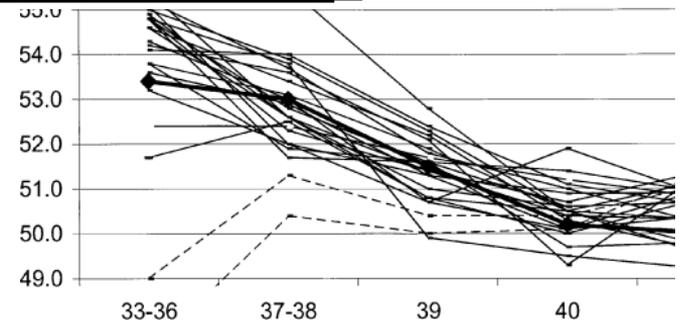
**ANALISI:** confronto della distribuzione del sesso per parti pretermine e a termine. Associazione tra sesso maschile e rischio di parto pretermine espressa come OR con il sesso femminile come riferimento

**Table II.** Percentage male by preterm status and odds ratios (OR) for preterm birth associated with male sex

Data source	Term % male (n)	All preterm births (<37 weeks)			Early preterm births (<33 weeks)		
		% male (n)	OR	95% CI	% male (n)	OR	95% CI
EUROPOP, 1994–1997	52.1 (8197)	55.4 (5024)	1.14	1.06–1.22	55.8 (1375)	1.15	1.04–1.30
FNPS, 1995–1998	51.0 (24 583)	54.2 (1182)	1.13	1.01–1.27	53.2 (186)	1.09	0.82–1.14
SSD Registry, 1998–1999	51.1 (24 552)	54.5 (1370)	1.14	1.03–1.27	52.1 (292)	1.04	0.83–1.31
FIVNAT Registry, 1986–1997	51.3 (12 652)	53.4 (1167)	1.09	0.96–1.23	53.3 (229)	1.08	0.83–1.14

## CONCLUSIONI:

- La percentuale di nati maschi diminuisce all'aumentare dell'età gestazionale
- Quasi ovunque c'è una % di maschi pretermine superiore rispetto alle nascite a termine



Populations in Table II. IVF births in solid black line. Two populations of black birth presented with dashed lines.

**Figure 1.** Percentage of male births by gestational group.

## Impact of fetal gender on the risk of preterm birth, a national cohort study

MYRTHE J.C.S. PEELLEN<sup>1</sup>, BRENDA M. KAZEMIER<sup>1</sup>, ANITA C.J. RAVELLI<sup>2</sup>, CHRISTIANNE J.M. DE GROOT<sup>3</sup>, JORIS A.M. VAN DER POST<sup>1</sup>, BEN W.J. MOL<sup>4</sup>, PETRA J. HAJENIUS<sup>1</sup> & MARJOLEIN KOK<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Department of Obstetrics and Gynecology, Academic Medical Center, Amsterdam, <sup>2</sup>Department of Medical Informatics, Academic Medical Center, Amsterdam, <sup>3</sup>Department of Obstetrics and Gynecology, VU Medical Center, Amsterdam, the Netherlands, and <sup>4</sup>The Robinson Research Institute, School of Medicine, University of Adelaide, The South Australian Health and Medical Research Institute, Adelaide, Australia

Fonte dati Netherland Perinatal Registry (1999-2010) per il calcolo del rischio relativo per settimana di gestazione e genere

**Table 1.** Study characteristics.<sup>a</sup>

	Male infant <i>n</i> = 892 023		Female infant <i>n</i> = 844 592		<i>p</i> -value
		%		%	
Maternal characteristics					
Maternal age at delivery, years (SD)	30.7 (4.6)		30.7 (4.7)		0.50
Nulliparous, <i>n</i>	425 186	47.7	401 485	47.5	0.09
Low socioeconomic status, <i>n</i>	171 977	19.3	162 334	19.2	0.32
Pregnancy and delivery					
Conception					0.43
Spontaneous, <i>n</i>	867 334	97.2	821 380	97.3	
Artificial reproductive technology, <i>n</i>	24 689	2.8	23 212	2.8	

**Table 2.** Preterm births.

	Male infant <i>n</i> = 892 023		Female infant <i>n</i> = 844 592		RR	95% CI	<i>p</i> value
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%			
Preterm birth < 37 weeks	55 247	6.2	44 078	5.2	1.18	1.17–1.19	<0.0001
Spontaneous with intact membranes	33 796	3.8	25 471	3.0	1.26	1.24–1.28	<0.0001
PPROM	8902	1.0	6637	0.8	1.19	1.16–1.23	<0.0001
Medically indicated	12 549	1.4	11 970	1.4	1.00	0.98–1.02	0.98
Preterm births							
34–37 weeks	41 308	4.6	33 453	4.0	1.17	1.15–1.19	<0.0001
32–34 weeks	7081	0.8	5378	0.6	1.25	1.20–1.29	<0.0001
28–32 weeks	5337	0.6	4077	0.5	1.24	1.19–1.29	<0.0001
<28 weeks	1521	0.2	1170	0.1	1.23	1.14–1.33	<0.0001

PPROM, preterm premature rupture of membranes; RR, relative risk ratio.

- Il genere fetale è un fattore di rischio per la nascita pretermine, con un rischio più elevato per il feto maschio rispetto alla femmina
- Maggior rischio nei maschi di rottura pretermine delle membrane

**OBIETTIVI:** esaminare se il genere del feto ha un effetto sul rischio di parto pretermine

**METODI:** studio prospettico.

Dati raccolti da una Prematurity Surveillance Clinic per un periodo di 16 anni.

Confronto di variabili ostetriche ed esiti della gravidanza tra bambini maschi e femmine.

Calcolo dei tassi pretermine per fasce gestazionali (< 24w, 28w, <34w, <37w)

**RISULTATI:** nessuna associazione tra sesso e...

- aborto spontaneo
- Parto pretermine
- Pre-eclampsia
- Rottura prematura delle membrane

**CONCLUSIONI:** In una coorte **AD ALTO RISCHIO** non c'è associazione tra sesso del feto ed eventi avversi della gravidanza



European Journal of Obstetrics & Gynecology and  
Reproductive Biology

Volume 225, June 2018, Pages 155-159



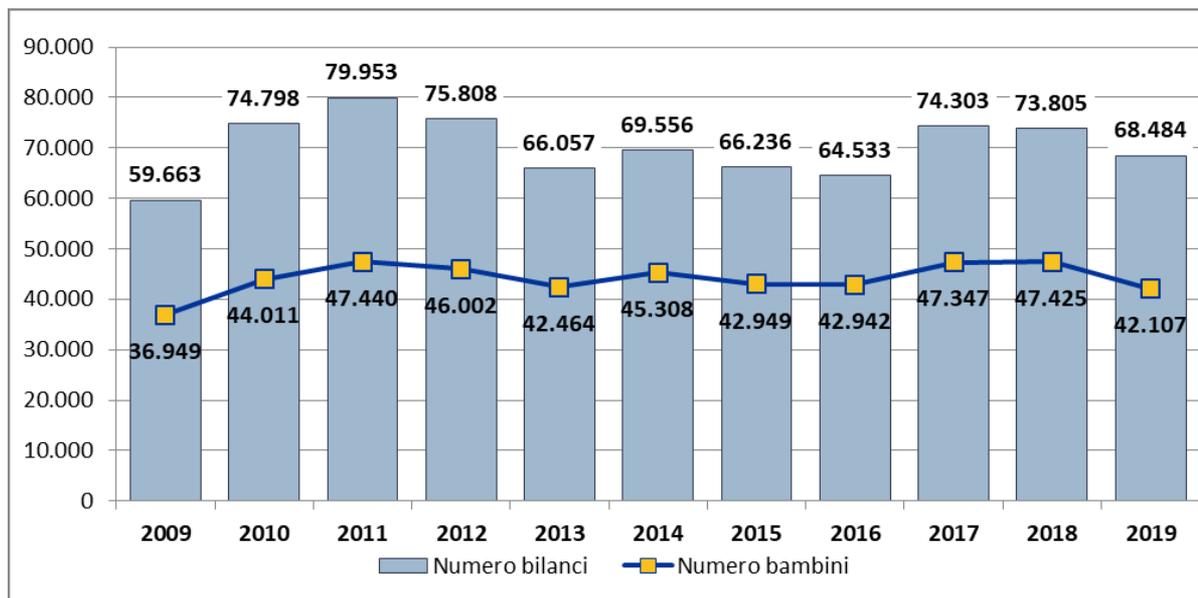
Full length article

## Gender and preterm birth: Is male fetal gender a clinically important risk factor for preterm birth in high-risk women?

P.J. Teoh  , A. Ridout, P. Seed, R.M. Tribe, A.H. Shennan

**LA POPOLAZIONE INFANTILE  
DELL'ATS DI BRESCIA:  
STATO NUTRIZIONALE,  
ALLATTAMENTO AL SENO  
ED ATTIVITÀ FISICA  
- anno 2019 -**

- Stato nutrizionale (obesità, sovrappeso, magrezza eccessiva)
- Allattamento al seno
- Attività fisica



Nel 2019: 107  
pediatri partecipanti

## Bilanci di salute della popolazione pediatrica di ATS Brescia dal 2009 al 2019

	% di obesità/sovrappeso		P	% di obesità		P
	Maschi	Femmine		Maschi	Femmine	
7° bilancio (24-36 mesi)	6,5%	<b>8,5%</b>	<0,01	1,4%	<b>1,7%</b>	0,014
8° bilancio (5-6 anni)	14,0%	<b>17,8%</b>	<0,01	4,6%	<b>5,0%</b>	0,003
9° bilancio (8-10 anni)	26,1%	<b>27,0%</b>	0,013	<b>7,4%</b>	6,6%	<0,01
10° bilancio (11-13 anni)	<b>26,7%</b>	22,8%	<0,01	<b>5,5%</b>	3,9%	<0,01

La quota di bambini con eccesso ponderale è maggior nelle femmine, ma solo fino alle misurazioni del 9° bilancio.

Dal 10° bilancio, in età prepuberale, c'è uno «scambio»: le femmine tendono mediamente ad avere un BMI inferiore rispetto ai coetanei maschi

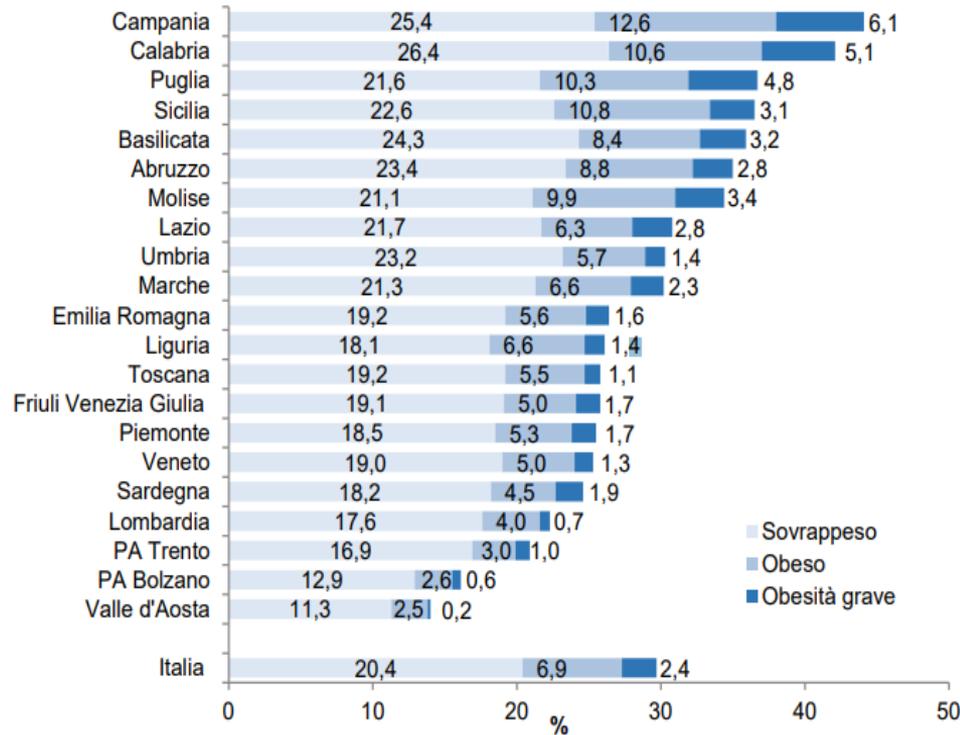
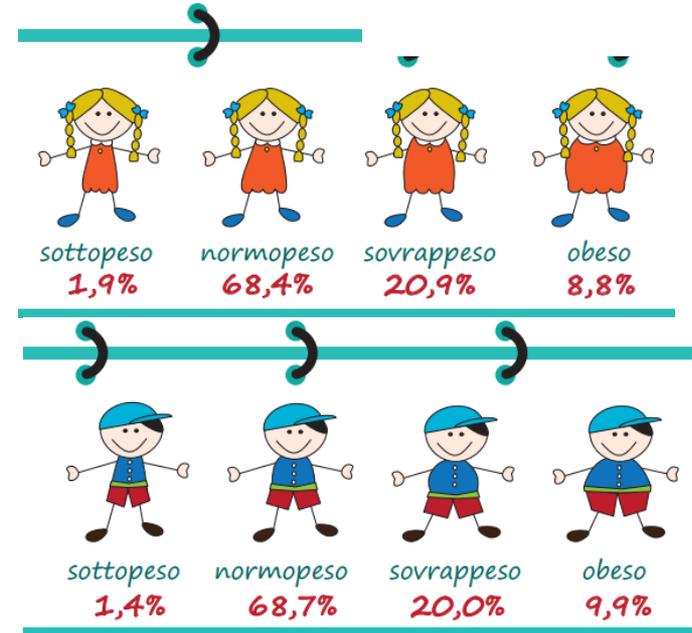


Figura 3. Sovrappeso e obesità (%) bambini di 8-9 anni per Regione. OKKio alla SALUTE, Italia 2019





hbosc

## Sistema di Sorveglianza HBSC Health Behaviour in School-aged Children RISULTATI DELLA RILEVAZIONE 2018



ccm  
Centro nazionale per la prevenzione  
e il Controllo delle Malattie



Ministero dell'Istruzione,  
dell'Università e della Ricerca



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI TORINO



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI PADOVA



UNIVERSITÀ  
DI SIENA  
1240

- A livello nazionale il 16,6% dei ragazzi 11-15 anni è in sovrappeso e il 3,2% obeso
- l'eccesso ponderale diminuisce lievemente con l'età ed è maggiore nei maschi
- Risultati stabili rispetto alla rilevazione 2014.

### Sovrappeso e obesità per genere ed età (%)



I dati internazionali indicano che la prevalenza di obesità è maggiore tra i ragazzi rispetto alle ragazze di età compresa tra 5 e 19 anni nella maggior parte dei paesi a medio reddito in tutto il mondo.

Pochi sono gli studi che indagano il «perché» di queste differenze.

BMJ Nutrition,  
Prevention & Health

## Sex and gender differences in childhood obesity: contributing to the research agenda

Bindra Shah <sup>1</sup>, Katherine Tombeau Cost,<sup>2</sup> Anne Fuller,<sup>3,4</sup> Catherine S Birken,<sup>3,4,5</sup> Laura N Anderson <sup>1,5</sup>

### SESSO

Diversa composizione corporea;

Ormoni: steroidi e leptina

Le femmine hanno una concentrazione maggiore di leptina, ormone che sopprime l'appetito e promuove il consumo di energia

### GENERE

- Le femmine, soprattutto nei paesi a reddito più alto preferiscono cibi a basso contenuto energetico, i maschi preferiscono carne e cibi ipercalorici
- Nelle femmine sono più frequenti preoccupazioni riguardo il peso
- I genitori mostrano più preoccupazione per quanto riguarda il peso in caso di figlie femmine
- Differenze nella pratica dell'attività sportiva, tempo trascorso davanti alla TV, durata del sonno

## Attività fisica nella popolazione pediatrica di ATS Brescia dal 2017 al 2019

SEDENTARIETA'

### 5 anni

Nessuna differenza tra maschi e femmine: 43,4%

(M 43,8% e F 42,9%)

### 8-9 anni

Maggior percentuale di sedentarietà nelle femmine: 25,3%  
contro il 21% dei coetanei maschi

## Attività fisica nella popolazione pediatrica di ATS Brescia dal 2017 al 2019

### SEDENTARIETA'

#### 5 anni

Nessuna differenza tra maschi e femmine: 43,4%

(M 43,8% e F 42,9%)

#### 8-9 anni

Maggior percentuale di sedentarietà nelle femmine: 25,3%  
contro il 21% dei coetanei maschi

### ATTIVITA' SPORTIVA

#### 5 anni

Nessuna differenza tra maschi e femmine: 20,9%

(M 20,4% e F 21,4%)

#### 8-9 anni

Maggior percentuale di attività sportiva (dilettantistica o agonistica) nei maschi: 47% contro il 41% delle coetanee



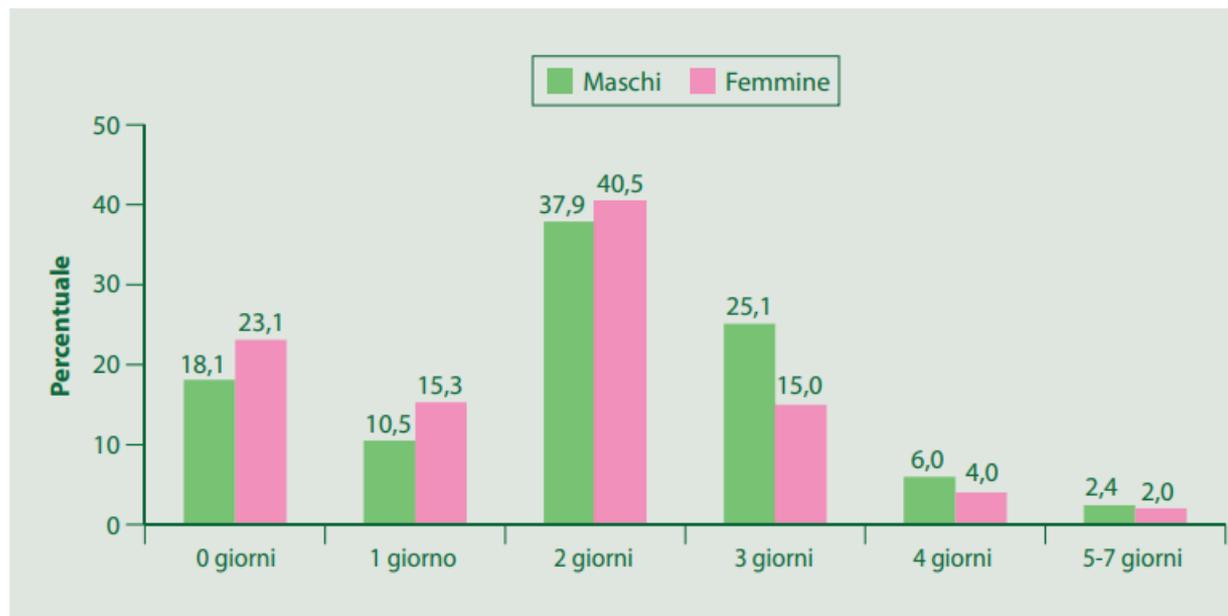
Permane una differenza di genere a svantaggio delle femmine che risultano più inattive dei maschi (18,6% vs 16,9%)

**Tabella 1** - Percentuale di bambini che non hanno svolto attività fisica il giorno precedente l'indagine per caratteristiche socio-demografiche e familiari. Italia, 2016

Caratteristiche	Bambini inattivi (%)	Intervalli di confidenza (95%)
<i>Sesso</i>		
Maschi	16,9	15,9-17,9
Femmine	18,6	17,5-19,7
<i>Zona abitativa</i>		
<10.000 abitanti	15,5	13,9-17,3
10.000-50.000 abitanti	17,6	15,9-19,6
> 50.000 abitanti	19,9	17,9-22,0
Area metropolitana	18,4	16,7-20,2
<i>Cittadinanza genitori</i>		
Entrambi italiani	17,7	16,8-18,7
Uno italiano/uno straniero (misti)	16,1	13,7-18,8
Entrambi stranieri	17,7	15,6-20,1
<i>Titolo di studio genitori*</i>		
Nessuno, elementare, media inferiore	19,6	18,3-20,9
Media superiore	17,9	16,8-19,0
Laurea	16,0	14,8-17,3
<i>Stato ponderale dei genitori</i>		
Entrambi sotto-normopeso	16,0	14,9-17,1
Almeno uno sovrappeso (nessun obeso)	18,1	17,1-19,2
Almeno uno obeso	19,5	18,2-21,1



attività sportiva  
più delle femmine  
e con maggiore  
frequenza: il 25,1%  
dei maschi e il  
15,0%  
delle femmine  
pratica attività  
sportiva  
strutturata per tre  
giorni a settimana



**Figura 2** - Percentuale di bambini che svolgono almeno un'ora di attività sportiva strutturata per frequenza settimanale, per sesso. Italia, 2016



## Sistema di Sorveglianza HBSC Health Behaviour in School-aged Children RISULTATI DELLA RILEVAZIONE 2018

La maggior parte dei giovani pratica almeno 60 minuti di attività fisica dai 2 ai 4 giorni la settimana.

La frequenza raccomandata (OMS) di praticarla tutti i giorni è rispettata dal 9,5% dei ragazzi 11-15 anni, ed è in diminuzione con l'età (dato in diminuzione rispetto al 2014).

I ragazzi sono mediamente più attivi delle ragazze.

### Attività fisica per almeno 60 minuti al giorno, nell'ultima settimana, per genere (%)



## DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO

Monitoraggio nella ATS di Brescia al  
31/12/2010

## DIMENSIONI INDAGATE

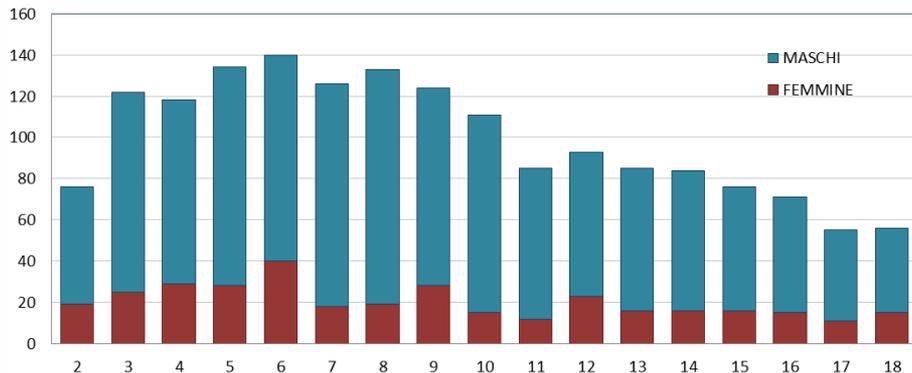
Prevalenza

Incidenza

Consumo di risorse

FLUSSO DATI	PERIODO DISPONIBILE	CODICI
Ricoveri (SDO)	1999-2021	299.00 e 299.01
PSICHIATRIA 46/SAN e 43/SAN	2009-2021	F84*
Specialistica Ambulatoriale (28/SAN)	2009-2021	299.00 e 299.01 in prestazioni di tipo psico-terapeutico in almeno due date diverse
ESENZIONI	2001-2021	044.299.0 e 044.299.1
SIDI (rilevazione relativa agli ospiti delle strutture socio-sanitarie residenziali e diurne (RSD, CDD, CSS)	2012-2021	299.00 e 299.01
SDOFAM (Schede di Dimissione Ospedaliera in riabilitazione socio-sanitaria con ricovero)	2013-2021	299.00 e 299.01
RIAFAM (Prestazioni di Specialistica ambulatoriale in riabilitazione socio-sanitaria)	2013-2021	299.00 e 299.01
MISURA B1	2012-2021	299.00 e 299.01
DATABASE ATS-ASST CERTIFICAZIONE SCOLASTICA	2010-2021	299.00 e 299.01 VF84*
Progetti Specifici per autismo ex DGR 392 e 499	2013-2021	

### Numero casi di autismo per età



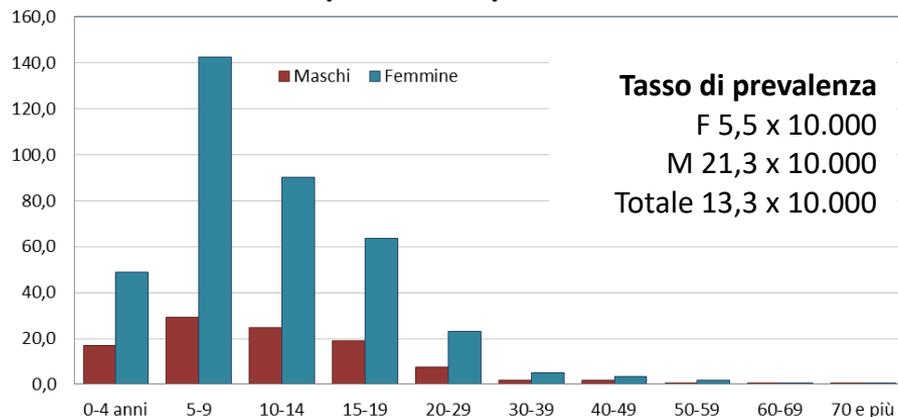
### ANNO 2019

### Numero di casi

335 femmine

1.271 maschi (79%)

### Tasso di prevalenza per fasce d'età



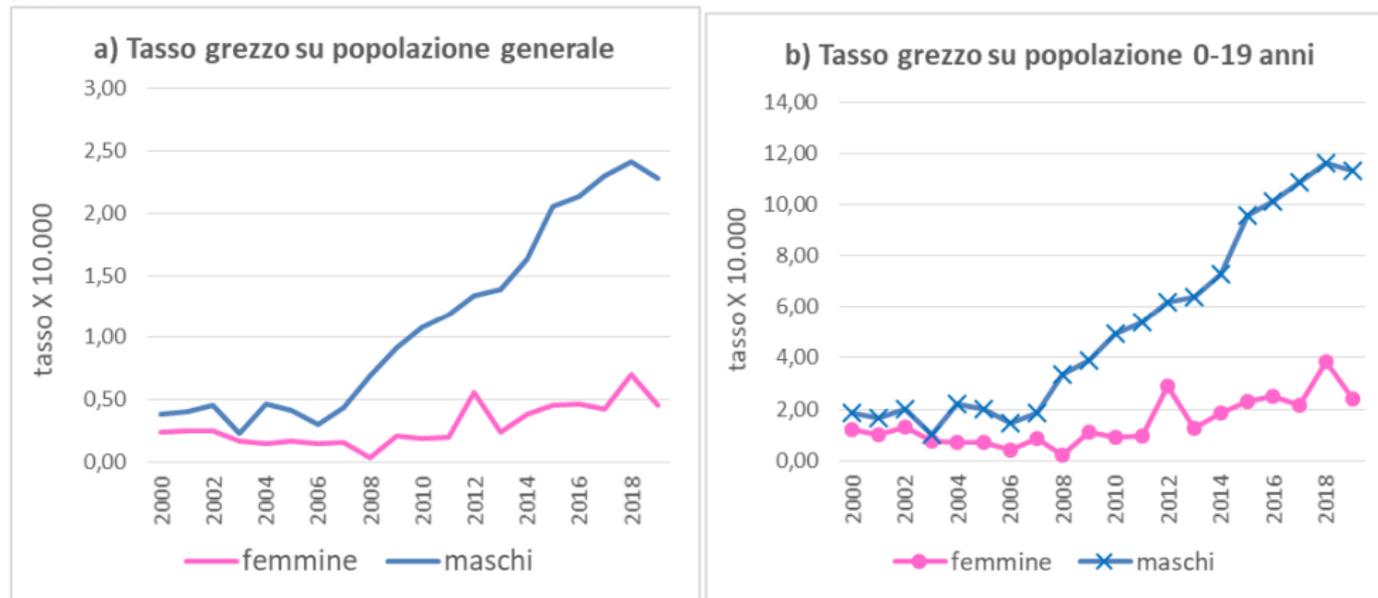
### Tasso di prevalenza

F 5,5 x 10.000

M 21,3 x 10.000

Totale 13,3 x 10.000

**Figura 3- Tasso d'incidenza annuale per sesso ed anno in ATS Brescia nella popolazione generale e in quella 0-19 anni.**



ARTICLE | [VOLUME 94, ISSUE 3, P415-425, MARCH 06, 2014](#)

## A Higher Mutational Burden in Females Supports a “Female Protective Model” in Neurodevelopmental Disorders

[Sébastien Jacquemont](#)   • [Bradley P. Coe](#) • [Micha Hersch](#) • ... [Jacques S. Beckmann](#) • [Jill A. Rosenfeld](#) • [Evan E. Eichler](#)   • [Show all authors](#)

- campioni di DNA (soggetti con disturbi del neuro-sviluppo e 800 famiglie con almeno un membro autistico)
  - Conteggio di due mutazioni genetiche che influenzano il neuro-sviluppo: variazioni nel numero di copie di interi geni e variazioni di singolo nucleotide
- ⇒ **DIFFERENZE DI GENERE A LIVELLO GENETICO:**
- ⇒ disturbi del neurosviluppo: la popolazione femminile presenta più variazioni nel numero di copie rispetto alla popolazione maschile
  - ⇒ disturbi dello spettro autistico le femmine hanno più variazioni di singolo nucleotide

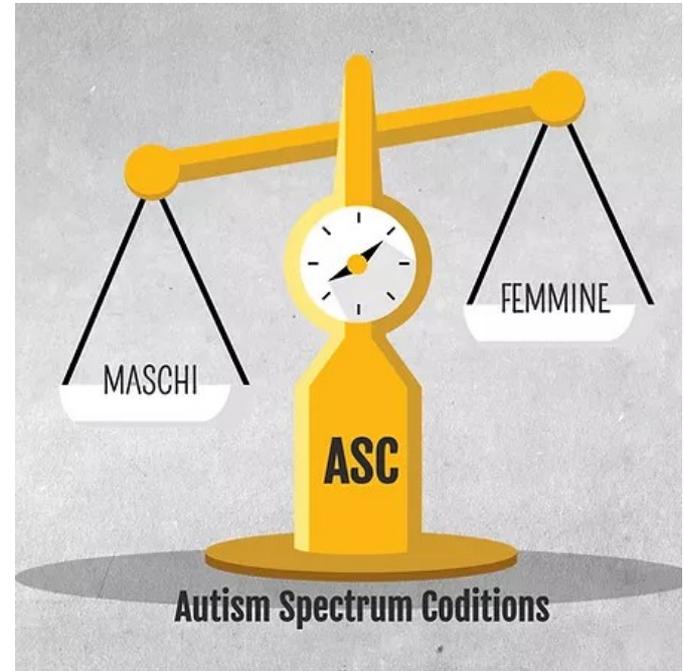
## DIFFERENZE DI GENERE NEI DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO

### Fattori biologici:

Alcuni ormoni sessuali femminili possono svolgere un ruolo protettivo a livello del sistema nervoso e “correggere” alcune anomalie

### Fattori diagnostici:

Si ritiene che possa esserci una sotto-diagnosi nelle femmine legata al fatto che alcuni disturbi catalogati come disturbi d'ansia siano in realtà disturbi dello spettro autistico





**TABLE 1** Anecdotal Descriptions About Behavioral Sex/Gender Differences in Autism<sup>43,44,49</sup>

Domain	Characteristics More Often Present in Females Than in Males
Social interaction	Greater awareness of the need for social interaction Desire to interact with others Passivity (a “loner”), often perceived as “just being shy” Tendency to imitate others (copy, mimic, or mask) in social interactions, which may be exhausting Tendency to “camouflage” difficulties by masking and/or developing compensatory strategies One or few close friendships Tendency to be “mothered” in a peer group in primary school but often bullied in secondary school
Communication	Better linguistic abilities developmentally Better imagination (fantasizes and escapes into fiction and pretend play, but is prone to being nonreciprocal, scripted, and overly controlled)
Restricted, repetitive patterns of behavior, interests, or activities	Restricted interests tend to involve people/animals rather than objects/things (e.g., animals, soap operas, celebrities, pop music, fashion, horses, pets, and literature), which may be less recognized as related to autism
Other	Tendency to be perfectionistic, very determined Tendency to be controlling (in play with peers) High (passive) demand avoidance Tendency to have episodes of eating problems

## La donna ha una maggior aspettativa di vita ...

- 2 linee di screening su 3 sono rivolte esclusivamente alle donne, il terzo screening riguarda entrambi i generi
- Maggiore capacità di sfruttare le condizioni di vita e di prevenzione delle malattie in genere

### SPERANZA DI VITA ALLA NASCITA

80,1 anni per gli uomini

84,7 anni per le donne

Fonte ISTAT 2021

## ... le donne vivono peggio:

- si ammalano di più e usano più risorse del SSN
- maggiore disabilità e fragilità
- molte patologie della donna colpiscono in età
- più spesso sono caregiver di altre persone



Medicina\_di\_genere\_infarto\_e\_osteoporosi2.mp4



**I NUMERI CHIAVE:** INDICATORI DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE ANZIANA (65 ANNI E OLTRE) E BISOGNO DI ASSISTENZA PER CLASSE DI ETÀ E SESSO. Anno 2019, tassi per 100 persone e valori assoluti in migliaia

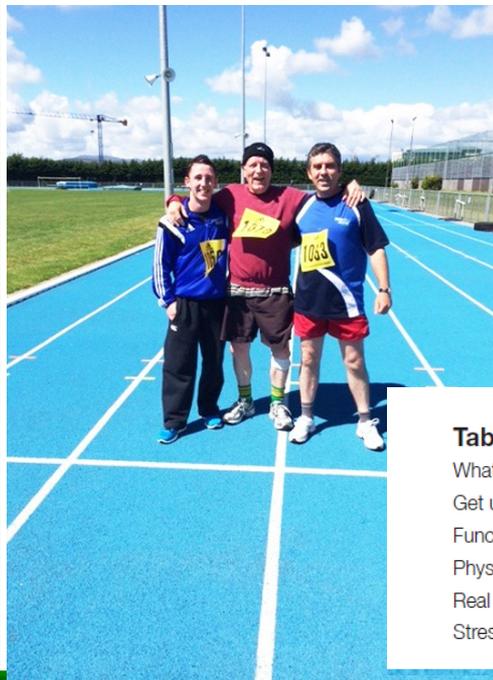
CLASSE DI ETÀ	Gravi malattie croniche	Almeno tre malattie croniche	Stato ansioso-depressivo	Gravi limitazioni motorie, sensoriali e cognitive	Limitazioni nella mobilità per problemi di salute	Gravi difficoltà nelle attività di cura della persona (ADL)	di cui con bisogni di assistenza o ausili
65-74	34,2	44,3	11,1	14,6	15,8	2,6	71,2
75-84	48,9	56,1	17,1	32,5	37,6	10,3	67,1
75 e oltre	52,0	59,5	18,1	41,9	46,7	18,3	65,0
85 e oltre	59,4	66,0	20,6	63,8	67,9	37,2	63,7
<b>Totale</b>	<b>43,2</b>	<b>52,0</b>	<b>14,7</b>	<b>28,4</b>	<b>31,5</b>	<b>10,6</b>	<b>65,8</b>
Uomini	46,0	46,1	9,2	22,8	22,3	7,5	66,9
Donne	41,1	56,7	18,9	32,8	38,6	13,3	65,3
<b>Totale V.A.</b>	<b>5.871</b>	<b>7.064</b>	<b>3.919</b>	<b>3.860</b>	<b>5.136</b>	<b>1.437</b>	<b>945</b>

# Prevenzione e medicina di genere

---

# PREVENZIONE E DIFFERENZE DI GENERE

**PROMOZIONE ATTIVITÀ FISICA:** in Irlanda è stato effettuato un intervento di promozione dell'attività fisica rivolto specificatamente agli uomini. MEN ON THE MOVE <https://www.sportireland.ie/YPB/MOM>



## Table of Contents

What is Men on the Move?	4
Get up! Get out! Get going!	5
Functional Fitness	8
Physical Activity Log	14
Real Men Don't Eat Quiche	19
Stress – A Male View	21

## LA SALUTE DA NON MANDARE IN FUMO



### Essere donna, un vantaggio da difendere

È risaputo che le donne hanno una vita media più lunga di quella degli uomini.

Tuttavia negli ultimi tempi, anche tra le donne, sono sempre più frequenti comportamenti dannosi per la salute, con un aumento delle abitudini nocive rispetto a quelle più salutari.

In Italia 1 donna su 4 consuma abitualmente sigarette.

Quando si fuma una sigaretta, nei polmoni si sprigionano più di 4000 sostanze nocive. Tra le più pericolose vi è sicuramente il catrame, che è una sostanza cancerogena.

Inoltre, è utile sapere che il fumo può ridurre la fertilità della coppia.

Quando si smette di fumare, in poco tempo si possono ottenere anche notevoli benefici estetici: il viso appare più disteso e il colorito diventa più roseo, gli occhi sono più limpidi, si riducono le occhiaie e le borse palpebrali, l'alito è più fresco e i capelli appaiono più lucidi.

### I benefici per chi smette

Quando si smette di fumare si ottengono numerosi benefici:

- si respira meglio e gradualmente spariscono tosse e problemi dell'apparato respiratorio
- aumenta la resistenza fisica e migliora la prontezza di riflessi
- si hanno una maggiore concentrazione e calma
- si dorme meglio
- diminuiscono notevolmente i rischi di patologie circolatorie, cardiache e il pericolo di ictus
- dopo 10 anni lo stato di salute è paragonabile a quello di chi non ha mai fumato

<https://www.epicentro.iss.it/guadagnare-salute/comunicazione/donna>



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ravenna



Provincia  
di Ravenna



Comune  
di Ravenna

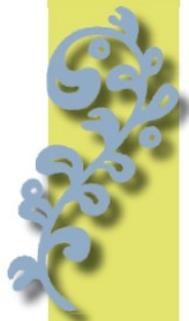


Istituto  
oncologico  
romagnolo



LILT

LEADER DELLA PREVENZIONE E DELL'EDUCAZIONE SANITARIA  
proveniente da 40000



Donne  
libere dal fumo

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ravenna



Istituto  
oncologico  
romagnolo



prevenire è vivere

## *Fatti un dono ...il fumo non ti dona*

Concorso a premi per smettere di fumare  
riservato alle donne residenti in provincia di Ravenna

Sei una fumatrice?  
Vuoi cogliere un'occasione per smettere?

Se riesci a non fumare per almeno 1 mese, dal 20  
aprile al 20 maggio 2009, puoi partecipare all'estra-  
zione di bellissimi premi.  
Leggi il regolamento, compila e spedisce la scheda di  
partecipazione entro il 19 aprile.



libere dal fumo

**1° premio  
Weekend a Parigi  
per 2 persone**



## *Fatti un dono ...il fumo non ti dona*

Concorso a premi per smettere di fumare  
riservato alle donne residenti in provincia di Ravenna

Sei una fumatrice?  
Vuoi cogliere un'occasione per smettere?

Se riesci a non fumare per almeno 1 mese, dal 20 aprile al 20 maggio 2009, puoi partecipare all'estrazione di bellissimi premi.  
Leggi il regolamento, compila e spedisce la scheda di partecipazione entro il 19 aprile.

**1° premio  
Weekend a Parigi  
per 2 persone**

Liberarsi delle sigarette rende più belle e più giovani.

Dopo aver smesso si sta meglio fisicamente... e si vede!

Il monossido di carbonio si elimina già dopo 1-2 giorni e si ripristina immediatamente la quota di ossigeno che prima veniva sottratta alla respirazione: ne beneficiano da subito tutti i tessuti:

La pelle si schiarisce in modo sorprendentemente rapido e resta più luminosa, mentre migliora l'energia fisica

Sparisce l'odore di fumo, l'alito diventa fresco e gradevole, i denti più bianchi.

Le mucose 'rifioriscono', riacquistano la loro normale sensibilità, la voce si schiarisce e i sintomi respiratori, se presenti, si attenuano.

Si acquiscono gusto e olfatto e aumenta il desiderio sessuale.

Il fumo disturba la potenza sessuale\*

Ciao,  
hai smesso  
di fumare?

No,  
sto iniziando  
a smettere di...  
far l'amore.

Le sfumature del fumo

\* Approvato dalla Unità Operativa di Urologia dell'Accademia Ospedaliera Universitaria di Ferrara.

I 5 centri antifumo della USL sono a tua disposizione

Ferrara  
Via Mortara, 14  
Tel. 0532 - 236070

Copparo  
Via Roma, 18  
Tel. 0532 - 879944

Cento  
Via XXV Aprile, 1/c  
Tel. 051 - 903314

Portomaggiore  
Via De Amicis, 22  
Tel. 0532 - 817551

Codigoro  
Via Cavallotti, 347  
Tel. 0533 - 729737



Con il contributo  
del Comune di Ferrara

Il fumo disturba la potenza sessuale\*

Ciao,  
hai smesso  
di fumare?

No,  
sto iniziando  
a smettere di...  
far l'amore.

Le sfumature del fumo

\* Approvato dalla Unità Operativa di Urologia dell'Accademia Ospedaliera Universitaria di Ferrara.

I 5 centri antifumo della USL sono a tua disposizione

Ferrara  
Via Mortara, 14  
Tel. 0532 - 236070

Copparo  
Via Roma, 18  
Tel. 0532 - 879944

Cento  
Via XXV Aprile, 1/c  
Tel. 051 - 903314

Portomaggiore  
Via De Amicis, 22  
Tel. 0532 - 817551  
Codigoro  
Via Cavallotti, 347  
Tel. 0533 - 729737

Con il patrocinio  
del Comune di Ferrara



Un'occasione andata... in fumo?

... carina!  
Ma che sorriso  
... fumoso...

Le sfumature del fumo

I 5 centri antifumo della USL sono a tua disposizione

Ferrara  
Via Mortara, 14  
Tel. 0532 - 236070

Copparo  
Via Roma, 18  
Tel. 0532 - 879944

Cento  
Via XXV Aprile, 1/c  
Tel. 051 - 903314

Portomaggiore  
Via De Amicis, 22  
Tel. 0532 - 817551

Codigoro  
Via Cavallotti, 347  
Tel. 0533 - 729737

Con il patrocinio  
del Comune di Ferrara





<https://www.menshealthresourcecenter.com/>



## June is Men's Health Month



**Eat Healthy.**  
Start by taking small steps like saying "no" to super-sizing and "yes" to a healthy breakfast. Eat many different types of foods to get all the vitamins and minerals you need. Add at least one fruit and vegetable to every meal.



**Get Moving.**  
Play with your kids or grandkids. Take the stairs instead of the elevator. Do yard work. Play a sport. Keep comfortable walking shoes handy at work and in the car. Most importantly, choose activities that you enjoy to stay motivated.



**Make Prevention a Priority.**  
Many health conditions can be detected early with regular checkups from your healthcare provider. Regular screenings may include blood pressure, cholesterol, glucose, prostate health and more.

*"Recognizing and preventing men's health problems is not just a man's issue. Because of its impact on wives, mothers, daughters, and sisters, men's health is truly a family issue." — Congressman Bill Richardson (May 1994)*

**100%**

Women are 100% more likely than men to visit the doctor for annual exams and preventive services.

**1 in 2**

1 in 2 men are diagnosed with cancer in their lifetime compared with 1 in 3 women.

MensHealthMonth

**1994**

On May 31, 1994 President Bill Clinton signed the bill establishing National Men's Health Week.

**88.9**

In 2010, there were 88.9 men for every 100 women in the age group 65-69.

MensHealthMonth

MHM@menshealthweek.org

### ONLINE RESOURCES

- Men's Health Month**  
MensHealthMonth.org
- Men's Health Network**  
MensHealthNetwork.org
- Get It Checked**  
GetItChecked.com
- Talking About Men's Health Blog**  
TalkingAboutMensHealth.com
- Men's Health Resource Center**  
MensHealthResourceCenter.com

**AWARENESS. PREVENTION. EDUCATION. FAMILY.**

**November**  
2022

LA PREVENZIONE UROLOGICA PER L'UOMO NEL MESE DI NOVEMBRE

sponsored by  
janssen Oncology  
PHARMACEUTICAL COMPANIES OF Johnson & Johnson

## 6 Plays for Men to Stay at the Top of Their Game

**#1 We will protect this heart:**  
Heart Disease is the No. 1 killer of men. Healthier food choices build a healthier heart — make fruits and vegetables half of your plate.



## 6 Plays for Men to Stay at the Top of Their Game

**#4 Quitting Time:**  
Smoking causes cancer, heart disease, stroke and...a greater risk of erectile disfunction.



## 6 Plays for Men to Stay at the Top of Their Game

**#2 Bro, you don't even have to lift:**  
Getting just 30 minutes of exercise each day can help you live longer and healthier.



## 6 Plays for Men to Stay at the Top of Their Game

**#3 Preventive Maintenance:**  
Getting regular check-ups can catch small problems before they become big problems.



## 6 Plays for Men to Stay at the Top of Their Game

**#6 Be #VaccineReady:**  
COVID-19 vaccines help your body develop immunity to the disease. Continue wearing your mask, washing your hands, staying six feet from others and get vaccinated when it's your turn.

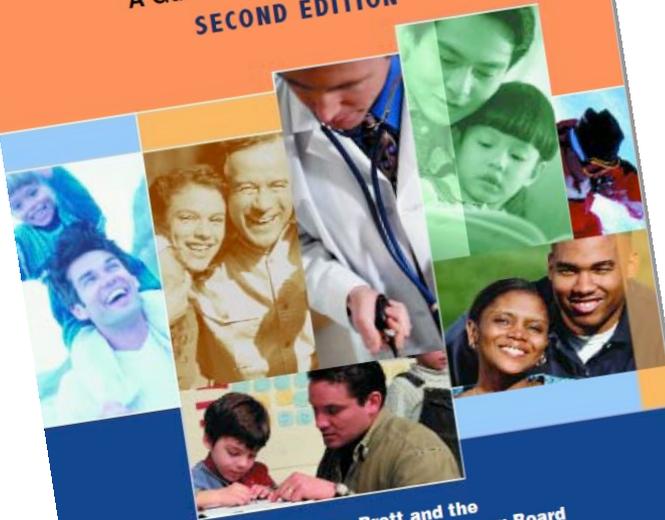


**#5 Hey man, you good?**  
Life can get tough, and thinking things through with a mental health professional can help.



# BLUEPRINT FOR MEN'S HEALTH

A Guide to a Healthy Lifestyle  
SECOND EDITION



By Armin Brott and the  
Blueprint for Men's Health Advisory Board

With forewords by:  
Kenneth A. Goldberg, MD, Founder, Male Health Center  
and  
Scott T. Williams, Vice President, Men's Health Network

**MHN** Men's Health Network®  
[www.menshealthnetwork.org](http://www.menshealthnetwork.org)



## FOR WOMEN ONLY: WHY MEN'S HEALTH IS ALSO A WOMEN'S ISSUE

What does men's health have to do with you? Plenty! Men's health issues don't affect only men; they have a significant impact on everyone around them. And because women live longer than men, they see their fathers, brothers, sons, and husbands suffer or die prematurely.

*More than one-half the elderly widows now living in poverty were not poor before the death of their husbands.*  
*Meeting the Needs of Older Women: A Diverse and Growing Population, The Many Faces of Aging, U.S. Administration on Aging*

At this point, you're probably thinking, "I already do more than my share of the laundry the cooking, and the childcare. Can't he do anything for himself?" Of course he can. But there's a good chance that without some gentle pushing from you, he won't. So it may be up to you.

More than half of premature deaths among men are preventable. By educating yourself about potential male health problems and passing that information on to the men you love, you may be able to save a life. And by encouraging all the men in your life to realize that even the smallest symptoms can sometimes be serious and may need to be discussed with their doctors, you'll be helping them take a more active role in their own health care.

Over the next few pages, we'll summarize the potential warning signs and give you some tips on how to increase the quality and lifespan of the men in your life. But this is only a summary. We strongly encourage you to read the rest of this book carefully. Each section includes detailed information on risk factors, symptoms and prevention.

### IDENTIFYING THE PROBLEM

In 1920, women outlived men by an average of one year. Today, that difference is more than five years. Why? It's because men:

- Die younger—and in greater numbers—of heart disease, stroke, cancer, diabetes, and many other diseases.
- Don't take care of themselves as well as women do.
- Are more likely to engage in unhealthy behavior.
- Don't seek medical attention when they need it.
- Are less likely than women to adopt preventive health measures.



blueprint - collegamento.lnk

# VIDEO

## **ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA':**

[http://www.igienistonline.it/Medicina\\_di\\_genere\\_infarto\\_e\\_osteoporosi2.mp4](http://www.igienistonline.it/Medicina_di_genere_infarto_e_osteoporosi2.mp4)

## **INSERM: Institut national de la santé et de la recherche médicale**

Depressione

<https://www.youtube.com/watch?v=jsnmf36An0Q&list=PL525ZU55fXEwFgxx0kFYdEukZQEBDYwR8&index=1>

Osteoporosi

[https://www.youtube.com/watch?v=eH-aK6C\\_xlM&list=PL525ZU55fXEwFgxx0kFYdEukZQEBDYwR8&index=2](https://www.youtube.com/watch?v=eH-aK6C_xlM&list=PL525ZU55fXEwFgxx0kFYdEukZQEBDYwR8&index=2)

Stili di vita

<https://www.youtube.com/watch?v=vS6AQQ3LoOE&list=PL525ZU55fXEwFgxx0kFYdEukZQEBDYwR8&index=3>

Malattie cardiovascolari

<https://www.youtube.com/watch?v=jW3qH2ZwWWho&list=PL525ZU55fXEwFgxx0kFYdEukZQEBDYwR8&index=4>

Dolore:

<https://www.youtube.com/watch?v=jl1PTPftWDg&list=PL525ZU55fXEwFgxx0kFYdEukZQEBDYwR8&index=5>

Cervello:

[https://www.youtube.com/watch?v=Cgu6l\\_C7LsU&list=PL525ZU55fXEwFgxx0kFYdEukZQEBDYwR8&index=6](https://www.youtube.com/watch?v=Cgu6l_C7LsU&list=PL525ZU55fXEwFgxx0kFYdEukZQEBDYwR8&index=6)