

Medicina di Genere Newsletter

Differenze di genere in COVID-19: possibili meccanismi

La pandemia dovuta al SARS-CoV-2 ha effetti diversi negli uomini rispetto alle donne. In particolare, il tasso di letalità dovuta alla malattia indotta da questo nuovo coronavirus (COVID-19) varia in base al sesso: nei casi confermati in Cina la letalità negli uomini è risultata del 4.7% rispetto al 2.8% nelle donne, quindi circa il doppio. I dati italiani sono simili e indicano una più elevata letalità negli uomini che nelle donne con un rapporto di circa 3:1 per tutte le fasce di età, tranne per gli ultra novantenni dove la popolazione femminile è molto più rappresentata (circa l'80%). Anche per quanto riguarda la percentuale dei contagi gli uomini si ammalano di più: il 45% nelle donne ed il 55% negli uomini (in base ai dati presenti nella infografica dell'Istituto Superiore di Sanità ISS del 2 aprile). Questa differenza fra i sessi potrebbe essere in parte spiegata da differenti stili di vita, come l'abitudine al fumo, prevalente negli uomini, che faciliterebbe sia la suscettibilità all'infezione che la progressione della malattia, o la maggiore propensione delle donne a rispettare le regole, specie quelle legate all'igiene.

Un altro fattore importante è legato alla risposta immunitaria, sia innata che adattativa. La prima è una risposta rapida ma non specifica presente in tutti gli esseri viventi, mentre la seconda è l'insieme delle risposte di tipo specifico attivate dal sistema immunitario verso i microrganismi patogeni, presente solo nei vertebrati. Ebbene, entrambe sono più forti e più efficaci nelle donne che negli uomini e questo determina una maggiore "resistenza" alle infezioni. Tuttavia, ulteriori fattori possono essere presi in considerazione per spiegare le differenze di genere nella progressione dell'infezione e nei tassi di letalità per COVID-19.

Proviamo però ad entrare nei meccanismi alla base dell'infezione. Il virus entra all'interno delle nostre cellule attraverso un recettore che per COVID-19 si chiama ACE2, acronimo di Angiotensin Converting Enzyme 2, ovvero Enzima di Conversione dell'Angiotensina. Questo enzima regola la vasocostrizione delle arterie tanto che i farmaci ACE-inibitori sono ampiamente utilizzati nella cura dell'ipertensione. ACE2 è espresso anche sulle cellule dell'epitelio polmonare e ha un ruolo molto importante in quanto è capace di proteggere il polmone dai danni dovuti all'infezione quali infiammazione, fibrosi e stress ossidativo. Quando il virus si lega ad ACE2 ed entra nella cellula, diminuisce la sua espressione e la sua funzione protettiva.

Indice

Focus Scientifico.....	pag 3
Focus Clinico.....	pag 4
Occhio sull'Italia.....	pag 5
Approfondiamo.....	pag 6
L'Angolo dell'Osservatorio.....	pag 7
... E la ricerca?	pag 8
... E la formazione?	pag 9
MdG è anche.....	pag 10
Curiosando... in PubMed.....	pag 11
Rassegna Stampa.....	pag 12
Eventi & Notizie	pag 13
In evidenza.....	pag 14

«La Repubblica tutela la salute come
fondamentale diritto dell'individuo e
interesse della collettività»

(art. 32 della Costituzione italiana)

Quali possono essere le differenze tra donne e uomini in questo meccanismo? Ne possiamo considerare almeno due:

1. Gli estrogeni aumentano l'espressione di ACE2. Possiamo quindi immaginare che nel polmone delle donne in età fertile, ACE2 sia più espresso e quindi anche dopo l'infezione virale, ne rimanga una quantità sufficiente per continuare a svolgere il suo ruolo protettivo. Al contrario, gli androgeni potrebbero avere un ruolo opposto nell'influenzare l'espressione di enzimi cellulari coinvolti nelle fasi successive all'attacco del virus al recettore, che favoriscono le fasi successive dell'infezione delle cellule polmonari.
2. Sappiamo inoltre che nelle cellule "femminili" ci sono due cromosomi X e la ridondante espressione dei prodotti dei geni presenti in doppia copia su entrambi i cromosomi viene impedita mediante l'inattivazione casuale di uno dei due. Esistono però zone che sfuggono

all'inattivazione ed i geni presenti in queste zone possono essere sovraespressi nelle donne. ACE2 è codificato sul cromosoma X, proprio in queste regioni che sfuggono all'inattivazione di uno dei due cromosomi X, sostenendo ulteriormente l'ipotesi di una maggiore espressione di questa proteina nei polmoni delle donne.

Pertanto, il più basso tasso di letalità nelle pazienti infettate da SARS-CoV-2, rispetto ai pazienti uomini potrebbe essere dovuta, almeno in parte, sia a meccanismi ormonali che genetici. Specifici studi, anche retrospettivi, saranno utili a valutare il ruolo degli ormoni sessuali nelle differenze di genere riscontrate, incluso ad esempio il ruolo della terapia ormonale sostitutiva in donne colpite da COVID-19. Infine lo studio del ruolo dei geni che sfuggono all'inattivazione di uno dei due cromosomi X nelle cellule XX e dei loro regolatori, potrebbe rappresentare una grande sfida per identificare i determinanti patogenetici sesso-specifici di progressione della malattia indotta da SARS-CoV-2.



Dott.ssa Maria Cristina Gagliardi

Ricamatore
Ricamatore
Centro di Riferimento per la Medicina
di Genere
Istituto Superiore di Sanità



Dott.ssa Elena Ortona

Primo ricercatore
Primo ricercatore
Direttore Unità di Fisiopatologia
genere-specifica
Centro di Riferimento per la Medicina
di Genere
Istituto Superiore di Sanità



Dott.ssa Anna Ruggieri

Primo ricercatore
Primo ricercatore
Centro di Riferimento per la Medicina
di Genere
Istituto Superiore di Sanità

Differenze di genere e tossicità indotta dalla chemioterapia del cancro del colon

A cura della Prof.ssa Annamaria Ruzzo

Il tumore del colon-retto (CRC) è la neoplasia più frequentemente diagnosticata in Italia dopo il tumore della mammella e la seconda causa di morte dopo il tumore del polmone. La possibilità di sviluppare il CRC è 1/13 negli uomini e 1/21 nelle donne, mentre quella di morire per questa neoplasia è 1/28 negli uomini e 1/50 nelle donne (Associazione Italiana di Oncologia Medica 2019). Le linee guida per lo *screening* del CRC, in generale, non applicano raccomandazioni specifiche di genere, anche se è stato dimostrato che le donne hanno un rischio più elevato di sviluppare la neoplasia nel colon destro, che ha una prognosi peggiore a quella del colon sinistro, poiché si manifesta con segni meno evidenti e tardivi, responsabili di una diagnosi in stadi più avanzati¹.

Nel CRC dopo chirurgia radicale in stadi a rischio, la chemioterapia può essere attuata a scopo precauzionale (adiuvante) dopo l'intervento, con protocolli che prevedono la somministrazione di 5-fluorouracile/acido folinico spesso in combinazione con oxaliplatino (FOLFOX) o capecitabina (XELOX). Nonostante questi regimi terapeutici abbiano prodotto un significativo prolungamento della sopravvivenza, la loro efficacia è spesso condizionata dagli effetti avversi (ADE), responsabili del ritardo, della riduzione e sospensione del trattamento o, in una minoranza di casi, della morte del paziente. Gli ADE si manifestano nelle donne con tossicità più severe e frequenti, e di conseguenza le donne tendono a non completare i cicli di chemioterapia più degli uomini, mentre sarebbe importante completare il piano terapeutico per migliorare la sopravvivenza libera da malattia².

È noto da tempo che le varianti genetiche presenti nel genoma possono influenzare profondamente gli effetti terapeutici ed avversi dei chemioterapici. Infatti l'efficacia o la tossicità di un farmaco, può essere condizionata dalle varianti genetiche presenti in geni che codificano enzimi del metabolismo di un determinato chemioterapico, proteine trasportatrici o proteine bersaglio. In questi studi di farmacogenetica, l'influenza del sesso ha appena iniziato ad essere discussa, ma il contributo e i meccanismi attraverso i quali viene esercitata, sono complessi e ancora poco compresi; il sesso potrebbe infatti esercitare il suo effetto sull'esito terapeutico in modo indipendente dal contributo della farmacogenetica, oppure agendo all'interno di un quadro farmacogenetico. Poiché pochissime varianti farmacogeneticamente conosciute

sono localizzate sui cromosomi sessuali, è probabile che le differenze farmacogenetiche sesso-dipendenti siano dovute a varianti presenti sugli autosomi, nella regolazione trascrizionale, o nei cambiamenti post-trascrizionali, quali ad esempio alterazioni dell'espressione genica ormone-dipendenti.

In questo quadro complesso e tutto da esplorare, abbiamo recentemente condotto uno studio ancillare al *trial* TOSCA per valutare se il sesso modificava l'impatto di alcune varianti genetiche presenti in geni coinvolti nel riparo del DNA e nel metabolismo dei chemioterapici utilizzati, sulla tossicità in pazienti affetti da adenocarcinoma del colon stadio II alto rischio e III, randomizzati a ricevere 3 o 6 mesi CAPOX o FOLFOX. I risultati mostrano che medesime varianti possono prevedere una determinata tossicità in modo diverso nei due sessi. Infatti la variante rs1799793C/T sul gene XPD aumentava il rischio di tossicità ematologica solo negli uomini e la variante rs13181T/G sempre sul gene XPD diminuiva il rischio di tossicità gastrointestinale solo nelle donne; mentre la variante rs11615A/G su ERCC1 aumentava il rischio di neurotossicità solo nelle donne³.

Possiamo concludere che la farmacogenetica può contribuire alla predizione di numerosi effetti avversi, ma ancora non è in grado di spiegare la diseguale distribuzione tra i due sessi di queste reazioni. Saranno necessari studi clinici con un *design* sensibile al sesso, obiettivo stimolante per la medicina personalizzata. Sicuramente un prerequisito per l'applicazione della medicina personalizzata sarà risolvere e comprendere le variabili che contribuiscono alle differenze tra pazienti, e la farmacogenetica e il sesso sono senza dubbio due dei principali candidati.

1. *World J Gastroenterol.* 2015;21:5167-75
2. *Biomol Ther (Seoul).* 2018;26:335-342
3. *Sci Rep.* 2019;9:11527

Prof.ssa Annamaria Ruzzo

**Dipartimento di Scienze
Biomolecolari
Università degli Studi di
Urbino "Carlo Bo"**



A cura del Prof. Giovanni De Pergola *

L'obesità è una condizione caratterizzata da incremento del peso corporeo e dell'indice di massa corporea (IMC: $\text{kg/m}^2 > 30$) e, da un punto di vista della composizione corporea, da un eccesso di grasso corporeo ($> 25\%$ negli uomini e $> 35\%$ nelle donne). E' una patologia molto importante, basti pensare che essa ha indotto circa 3.4 milioni di decessi e 3.9 anni di vita persi in media soltanto nel 2010 ed è in progressivo aumento in quasi tutte le nazioni del mondo. Oltre che per la salute, l'obesità è un problema di natura culturale, dovuto alla scarsa consapevolezza delle cause, delle conseguenze e delle possibili soluzioni che la riguardano.

Per quanto attiene alle differenze di genere, dati epidemiologici relativi al periodo 1980-2013, e che interessano tutto il mondo, riportano che la proporzione di adulti con un IMC > 25 , considerato il limite superiore della normalità ponderale, è aumentata dal 28.8% al 36.9% negli uomini e dal 29.8% al 38.0% nelle donne nei paesi in via di sviluppo, incrementando quindi più nel sesso femminile¹. In maniera similare, nei bambini e negli adolescenti, la prevalenza è aumentata dal 8.1% al 12.9% nei maschi e dal 8.4% al 13.4% nelle femmine. Per contro, nei paesi sviluppati, la prevalenza è aumentata più nei maschi (23.8% vs 22.6%). Le differenze di prevalenza tra i due sessi sembrano pertanto essere imputabili più a fattori socioeconomici che a reali differenze biologiche legate al sesso.

Da un punto di visto clinico, l'obesità si associa ad un aumentato rischio di sviluppare patologie importanti quali diabete mellito tipo 2, dislipidemia, ipertensione arteriosa, malattie cardiovascolari, cancro, malattie gastrointestinali, patologie osteoarticolari, infertilità etc. Il rischio di tali patologie aumenta se il grasso si accumula in sede addominale, e viscerale in particolare. Sono stati identificati dei valori limite di circonferenza addominale al di sopra dei quali aumenta il rischio di sviluppare le citate patologie; questi valori *cut-off* differiscono tra uomo e donna in accordo all'*International Diabetes Federation* e sono 94 cm per l'uomo e 80 cm per la donna. Quando è stata indagata specificatamente l'obesità addominale,

la prevalenza negli USA è risultata maggiore nelle donne rispetto agli uomini (58.0% vs 41,1%) e questa differenza è stata confermata nella maggior parte delle nazioni ed in tutti i gruppi di età. Ancora, lo studio americano NHANES (dati 1999-2004) ha comunicato che circa il 30% degli uomini ed il 50% delle donne ha un eccesso di grasso totale². Un recente studio condotto negli USA ha proposto che l'obesità severa (IMC > 40.0), che attualmente rappresenta il 27.6% dei diversi casi di obesità femminile, è destinata a diventare la categoria di IMC più comune tra le donne. Se le donne hanno una maggiore prevalenza di obesità viscerale, gli uomini perdono più facilmente grasso viscerale in corso di terapia dietetica.

Per quanto attiene alla terapia farmacologica, non esistono dimostrazioni circa l'esistenza di farmaci che possano amplificare significativamente la perdita di peso in uno dei due sessi.

Esiste soltanto una segnalazione concernente la liraglutide, che mimetizza l'azione del GLP-1 (*glucagon-like peptide-1*), ormone gastrointestinale che riduce il senso di fame ed anticipa il senso di sazietà, che sembra essere più efficace nella donna. Infine, è noto che le diete chetogeniche, ossia caratterizzate da chetosi in condizioni di basso introito di carboidrati, aumentano la produzione di GLP-1; è stato recentemente osservato che le donne presentano un maggiore incremento del GLP-1 rispetto agli uomini in presenza di chetosi.

Un recente studio dimostra che le donne con maggiore IMC hanno una superiore probabilità di perdere peso dopo 1 anno di trattamento, mentre gli uomini non sembrano presentare questa caratteristica predittiva³.

1. *Lancet*. 2014; 384:766-781

2. *Science*. 2019; 21:612-623

3. De Pergola G, et al. 2020; *Endocr Metab Immune Disord Drug Targets (in press)*

* In collaborazione con la Dott.ssa Isanna Murro
Dipartimento di Medicina Interna e Oncologia Umana
Università degli Studi di Bari Aldo Moro

Prof. Giovanni De Pergola

Dipartimento di Medicina
Interna e Oncologia Umana
Università degli Studi di Bari
Aldo Moro





Nascita del Tavolo dei referenti regionali per l'applicazione del Piano Nazionale per la Medicina di Genere

Come previsto dall'articolo 3 della Legge 3/2018 "Applicazione e diffusione della Medicina di Genere nel Servizio Sanitario Nazionale" e in attesa dell'istituzione dell'Osservatorio dedicato a questa tematica, lo scorso 28 gennaio si è riunito per la prima volta il Tavolo dei referenti nominati dalle Regioni. Con questo primo incontro il gruppo dei referenti ha dato inizio a quella che sarà la sua attività nell'ambito dello sviluppo della Medicina di Genere sul territorio nazionale. Infatti, il Piano, adottato il 13 giugno 2019 con Decreto del Ministro della Salute, individua il genere come tema indispensabile nella ricerca, nella formazione e nella comunicazione e, ancor più, nell'attività clinica. Solo in questo modo sarà possibile garantire l'appropriatezza delle prestazioni, secondo i principi di equità ed universalità del Servizio Sanitario Nazionale.

All'incontro, organizzato dal Ministero della Salute e dal Centro di Riferimento per la Medicina di Genere dell'Istituto Superiore di Sanità, ciascun referente ha presentato l'esperienza della propria regione in ambito di Medicina di Genere e i dati ottenuti all'interno del proprio servizio sanitario regionale. L'eterogeneità esistente a livello nazionale è apparsa evidente, poiché solo alcune Regioni hanno mostrato percorsi già sviluppati in ottica di genere, ma tutti hanno partecipato con interesse al primo passo concreto verso l'applicazione della Medicina di Genere. I dati raccolti ed elaborati rappresenteranno il punto di partenza sul quale costruire azioni ed obiettivi che tengano conto del genere, dati che saranno poi inseriti nella relazione che annualmente il Ministro della Salute presenterà alle Camere.

Per organizzare il lavoro sarà indispensabile la creazione di una rete di collaborazione tra le istituzioni centrali, come il Ministero della Salute e l'Istituto Superiore di Sanità, e i referenti regionali che, a loro volta, formeranno una rete capillare all'interno del proprio territorio. Questo presuppone il coinvolgimento di esperti e, ove necessario, la pianificazione di corsi di formazione e aggiornamento per gli operatori sanitari e per i partecipanti ai tavoli regionali. Infatti, l'acquisizione del concetto di salute di genere rappresenta un obiettivo strategico per la nostra Sanità che, rispettando le differenze, non potrà che migliorare la qualità e l'appropriatezza delle cure, riducendo parallelamente i costi sanitari.

Dott.ssa Alessandra Carè

**Direttore Centro di Riferimento per la
Medicina di Genere
Istituto Superiore di Sanità**

Dott.ssa Elena Ortona

**Direttore Unità di Fisiopatologia genere-
specific
Centro di Riferimento per la Medicina di
Genere
Istituto Superiore di Sanità**





Prevenzione delle malattie cerebrovascolari: il documento del Ministero della Salute

Il Ministero della Salute, ha recentemente pubblicato *on line* il documento "Prevenzione delle malattie cerebrovascolari lungo il corso della vita" a cura del gruppo di lavoro sulle malattie cerebrovascolari dell'Alleanza Italiana per le malattie cardio-cerebrovascolari:

http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.js?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=3982

L'attenzione posta alla prevenzione dell'ictus cerebrale è principalmente legata al peso di questa patologia in termini di mortalità in quanto nel mondo è attualmente la seconda causa di morte dopo la malattia coronarica, ma soprattutto è una delle principali cause di disabilità a lungo termine, specialmente nella popolazione anziana. Nel nostro paese, sebbene il numero totale dei ricoveri per ictus sia in riduzione (da 98.555 nel 2009 a 88.533 nel 2017), i sopravvissuti con esiti invalidanti sono circa 950.000.

A causa dell'invecchiamento della popolazione è prevedibile un aumento di questo dato con un impatto sui costi e sull'impegno delle famiglie.

Questa patologia costa 16 miliardi al nostro Servizio Sanitario Nazionale e ben 5 miliardi alle famiglie, secondo il Rapporto 2018 sulla malattia realizzato dall'Osservatorio Ictus Italia. Questa spesa comprende sia le cure ospedaliere che rappresentano circa il 70% dei costi sostenuti nel primo anno dopo un ictus, nonché la riabilitazione ed il *follow up*. Inoltre, un ictus severo (con una grave disabilità residua) costa il doppio rispetto ad un ictus moderato, malgrado abbiano lo stesso iter diagnostico, ed ha una ricaduta "pesante" sulle famiglie.

Ricordando che in Italia la mortalità cardio-cerebrovascolare nella donna è del 48.4% e nell'uomo è del 38.7%, risultano più colpite da ictus le femmine rispetto ai maschi (F 147 casi vs M 139 casi per 100.000 abitanti per anno) rispetto agli altri paesi industrializzati, con un aumento nella fascia degli ultra 80 anni.

La prevenzione dell'ictus è quindi un obiettivo da

perseguire, per ridurre l'incidenza della malattia e soprattutto le conseguenze della disabilità che accompagnano questa patologia.

Questo documento pone quindi grande attenzione ai fattori di rischio cardio-cerebrovascolari che sono suddivisi in non modificabili e modificabili, e che consentono di valutare il rischio nel singolo individuo. I fattori di rischio modificabili intervengono nelle diverse età della vita in rapporto alle abitudini alimentari, all'attività fisica, a fattori favorenti esterni e sono considerati modificabili con interventi comportamentali precoci e con terapie mediche o chirurgiche mirate.

Uomini e donne condividono gli stessi fattori di rischio tradizionali come fumo, sedentarietà, cattive abitudini alimentari, consumo eccessivo di alcool, ipertensione, obesità, fumo, fibrillazione atriale. Le donne hanno però un rischio di ictus maggiore rispetto agli uomini perché, oltre ad un peso maggiore dei fattori di rischio tradizionali, vi si aggiungono anche dei fattori di rischio non tradizionali o emergenti (nascita pretermine, ipertensione in gravidanza, diabete gestazionale, malattie autoimmuni, trattamenti per neoplasia della mammella, depressione) che ne condizionano lo stato di salute o di malattia se non adeguatamente riconosciute, trattate e seguite nel tempo.

La promozione della conoscenza dei fattori di rischio che nel corso della vita colpiscono uomini e donne, nonché del corretto trattamento degli stessi, non solo tra gli operatori sanitari, ma soprattutto nella popolazione generale (anche attraverso i *mass media*), rappresenta quindi uno strumento efficace per ridurre l'impatto economico e sociale di una patologia devastante come l'ictus cerebrale.

Prof.ssa Cecilia Politi
Direttore UOC Medicina Interna PO
"F.Veneziale" – Isernia
Responsabile Area "Medicina di Genere" e
Presidente Regione Molise F.A.D.O.I.
Docente di Medicina Interna e di
Endocrinologia "Università La Sapienza" -
Polo didattico del Molise - Facoltà Medicina e
Farmacia

L'ANGOLO DELL'OSSERVATORIO

A cura dell'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane

Consumo di alcol

Il consumo di bevande alcoliche rappresenta un fattore di attenzione per la salute, indipendentemente dalle quantità assunte. La letteratura scientifica ha individuato nel consumo quotidiano di 2 Unità Alcoliche (UA) per l'uomo e 1UA per la donna le quantità considerate a rischio minimo.

L'abuso di alcol, tanto acuto quanto cronico, rappresenta un pericolo enorme per la salute: è, infatti, una sostanza tossica, potenzialmente cancerogena e in grado di indurre dipendenza. I potenziali effetti acuti vanno da stato euforico e tachicardia fino al rallentamento o perdita dei riflessi e stato comatoso. L'intossicazione cronica da alcol, invece, aumenta il rischio dell'insorgenza di patologie come cirrosi epatica, pancreatite e tumori maligni e benigni a carico del fegato. Tale condizione può essere, inoltre, correlata a molti danni indiretti che possono essere associati, ad esempio, a comportamenti sessuali a rischio, infortuni sul lavoro, episodi di violenza ed incidenti stradali per stato di ebbrezza.

In Italia, nonostante una maggior consapevolezza sui rischi, acquisita grazie a numerose evidenze scientifiche e alle campagne d'informazione, sono ancora da sostenere e rafforzare sia una cultura della prevenzione, sia gli approcci che limitano la disponibilità degli alcolici ai minori.

I consumatori di alcol si distinguono in *binge drinker* (individui che assumono in un'unica occasione oltre 6UA di una qualsiasi bevanda alcolica) e consumatori abituali eccedentari. La letteratura scientifica internazionale studia il diverso impatto che questi tipi di consumo hanno sulla salute, ed una recente pubblicazione, analizzando 5.554 *binge drinker*, ha dimostrato come gli effetti su pressione arteriosa e livelli di colesterolo nel sangue siano molto più significativi rispetto a quelli rilevati nei consumatori abituali.

I dati nazionali mostrano che, nella popolazione adulta, la prevalenza di *binge drinker* è superiore rispetto ai consumatori abituali eccedentari sia negli uomini che nelle donne. Guardando alla distribuzione regionale, negli uomini il *binge drinking* supera il consumo eccedentario in ogni regione, mentre nelle donne in 13 regioni. Per entrambi i generi la prevalenza maggiore si registra nella PA di Bolzano (32,0% uomini, 14,0% donne), mentre quella minore in Sicilia per gli uomini (9,8%) e in Campania per le donne (2,2%).

Riguardo al consumo abituale eccedentario, indipendentemente dal genere, le percentuali maggiori e minori si registrano, rispettivamente, in Valle d'Aosta (12,2% uomini, 6,9% donne) e Sicilia (3,6% uomini, 1,6% donne).

Regioni	Maschi		Femmine	
	Eccedenti i limiti giornalieri	Binge drinking	Eccedenti i limiti giornalieri	Binge drinking
Piemonte	8,2	16,7	3,8	6,6
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	12,2	26,7	6,9	12,7
Lombardia	7,8	16,1	5,7	4,9
Bolzano-Bozen	6,7	32,0	3,1	14,0
Trento	5,9	28,2	2,2	6,7
Veneto	6,5	20,4	4,5	5,0
Friuli Venezia Giulia	9,7	19,1	5,5	7,7
Liguria	9,1	15,1	4,7	6,9
Emilia-Romagna	8,8	15,8	6,7	6,1
Toscana	10,4	14,1	6,2	6,0
Umbria	8,5	16,8	6,6	5,4
Marche	8,6	16,3	5,0	5,3
Lazio	5,3	13,4	3,1	4,6
Abruzzo	6,9	16,8	3,9	3,3
Molise	11,7	16,3	4,8	3,2
Campania	5,5	10,6	2,5	2,2
Puglia	6,2	13,7	2,6	4,1
Basilicata	10,5	16,2	5,3	4,8
Calabria	8,7	12,9	2,3	3,2
Sicilia	3,6	9,8	1,6	2,3
Sardegna	9,3	20,4	2,5	4,3
Italia	7,2	15,2	4,1	4,7

Tabella 1 - Prevalenza (valori per 100) di consumatori a rischio di alcol per tipologia di comportamento a rischio nella popolazione di età 18-64 anni per genere e regione - Anno 2018

Fonte dei dati: Istat. Elaborazioni dell'Osservatorio Nazionale Alcol-ISS e del WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine Multiscopo Istat "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2019.



Vincitrice dell'VIII Concorso A.M.M.I. 2019



Mi chiamo Elena Andreucci, sono una biotecnologa dottorata in biochimica e biologia molecolare e svolgo la mia attività di ricerca presso il Dipartimento di Scienze Biomediche, Sperimentali e Cliniche "Mario Serio" dell'Università di Firenze. Il mio campo di ricerca è l'oncologia sperimentale e recentemente mi sono focalizzata sull'organotropismo delle metastasi di melanoma, ovvero lo studio di molecole che possono indirizzare le cellule del tumore primitivo a metastatizzare in organi secondari specifici ed a prediligere rispetto ad altri. L'obiettivo finale è l'individuazione di una sorta di firma molecolare del tumore che possa essere sfruttata in clinica per prevenirne la diffusione metastatica. In questo contesto si inserisce il progetto "Valutazione del ruolo della melanotransferrina nella differente incidenza di metastasi cerebrali di melanoma nell'uomo e nella donna" risultato vincitore del Concorso di Medicina e Farmacologia di Genere 2019 per cui l'Associazione Mogli Medici Italiani (A.M.M.I.) mi ha premiato.

Grazie ad A.M.M.I. è stato possibile intraprendere questo studio volto a valutare il valore diagnostico/predittivo della melanotransferrina (Mtf) per quanto riguarda lo sviluppo di metastasi cerebrali di melanoma che, come riportato da dati epidemiologici in letteratura, presentano una maggiore incidenza nell'uomo rispetto alla donna. Le metastasi cerebrali ad oggi non prevedono efficaci protocolli terapeutici e l'aspettativa di vita dei pazienti affetti non supera i 6 mesi. Il ruolo della Mtf nel processo di invasione di cellule di melanoma attraverso la barriera ematoencefalica è stato ampiamente dimostrato in letteratura. Questo studio prevede la valutazione dei livelli di espressione di Mtf in biopsie solide (campioni istologici) e liquide (esosomi da siero/urine e cellule tumorali circolanti) di pazienti uomo/donna affetti da melanoma, monitorati per lo sviluppo di metastasi cerebrali e in altri organi secondari. Questa ricerca ci permetterà di valutare se Mtf possa rappresentare un marcatore predittivo di metastasi cerebrali e di sviluppare terapie mirate a prevenirne l'insorgenza.

IX BANDO DI CONCORSO A.M.M.I. 2020

Per il nono anno consecutivo l'Associazione Mogli Medici Italiani – A.M.M.I. – finanzia la ricerca, premiando il miglior progetto in Medicina e Farmacologia di Genere, selezionato attraverso un concorso nazionale.

Nel corso degli anni i progetti di ricerca finanziati hanno dato un valido contributo per la identificazione delle variabili che influenzano una differente risposta tra i generi, sia nelle manifestazioni patologiche che nell'uso dei farmaci.

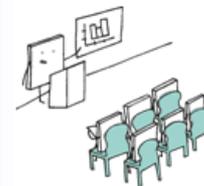
Il concorso è finanziato con un contributo economico di € 10.000,00, che sarà attribuito a giudizio insindacabile di una Commissione Giudicatrice, presieduta dalla Presidente Nazionale A.M.M.I. e composta da illustri professionisti esperti nella materia.

Informazioni bando di concorso A.M.M.I. 2020

<http://www.ammi-italia.org/images/bando-concorso-ricerca-ammi-2020.pdf>



Michela d'Errico Alfieri
Presidente Nazionale A.M.M.I.



"Medicina di Genere e Nursing: a che punto siamo?" tesi di laurea infermieristica

Mi chiamo Linda Guidi e sono un'infermiera laureata all'Università degli Studi di Trieste (a.a. 2018-2019). Ho deciso di realizzare una tesi dal titolo "Medicina di Genere e Nursing: a che punto siamo?" dopo essere venuta a conoscenza della differenza di manifestazione dei sintomi tra donne e uomini in ambito cardiologico.

Mi sono chiesta se, in questo ambito, venisse preso in considerazione anche il punto di vista infermieristico.

Se la manifestazione di segni e sintomi, la risposta agli interventi terapeutici ed i vissuti sono influenzati dal sesso, allora, emerge la necessità di studiare le implicazioni di tali differenze per renderle parte integrante del processo di cura, al fine di promuovere l'Infermieristica di Genere. Questa, sinora, è stata affrontata prevalentemente secondo la prospettiva del professionista sanitario. Dalla letteratura emergono tre concetti principali: a) la predominanza femminile nella professione; b) un approccio differente degli operatori in base alla loro appartenenza di genere; c) la persistenza dello stereotipo secondo cui "la cura" è una funzione tipicamente femminile.

La tesi intendeva indagare l'importanza di un approccio diverso nei confronti dell'assistito uomo/donna, focalizzandosi sulla relazione tra i suoi bisogni e la risposta nell'assistenza infermieristica.

In questo ambito la letteratura è piuttosto limitata. Sono state realizzate, così, alcune interviste a specialisti del Centro di Riferimento per la Medicina di Genere dell'Istituto Superiore di Sanità e ai relatori al convegno «L'Infermieristica di Genere e la pianificazione assistenziale» (Ravenna, 11 maggio 2019) con l'obiettivo di conoscere lo stato dell'arte ed individuare strategie per favorire lo sviluppo di una sensibilità su questa tematica.

Le interviste hanno rilevato: a) la disparità tra quanto previsto dalla legislazione (Legge 11 gennaio 2018 n.3, articolo 3) e la pratica clinica poiché i protocolli assistenziali, dal punto di vista attuativo, sono lasciati alla discrezione delle singole unità operative; b) la necessità di considerare le specificità della professione infermieristica, differenziandone i contenuti e le responsabilità da quella medica; c) l'urgenza di dare una risposta puntuale ai bisogni di salute tramite un approccio interdisciplinare sostenuto da evidenze scientifiche.

Inoltre sono stati evidenziati tre aspetti particolarmente rilevanti: 1) non identificare la Medicina di Genere con la salute della donna, 2) considerare la Medicina e l'Infermieristica di Genere dimensioni trasversali e non specialità di nicchia; 3) sviluppare percorsi di formazione, di base e continua, per consentire ai professionisti di acquisire competenze su questi aspetti fondamentali del processo di cura.

Linda Guidi
Dottoressa in Infermieristica



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI DI TRIESTE



Le mutilazioni genitali femminili

Le MG violano i diritti delle donne: all'integrità fisica, alla non discriminazione e alla libertà da trattamenti crudeli e umilianti.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, 2007) ha definito le Mutilazioni dei Genitali Femminili (MGF) la rimozione di una parte o di tutti i genitali esterni e qualsiasi lesione, anche minima, condotta su di essi per motivi non terapeutici.

L'OMS ha classificato 4 tipi di MGF con relativi sottotipi: rimozione parziale o totale della parte esterna della clitoride e del prepuzio (clitoridectomia), delle piccole o delle grandi labbra (escissione), restringimento, attraverso una sutura, dell'ingresso vaginale (infibulazione) e altre procedure (non classificate) come punture, *piercing*, ecc.

Le forme, le caratteristiche, i significati, le credenze, la gravità e il tipo di complicanze differiscono grandemente tra donna e donna.

In occidente e nei paesi ad alto reddito, negli ultimi decenni, a causa dei nuovi scenari multietnici che si sono disegnati, è cresciuta in modo esponenziale la presenza di donne e bambine affette da MG o a rischio di esserlo. Non è raro incontrarle nei nostri ambulatori, in contesti sociali (scuola, lavoro) e affettivi (coppie miste, parentele acquisite, bimbe con MG adottate da paesi con tradizione escissoria).

I paesi interessati da queste usanze, con percentuali diverse, sono circa 30 stati dell'Africa, alcuni dell'Asia e del Medio Oriente dove però la prevalenza riguarda solo specifiche aree regionali.

Nei paesi d'origine tali tradizioni sopravvivono da tempi immemorabili, nonostante ci siano campagne di sensibilizzazione e leggi che le vietano.

Le ragioni che contribuiscono a mantenerle sono le più disparate, da appartenenza e inclusione sociali, a errate credenze sul concetto di purezza e decoro femminile, da tabù sul corpo e sulla sessualità "incontrollabile" della donna senza MG, a paura di esclusione ed emarginazione dal proprio contesto sociale e perdita della propria identità di appartenenza al genere femminile. E' l'etnia di appartenenza che mantiene tradizioni antiche e dannose per la salute della donna. Molti pregiudizi e credenze errate hanno contribuito a rispettare questa pratica come la preparazione al matrimonio, l'eliminazione della parte maschile o impura dei

genitali femminili, la tutela della verginità e il mantenimento della castità.

Anche l'età in cui viene praticata la MGF varia: da pochi giorni dalla nascita ai 15 anni, di solito prima del menarca. Nessuna religione prescrive una mutilazione genitale femminile e le donne mutilate appartengono a tutte le fedi (Cristiana, Ebraica, Islamica, Animista), spesso loro stesse credono erroneamente che sia una prescrizione religiosa. I loro leaders hanno il dovere morale, civile e legale di dare le giuste informazioni a questo proposito.

Delle 76.040 ragazze di età compresa tra 0 e 18 anni, provenienti dai paesi interessati, e residenti in Italia, il 15-24% è a rischio mutilazione quando torna in vacanza nel paese d'origine.

I danni sulla salute sono dovuti soprattutto all'escissione e all'infibulazione. Sono frequenti problemi psicosessuali, uro-genitali ed ostetrici con frequente ricorso al taglio cesareo evitabile con l'intervento di deinfibulazione prima o durante una gravidanza. L'intervento migliora il flusso urinario e mestruale, riduce la dismenorrea, cura la dispareunia, risolve i problemi di infezioni urinarie e vaginali, permette l'esecuzione degli esami strumentali transvaginali, le visite ginecologiche e l'espletamento del parto per vie naturali.

Dare consapevolezza alle donne, che necessitano di trattamento psicosessuale, di avere ancora la clitoride quasi intatta, come dimostrato da recenti studi, contribuisce alla riabilitazione della funzione clitoridea. Nuove frontiere, non ancora raccomandate dall'OMS, si stanno aprendo nella chirurgia plastica di ricostruzione clitoridea.

E' fondamentale che la presa in carico di pazienti così speciali sia multidisciplinare, competente e sensibile. Solo così potremo curare in modo efficace le donne già mutilate e fare una prevenzione primaria accurata nelle loro bambine.

J Sex Med. 2018;15:601-11

WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation. 2016

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206437/9789241549646_en_g.pdf;sequence=1

Female genital mutilation in the European Union – Report

<https://eige.europa.eu/publications/female-genital-mutilation-european-union-report>

Dott.ssa Lucrezia Catania

**Specialista in ginecologia e ostetricia
Formata in sessuologia clinica**



Curiosando...in PubMed

- **COVID-19: the gendered impacts of the outbreak**

Lancet. 2020;395:846-848.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32151325>

Sebbene i dati disaggregati per sesso per COVID-19 mostrino finora un numero uguale di casi tra uomini e donne, sembrano esserci differenze legate al sesso nella mortalità e nella vulnerabilità alla malattia. I dati emergenti suggeriscono che stanno morendo più uomini che donne, potenzialmente a causa di una più efficace risposta immunologica nel sesso femminile o per una maggiore abitudine al fumo nei maschi. Tuttavia, allo stesso tempo, i dati dell'ufficio informazioni del Consiglio di Stato in Cina suggeriscono che oltre il 90% degli operatori sanitari nella provincia di Hubei sono donne, sottolineando la disparità di genere nella forza lavoro sanitaria e il rischio che devono affrontare prevalentemente le donne che lavorano nel settore sanitario.

In questo Commento del gruppo di lavoro "*gender and COVID-19*" si richiede ai governi e alle istituzioni sanitarie globali di considerare gli effetti, sia diretti che indiretti, dell'epidemia COVID-19 sul sesso e sul genere e di condurre un'analisi degli impatti sul genere delle epidemie multiple, includendo le voci delle donne in prima linea nella lotta a COVID-19 e delle persone maggiormente colpite dalla malattia nell'ambito delle politiche sanitarie per la preparazione futura alla lotta contro questa epidemia.

- **Spotlight on gender-specific disparities in bladder cancer**

Urologia J. 2019;Dec:391560319887327.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31868559>

Mentre gli uomini hanno un rischio maggiore di sviluppare il cancro alla vescica, le donne presentano la malattia in uno stato più avanzato e con esiti più sfavorevoli. In questa review gli autori evidenziano i risultati più recenti sulle differenze genere-specifiche nell'incidenza, diagnosi, trattamento ed esito del cancro alla vescica. Sono altresì sottolineate le disparità di genere nei fattori di rischio genetico e ormonale, anatomia pelvica, impostazione diagnostica e scelte chirurgiche.

- **From influenza virus infections to lupus: synchronous estrogen receptor α and RNA polymerase II binding within the immunoglobulin heavy chain locus**

Viral Immunol. 2020;Feb.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32105583>

Le donne hanno una risposta immunitaria più efficace degli uomini e questo le rende più resistenti alle infezioni ma più suscettibili alle malattie autoimmuni. Gli estrogeni hanno un ruolo fondamentale nella spiegazione di queste differenze. Gli estrogeni legandosi a ER α , lo guidano, insieme al suo partner RNA Pol II, all'interno del locus genico per l'espressione dell'anticorpo. Le interazioni ER α -DNA nel locus della catena pesante delle immunoglobuline, possono essere un bersaglio per migliorare le risposte anticorpali nelle malattie infettive e ridurre le risposte anticorpali nelle reazioni allergiche o autoimmuni.

- **Gender differences between multimorbidity and all-cause mortality among older adults**

Curr Gerontol Geriatr Res. 2020;2020:7816785.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32148480>

Questo studio cerca di determinare la prevalenza delle malattie croniche in una popolazione anziana e di analizzare l'associazione per sesso tra multimorbilità e mortalità per tutte le cause. Questo è uno studio longitudinale di 16 anni di *follow-up*. L'ipertensione (HT) è la malattia più diffusa negli anziani (52,93%), seguita da disturbi muscoloscheletrici (MSD) (27,09%), malattie cardiovascolari (CD) (17,79%), diabete mellito (DM) (16,95%), disturbi mentali (MD) (15,43%) e malattie respiratorie (RD) (9,72%). Il più alto tasso di mortalità nelle donne si osserva nella combinazione di HT/MSD/DM/MD (HR = 6.15, 95% CI = 2.32, 16.32), mentre negli uomini nella combinazione di HT/CD/MSDs/DM (HR = 5.72, 95% CI = 1.72, 19.06).

- **Sex difference in dopamine D1-D2 receptor complex expression and signaling affects depression- and anxiety-like behaviors**

Biol Sex Differ. 2020;11:8

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32087746>

La depressione e l'ansia sono più comuni tra le femmine rispetto ai maschi e rappresentano una delle principali cause di disabilità nelle donne. Poiché l'eteromero D1-D2 della dopamina è coinvolto nei comportamenti depressivi e nell'ansia, è stata esplorata la possibilità che il complesso recettoriale e il relativo *signaling* biochimico possa avere un ruolo nelle differenze di tali comportamenti. In questo studio gli autori, studiando ratti di entrambi i sessi, dimostrano che l'espressione dell'eteromero D1-D2 è più elevata nelle femmine e suggeriscono che questa potrebbe aumentare significativamente la predisposizione al comportamento depressivo e ansioso in tali animali.



Il ministro Speranza salva il centro calabrese che ha scoperto il gene dell'Alzheimer

https://www.ilsole24ore.com/art/il-ministro-speranza-salva-centro-calabrese-che-ha-scoperto-gene-dell-alzheimer-fondato-montalcini-ACzgjJB?utm_term=Autofeed&utm_medium=FBSolet24Ore&utm_source=Facebook#Echobox=1581773805

Aumentano da 306 a 335 gli ospedali italiani impegnati nella promozione della medicina di genere

<https://www.tribuna.com/aas/it/2015-07-20-13-01-43/aziende-diverse-m/69296-aumentano-da-306-a-335-gli-ospedali-italiani-impegnati-nella-promozione-della-medicina-di-genere.html>

La prima indagine sulla popolazione transgender in Italia

https://www.repubblica.it/salute/medicina-e-ricerca/2020/01/12/news/il_primo_studio_per_fotografare_lo_stato_di_salute_della_popolazione_transgender_in_italia-245569054/?refresh_ce

Stefano Parro: "Fondamentale integrare territorio e ospedale"

<https://www.estense.com/?p=830592>

Donne e salute: medicina di genere, consultori familiari, prevenzione. Iniziativa ad Ancona con ...

<https://www.ilcittadinodirecanati.it/notizie-territorio-marche/52527-donne-e-salute-medicina-di-genere-consultori-familiari-prevenzione-iniziativa-ad-ancona-con-rossana-dettori-segretaria-nazionale-cgil>

Partono i lavori di revisione del Codice deontologico

<https://www.nurse24.it/ostetrica/professione-ostetrica/partono-lavori-revisione-codice-deontologico.html>

Anoressia, aumentano gli uomini colpiti

<https://www.donnamoderna.com/news/societa/anoressia-vigoressia-uomini>

Università di Pisa aperta all'identità di genere: sì al cambio di nome anche senza certificato medico

https://www.corriere.it/scuola/universita/20_gennaio_24/universita-pisa-aperta-all-identita-genere-si-cambio-nome-anche-senza-certificato-medico-83fe33da-3e9f-11ea-8542-4d802b9e331b.shtml

Il cuore delle donne invecchia prima di quello degli uomini

<https://www.altraeta.it/il-cuore-delle-donne-invecchia-prima-di-quello-degli-uomini/>

Gender gap, Anao Toscana: guardare sanità con gli occhi delle donne

<https://www.medicalive.it/gender-gap-anao-toscana-guardare-sanita-con-gli-occhi-delle-donne/>

Medicina di genere. Nasce all'Iss il Tavolo dei referenti regionali per l'applicazione del Piano nazionale

https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=80795

Paola Matteo si complimenta con Neuromed: passi in avanti per la medicina di genere

<https://www.isnews.it/politica/66526-paola-matteo-si-complimenta-con-neuromed-passi-in-avanti-per-la-medicina-di-genere.html>

ASST Rhodense in vetta alla classifica nella Medicina di Genere

<https://www.sempionenews.it/territorio/asst-rhodense-in-vetta-alla-classifica-nella-medicina-di-genere/>

Federcoop * salute e sicurezza al lavoro: Segnana, « l'obiettivo cardine è la necessità di tener conto delle differenze di genere »

<https://www.agenziagiornalisticaopinione.it/lancio-dagenzia/federcoop-salute-e-sicurezza-al-lavoro-segnana-lobiettivo-cardine-e-la-necessita-di-tenere-conto-delle-differenze-di-genere/>

Ospedali Melloni e Buzzi, Zampa: "Realtà innovative nella medicina di genere o consolidate in pediatria e maternità"

<https://archivio.varese-press.it/2020/02/18/ospedali-melloni-e-buzzi-zampa-realta-innovative-nella-medicina-di-genere-o-consolidate-in-pediatria-e-maternita/>

"Gender" e diritti nel vocabolario della diversità

<https://www.unimondo.org/Notizie/Gender-e-diritti-nel-vocabolario-della-diversita-193205>

Il neurologo Michele Vecchio, coordinatore SIN Sicilia, a Siracusa per il Congresso Regionale della Società Italiana di Neurologia

<https://www.radiocl1.it/il-neurologo-michele-vecchio-coordinatore-sin-sicilia-a-siracusa-per-il-congresso-regionale-della-societa-italiana-di-neurologia/>

Sindrome di Sjogren e fisioterapisti: giornata di arte, cultura e medicina narrativa

<https://www.dire.it/26-02-2020/426592-sindrome-di-sjogren-e-fisioterapisti-giornata-di-arte-cultura-e-medicina-narrativa/>

"Pink Union", visite ed incontri per combattere le disparità uomo-donna nell'accesso alle cure

<https://www.lastampa.it/salute/2020/03/03/news/pink-union-visite-ed-incontri-per-combattere-le-disparita-uomo-donna-nell-accesso-alle-cure-1.38510267>

Fino a poco tempo fa malattie cardiovascolari e infarto si ritenevano problemi maschili. Ora nuovi esami mostrano che la precocità è della donna

<https://www.fondazioneveronesi.it/magazine/articoli/cardiologia/cuore-di-donna-piu-a-rischio-ma-non-lo-sa>

Anticipazioni per "TUTTA SALUTE" del 6 marzo alle 11 su RAI 3: osteoporosi, dieta, salute e società, il cervello

<https://www.la-notizia.net/2020/03/06/anticipazioni-per-tutta-salute-del-6-marzo-alle-11-su-rai-3-osteoporosi-dieta-salute-e-societa-il-cervello/>

Coronavirus e 8 marzo. Zampa: "Mai come quest'anno ringrazio tutte le donne che operano in prima linea per la nostra salute"

http://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=82250



Eventi in Italia

- **94° Congresso Nazionale SIDeMaST Medica, chirurgica, estetica e delle malattie sessualmente trasmesse**
Firenze, 20-23 maggio 2020
<https://www.sidemast.org/evento/588>
- **“II Meeting su Fisiopatologia genere specifica e Salute della Donna”**
Palermo, 22 Maggio 2020
<http://www.vadamanagement.it/>
- **Menopausa e oltre, in salute: sfide e opportunità**
Milano, 22 Maggio 2020
<http://www.idea-z.it/wp-content/uploads/2020/02/Locandina-FAG-2020.pdf>
- **IX° Congresso Nazionale di Medicina di Genere**
Organizzato da GISeG e Consiglio Regionale Puglia
Bari, 5-6 giugno 2020
Tutte le informazioni saranno disponibili su:
<https://www.giseg.it>
- **4° Congresso Nazionale ONDA**
L'aderenza diagnostica e terapeutica – Come promuoverla in funzione del genere e dell'età
Milano, 29-30 Settembre
<https://www.ondaosservatorio.it/ondauploads/2020/02/Bozza-IV-Congresso-Onda-28.02.pdf>

ATTENZIONE!

A causa dell'emergenza Covid-19, gli eventi potrebbero subire annullamenti o spostamenti di data

Eventi Internazionali

- **19th Gender Summit – Global**
Seoul, 20-21 agosto 2020
<https://gender-summit.com/gs19-2020-seoul>
- **20th Gender Summit – Latin America and the Caribbean**
Brasile, 4-5 Novembre 2020
<https://gender-summit.com/gs20-2020-brazil>

Notizie

- La società scientifica GISeG bandisce 1 borsa di studio, riservata a giovani ricercatori laureati in Medicina e Odontoiatria, intitolata alla memoria della prof.ssa Giulia Monteleone.
Il bando di concorso è disponibile su:
<https://www.giseg.it/sites/default/files/Premio%20Monteleone%20bando.pdf>
- Condividi il video prodotto dal Centro di Riferimento per la Medicina di Genere dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e segui la pagina su FB (Sesso, Genere e Salute) per scoprire mille altre #differenzuomodonna in #salute... #importanteè saperlo2017 #medicinadigenere #ISS #sessogeneresalute
<https://www.facebook.com/medicinadigenereISS/>

Corsi FAD

- E' attivo il **Corso ECM FAD da 50 crediti per tutte le Professioni Sanitarie “Medicina di Genere: oltre la Pillola Rosa e la Pillola Blu”**, organizzato dall'ISS, Responsabile scientifico: prof. Walter Malorni; Tutor: dott.ssa Marina Pierdominici.
Tutte le informazioni sono disponibili su:
<http://www.by-business.com/corsi/ecm/medicina-di-genere-oltre-la-pillola-rosa-e-la-pillola-blu/>
- E' attivo il **Corso ECM FAD da 50 crediti, per tutte le Professioni Sanitarie “Genere, Sesso e Salute”**. Responsabile scientifico: prof. Walter Malorni; Tutor: dott.ssa Anna Ruggieri
Tutte le informazioni sono disponibili su:
<https://www.by-business.com/corsi/medicina-di-genere-corso-fad-50-ecm>
- E' attivo il **Corso ECM FAD da 24 crediti, per tutte le Professioni Sanitarie "Identità di genere: questo corpo è mio"**. Responsabile Scientifico e Tutor: prof. Walter Malorni
Tutte le informazioni sono disponibili su:
<https://www.by-business.com/corsi/corso-ecm-fad-24-crediti-identita-di-genere/>
- E' attivo il **Corso ECM FAD da 30 crediti, per tutte le Professioni Sanitarie “Microbiota: dalla nutrizione molecolare alla genomica nutrizionale”**. Responsabile scientifico: dott.ssa Roberta Masella. Tutor: dott.ssa Rosaria Vari
Tutte le informazioni sono disponibili su:
<https://www.by-business.com/corsi/fad-corso-di-formazione-ecm-microbiota>

In evidenza...

IX° Congresso Nazionale di Medicina di Genere

In data 5-6 giugno 2020 si svolgerà a Bari il "IX° Congresso Nazionale di Medicina di Genere" organizzato dal Gruppo Italiano Salute e Genere (GISeG) e dal Consiglio Regionale della Puglia. Lo stato di avanzamento delle attività nelle Regioni italiane, presentato lo scorso 28 gennaio al Tavolo dei referenti regionali presso l'Istituto Superiore di Sanità, costituirà l'elemento portante del Congresso. Saranno illustrati alcuni progetti attualmente in corso e gli obiettivi condivisi nei programmi delle Istituzioni sul territorio nazionale.

Saranno discusse da illustri studiosi della materia le attuali evidenze scientifiche in ambito di numerose specialità mediche, quali cardiologia, ematologia, odontoiatria, ortopedia, reumatologia, pneumologia, pediatria, ecc., l'aderenza alla terapia farmacologica ed il concetto di equità della cura.

Argomenti innovativi saranno l'inserimento della Medicina di Genere nella valutazione del rischio clinico e nella definizione del concetto di etica medica.

Sarà discusso anche il fenomeno emergente del ruolo delle donne in sanità, i cambiamenti in atto e le possibili evoluzioni future.

L'Ordine dei Medici di Bari presenterà i programmi di formazione per Medici ed Odontoiatri anche in ambito di *Primary Care*, attualmente in fase di avanzato svolgimento.

In sede congressuale sarà anche allestita un'area dedicata all'esposizione di posters riguardanti le attività delle Regioni italiane.

Pertanto, la valutazione degli indicatori di genere e la definizione di programmi sociali ed economici costituiranno parte fondamentale del programma congressuale. Argomento innovativo in tale ambito sarà l'urbanistica di genere e la valutazione della città come valore strategico per la salute.

La regione Puglia presenterà i programmi sanitari, di formazione e comunicazione attualmente in corso.

Il GISeG, nel corso dell'evento attribuirà una borsa di studio, intitolata alla memoria della prof.ssa Giulia Monteleone, ad un giovane laureato in Medicina e Chirurgia ed Odontoiatria vincitore del concorso con un lavoro originale di ricerca in ambito oncologico.

Hanno concesso il loro patrocinio alla manifestazione numerose Istituzioni e Società Scientifiche.



SAVE THE DATE

Medicina di Genere Newsletter

Ideato dal Prof. Walter Malorni



Responsabile: Luciana Giordani

REDAZIONE

Federica Delunardo e Beatrice Scazzocchio

COMITATO EDITORIALE

Luciana Giordani, Federica Delunardo e Beatrice Scazzocchio (Istituto Superiore di Sanità, Centro di Riferimento per la Medicina di Genere)

Elena Ortona e Angela Ianni Palarchio (Centro Studi Nazionale su Salute e Medicina di Genere)

Anna Maria Moretti e Maria Gabriella De Silvio (Gruppo Italiano Salute e Genere)

CONTATTACI

Centro di Riferimento per la Medicina di Genere

Istituto Superiore di Sanità
Viale Regina Elena 299
00161 Roma
Tel. +39 0649903640
Fax +39 0649903691
E-mail: mdg.iss@iss.it

Per iscriversi e ricevere la Newsletter sulla vostra posta elettronica o disdire la vostra iscrizione e non ricevere più la Newsletter scrivete una e-mail a: mdg.iss@iss.it

La riproduzione degli articoli è autorizzata, tranne che per fini commerciali, citando la fonte. I pareri o le posizioni espressi in questa Newsletter non rispecchiano necessariamente in termini legali la posizione ufficiale del Centro di Riferimento per la Medicina di Genere (ISS), del Centro Studi Nazionale su Salute e Medicina di Genere e del Gruppo Italiano Salute e Genere. Tutti i link sono aggiornati al momento della pubblicazione.

Ogni responsabilità sul contenuto dei contributi pubblicati nella Newsletter è completamente a carico degli autori/autrici, che sono responsabili anche delle dichiarazioni relative alle affiliazioni.