

Medicina di Genere Newsletter

Dipendenze e Genere

La ricerca scientifica mostra significative disparità di genere rispetto al problema della dipendenza da sostanze quali tabacco, alcol, droga e doping, e da comportamenti quali gioco d'azzardo e internet. Storicamente le donne sono state meno inclini ad avere un comportamento di dipendenza, seppure attualmente si osserva una diminuzione delle differenze di genere. Un esempio è il fumo di sigaretta: la differenza tra la prevalenza delle fumatrici e dei fumatori è diminuita a causa dell'aumento del consumo di tabacco tra le donne. L'acquisizione, nelle donne, di stili di vita tipicamente maschili, ha portato anche ad un aumento nella popolazione femminile delle malattie un tempo più prevalenti nel genere maschile (tumore al polmone, broncopneumopatia cronico ostruttiva, patologia coronarica cardiaca precoce).

Infatti, mentre nella popolazione adulta i dati 2019 sul fumo in Italia indicano che gli uomini fumatori sono 7,1 milioni (28%) e le donne 4,5 milioni (16,5%), tra gli studenti il 24% delle ragazze sono fumatrici abituali mentre i ragazzi sono il 16%¹. È importante sottolineare che una volta instaurata la dipendenza da nicotina, le donne hanno una probabilità più bassa di superarla con sintomi di astinenza più gravi e maggiore stress ed ansia.

Relativamente al consumo di alcol, nel 2017 la prevalenza dei consumatori a rischio (ossia gli uomini che hanno superato un consumo quotidiano di due unità alcoliche standard, le donne e gli anziani che hanno superato un consumo quotidiano di una unità alcolica e tutte le persone, indipendentemente dal sesso e dall'età, che hanno praticato il binge drinking almeno una volta nel corso dell'anno) è stimata intorno agli 8,6 milioni di individui, di cui il 23,6% sono uomini e l'8,8% sono donne². Tuttavia, l'organismo femminile presenta una massa corporea inferiore rispetto all'uomo, minor quantità di acqua corporea e meno efficienza dei meccanismi di metabolizzazione dell'alcol (carenza dell'enzima epatico alcol deidrogenasi). Pertanto a pari quantità di bevande alcoliche consumate può corrispondere un livello di alcolemia maggiore³. Per questi motivi la donna impiega un tempo più limitato dell'uomo per diventare alcolista e sviluppa molto più rapidamente una dipendenza patologica e più gravi conseguenze alcol-correlate. Gli uomini mostrano invece sintomi di astinenza più intensi delle donne quando decidono di interrompere un abuso di alcol.

Per quanto riguarda le differenze di genere nei tassi di abuso di droghe, gli uomini hanno 2-3 volte più probabilità delle donne di incorrere in abuso e/o dipendenza⁴. Nelle donne, la risposta cerebrale agli stimoli sensoriali droga-correlati sembra essere influenzata dalle fluttuazioni ormonali e il comportamento di dipendenza si stabilizza nelle donne ad un dosaggio di sostanza d'abuso più elevato rispetto agli uomini.

Indice

Focus Scientifico.....	pag 3
Focus Clinico.....	pag 4
Sezione COVID-19 e MdG.....	pag 5-8
Occhio sull'Italia.....	pag 9
Occhio sul mondo.....	pag 10
Approfondiamo.....	pag 11
L'angolo dell'Osservatorio	pag 12
... E la ricerca?.....	pag 13
Curiosando... in PubMed.....	pag 14
Rassegna Stampa.....	pag 15
Eventi & Notizie	pag 16
In evidenza.....	pag 17

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

(art. 32 della Costituzione italiana)

Gli effetti avversi di queste sostanze sono maggiori nelle donne. Si conferma un uso più diffuso nel genere maschile: per tutte le sostanze il rapporto di genere è di circa 1,5 ad eccezione della cocaina e degli allucinogeni, sostanze per le quali la prevalenza tra i ragazzi è doppia rispetto a quella tra le ragazze. Riguardo all'uso di cannabis nel corso del 2018, si osserva che la percentuale tra i ragazzi è del 29,2%, mentre quella fra le ragazze è del 21,7%. Per quanto riguarda le nuove sostanze psicoattive (cannabinoidi sintetici, catinoni sintetici e oppioidi sintetici), il 10,8% degli studenti, di cui il 12,4% maschi e il 9,1% femmine, ha riferito di averle utilizzate almeno una volta nel corso della vita. Il consumo di cocaina è invece quasi il doppio negli studenti di genere maschile (M=2,4%; F=1,2%), e anche per l'eroina sono maggiori i consumatori maschili (M=1,2%; F=0,7%), con un rapporto di genere di 1,4 (consumo nella vita)⁵.

Anche per le sostanze vietate per doping si osservano differenze di genere: i dati relativi ai controlli antidoping effettuati dal 2003 al 2018 nello sport amatoriale, evidenziano che le donne positive all'uso di sostanze dopanti sono state l'1,4%, mentre gli uomini il 3,8%. Viceversa, le atlete sono più soggette al fenomeno della medicalizzazione: nel 2018 il 76,7% di esse ha dichiarato l'assunzione di farmaci e prodotti salutistici, mentre gli uomini sono il 66,8%⁶.



Dott.ssa Renata Solimini

Ricercatore

M

**Centro Nazionale Dipendenze e Doping
Istituto Superiore di Sanità**

Infine, relativamente alle problematiche legate al gioco d'azzardo, nel 2018 si osserva che tra i giocatori problematici (ovvero coloro che faticano a gestire il tempo da dedicare al gioco e a controllare quanto spendono, con comportamenti familiari e sociali alterati), gli uomini sono il 3,6%, mentre le donne il 2,5%⁷.

In conclusione, in tema di dipendenze è necessario sottolineare come esistano importanti differenze tra uomini e donne relativamente sia ai meccanismi attraverso cui s'instaura la dipendenza, sia a quelli coinvolti nella sua risoluzione. Per questo, adottare un punto di vista "di genere" significa tenere conto delle differenze biologiche tra uomini e donne, del loro vissuto e dei loro bisogni, affinché sia possibile elaborare appropriate e mirate strategie preventive e terapeutiche.

1. Rapporto nazionale sul fumo 2019 (<https://ofad.iss.it/wp-content/uploads/2019/06/PACIFICI-31-maggio-2019.pdf>)
2. Istituto Superiore di sanità, Rapporti ISTISAN 2019: 19/5
3. Ministero della Salute. Donna e alcol 2019 http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2350&area=alcol&menu=vuoto
4. *Addict Biol.* 2016; 21: 995-1006
5. Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento Politiche Antidroga. Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia anno 2019 (dati 2018)
6. *Reporting System Doping Antidoping* 2018. A cura di: Istituto Superiore di Sanità - Ministero della Salute; 2019
7. Pacifici R *et al.* Il gioco d'azzardo in Italia: ricerca, formazione e informazione. Istituto Superiore di Sanità, Rapporti ISTISAN: in corso di stampa



Ruolo del sesso nella biologia della Sclerosi Laterale Amiotrofica

A cura della Prof.ssa Francesca Trojsi *

La Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA), nota anche come “malattia di Lou Gehrig”, dal nome del noto giocatore americano di baseball che se ne ammalò a soli 36 anni, è una malattia neurodegenerativa progressiva, caratterizzata dal prevalente danno del sistema motorio a tutti i suoi livelli. Benché rara (in Europa: incidenza 1.7-2.3 casi/100,000/anno; prevalenza: 1.3/10,000), comporta un elevato *burden* globale sul sistema sanitario poiché altamente disabilitante. La presentazione clinica della patologia può includere ipostenia/ipotrofia, spasticità, disfagia e insufficienza respiratoria, con decorso di malattia compreso tra 6 mesi e 5 anni. Nonostante le numerose nuove conoscenze acquisite negli ultimi decenni, i meccanismi patogenetici della SLA non sono del tutto noti, risultando una patologia ad eziologia multi-fattoriale, genetica ed ambientale.

Tra i fattori di rischio, il sesso potrebbe svolgere un ruolo significativo nel modificare l'insorgenza e la progressione della SLA: negli uomini è riportata una suscettibilità 2-3 volte maggiore rispetto alle donne ed una progressione di malattia più severa¹. Queste differenze sono meno evidenti con l'invecchiamento, scomparendo quasi del tutto in epoca post-menopausale¹. Tali dati suggeriscono un ruolo protettivo svolto dagli ormoni femminili, sia estrogeni che progesterone, sia endogeni che esogeni (contraccettivi orali).

Per quanto riguarda le mutazioni genetiche causative di SLA, l'espansione di ripetizioni esanucleotidiche introniche a carico del gene C9orf72 è descritta nel 40-50% dei casi di SLA familiare e nel 5-10% delle forme sporadiche e può associarsi ad una prognosi severa. Inoltre, recenti studi²⁻³ hanno evidenziato che il sesso maschile condizionerebbe negativamente la prognosi in pazienti con espansione esanucleotidica in C9orf72 (C9+). Ad avvalorare questa ipotesi è anche uno studio³ condotto dal nostro centro, in collaborazione con altri 12 centri di riferimento italiani, su un campione di 1417 pazienti. La nostra analisi ha mostrato che i pazienti C9+, confrontati a pazienti con SLA non portatori di mutazioni SLA-correlate, presentavano esordio e diagnosi più precoci, progressione più rapida di malattia, più frequente presentazione bulbare della SLA e più comune comorbidità con demenza. E' emerso, inoltre,

che, stratificando il campione in base al sesso, il dato della peggiore prognosi per i pazienti C9+ era confermato solo per il sesso maschile. Ciò induce a ipotizzare che il sesso maschile possa condizionare la patogenesi mediata dall'espansione in C9orf72, piuttosto che altri fattori clinici, quali la contemporanea presenza di demenza o il fenotipo clinico di per sé. I nostri risultati, confermando in parte quelli del gruppo irlandese di Rooney e collaboratori², che evidenziavano una peggiore prognosi per i maschi C9+ con esordio spinale, suggeriscono, pertanto, un ruolo protettivo degli ormoni femminili e/o di fattori legati al cromosoma X, come anche un possibile effetto SLA-correlato del testosterone. In considerazione dell'eziologia multi-fattoriale della SLA, correlata sia a fattori genetici che ambientali, un aspetto rilevante da non trascurare legato all'ambiente piuttosto che alla genetica è, però, il ridursi del “dimorfismo” legato al sesso nell'ultimo secolo, osservando un lieve e significativo incremento di incidenza di SLA soprattutto nelle donne negli ultimi 20 anni¹. Questa evidenza, infatti, potrebbe essere attribuita al modificarsi dello stile di vita delle donne, divenute più esposte negli ultimi anni a fattori di rischio ambientali per SLA, come il fumo di sigaretta¹.

L'interazione tra espansione nucleotidica in C9orf72 e il sesso dovrebbe essere oggetto di altri studi finalizzati a chiarirne ulteriormente il ruolo nell'ambito della fisiopatologia della malattia. Inoltre, grande attesa da parte del mondo scientifico e della comunità di pazienti riguarda sperimentazioni di terapie farmacologiche avanzate nei casi C9+: il sesso potrebbe essere una variabile di rilievo nel determinare la risposta al trattamento, soprattutto al fine di realizzare una terapia “di precisione”, cioè adattata al singolo paziente.

1. *Rev Neurol. Neurosurg Psychiatry* 2017; 88, 295-300
2. *J Neurol* 2019; 13:485
3. *Front. Neurosci.* 2 2020; 176:301-315

*** In collaborazione con la Dott.ssa Giulia D'Alvano**
Prima Clinica Neurologica, AOU-Università degli Studi della Campania “Luigi Vanvitelli”, Napoli

Prof.ssa Francesca Trojsi

Prima Clinica Neurologica,
AOU-Università degli Studi
della Campania “Luigi
Vanvitelli”, Napoli



A cura della Prof.ssa Daria Minucci

Tra gli oltre 5 milioni di persone colpite ormai nel mondo da COVID-19, molte migliaia potrebbero essere donne in gravidanza.

Nelle precedenti epidemie e pandemie influenzali (1918-19, 1957-58, 2009) e infezioni da Corona virus con sindrome respiratoria acuta (SARS, MERS) si è assistito ad andamenti più severi della malattia e ad un notevole aumento di sindromi ostetriche gravi con alti rischi materni e feto-neonatali e notevole aumento della mortalità perinatale e materna.

Nei dati su COVID e gravidanza¹, in rapida crescita ma ancora limitati, circoscritti al terzo trimestre e non sempre univoci, mancano informazioni valide sull'andamento della malattia, ma risulta che parti prematuri, anche prima della 34^a settimana, rottura prematura delle membrane, preeclampsia, sofferenza fetale, mortalità perinatale e ricovero dei neonati in terapia intensiva aumentino in modo significativo tra i casi severi o critici. La mortalità materna non sembrerebbe aumentata in modo evidente, ma sono segnalati casi singoli e in piccole serie che non rassicurano. La trasmissione verticale dell'infezione al feto non è stata dimostrata, ma ne viene segnalata la possibilità in alcuni casi.

Ne emerge comunque il rischio di rottura dei sottili e dinamici equilibri che sottintendono alla relazione madre-feto, mediata e orchestrata dalla placenta, organo fetale fondamentale per l'adattamento materno alla gravidanza e la tolleranza del figlio semiallogeno, con esiti anche gravi per entrambi e questo sembrerebbe avvenire in relazione diretta con la severità della malattia, quando cioè è caratterizzata da stati infiammatori rilevanti e anomali e da un forte interessamento del tratto respiratorio inferiore.

E' noto in ostetricia il ruolo dell'infiammazione nell'eziopatogenesi delle sindromi ostetriche maggiori, che possono essere causa di morbidità anche grave e talora di mortalità feto-neonatale e/o materna ed è stato dimostrato che importanti infezioni materne, anche in assenza di trasmissione degli agenti patogeni che le hanno causate, possono promuovere una risposta infiammatoria fetale, documentata da alti tassi di citochine infiammatorie nella placenta, che può coinvolgere i principali organi ed apparati fetali con effetti sul suo benessere immediato e futuro².

L'adattamento respiratorio materno alla gravidanza, che comporta da una parte una maggiore richiesta di

ossigeno e dall'altra una ridotta capacità respiratoria residua con tachipnea compensatoria, mal sopporta malattie polmonari ed espone il feto all'ipossia per lui molto dannosa.

Il problema della gestione dei casi COVID-19 in gravidanza si pone quindi con forza. E' evidente l'importanza di evitare in tutti i modi possibili il contagio delle donne in gravidanza, ma in caso di contagio occorre definire come deve essere gestita la paziente sia dal punto di vista diagnostico (preferire le indagini ecografiche a quelle radiologiche, tutte le volte che è possibile) che da quello terapeutico, individuando i criteri appropriati per l'inizio e la gestione della supplementazione di ossigeno, evitando i farmaci sicuramente teratogeni e cercando nelle modalità di utilizzo degli altri, sia che servano per le terapie del COVID-19 che per la gestione delle patologie della gravidanza, il miglior rapporto costi/benefici³.

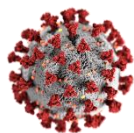
Abbiamo appena intercettato la punta dell'iceberg COVID-19, ancora non possiamo disporre di dati sistematici di prevalenza, morbidità, mortalità e, per quanto le nostre conoscenze siano andate crescendo, mancano molte evidenze scientifiche sugli aspetti patologici e clinici. Nel lavoro di ricerca che ci aspetta la gravidanza e la nascita dovranno essere un capitolo speciale nella rilevazione dei dati epidemiologici, di quelli clinici a partire da quelli anamnestici fino al monitoraggio delle condizioni materne, fetali, neonatali, degli effetti delle terapie, delle modalità della nascita e negli studi sui substrati patologici, cercando sempre le differenze in base al sesso fetale. Dovrà anche essere progettato un controllo sesso-specifico a lungo termine dei nati, per valutare gli effetti sulla programmazione fetale della salute di tutta la vita.

1. *Am J Obstet Gynecol* 2020;S0002-9378:30573-1
2. *Am J Reprod Immunol.* 2010; 63:73-92
3. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.* 2020; 23:1-12

Prof.ssa Daria Minucci

Studiato Senior
Già Professore Associato di
Ostetricia e Ginecologia
Università di Padova





Intervista

Comitato tecnico scientifico per la pandemia da SARS-CoV2: il contributo della Medicina di Genere

Risponde la Prof.ssa Giovannella Baggio

D. Professoressa, congratulazioni per la nomina nella task force del Governo per la gestione della crisi sanitaria da Covid-19. Secondo lei la presenza delle donne nel comitato tecnico scientifico stabilisce un equilibrio di genere?

R. E' ovvio. Con ZERO donne nella commissione tecnica scientifica sino ad oggi era difficile ci fosse un equilibrio di genere! E' una triste quanto pericolosa tendenza che si ripete a livello politico: la chiusura verso un equilibrio di genere nei luoghi di potere. Ora siamo state nominate in 6, ma dopo parecchi mesi di lavoro della task force!

Devo però precisare che ho trovato un gruppo di 20 professionisti uomini di alto livello sia nelle differenti e utili competenze sia a livello umano. Ma certo che la sensibilità, la visione, la messa a fuoco di alcuni problemi delle donne sono proprio diverse, non lo scopriamo oggi!! E per questo ce la metteremo tutta!

D. Perché è importante in questa Fase 2 intraprendere delle politiche sanitarie in un'ottica di genere?

R. Abbiamo vissuto e stiamo vivendo le conseguenze dello scoppio di una bomba atomica mondiale, trasportata da un essere piccolissimo, un pezzettino di RNA contro il quale non avevamo e non abbiamo difese. In questa fase, che segue il *lock-down*, si devono prendere decisioni sulla ripresa della vita normale delle famiglie, dei ragazzi, dei bimbi, sulla ripresa delle scuole, delle varie professioni, sui mezzi di comunicazione e trasporto, insomma sulla ripresa della VITA! E si deve considerare la sofferenza enorme che è costata questa sospensione della vita normale per i ragazzi, le donne, gli uomini, gli anziani ... insomma tutti gli esseri umani e in tutto il nostro paese. Dobbiamo ripristinare la speranza e la gioia di vivere insieme e per questo è necessario il lavoro congiunto di uomini e donne.

D. Una maggiore attenzione alle differenze di genere sin dall'inizio dell'epidemia avrebbe aiutato ad avere un migliore controllo sanitario?

Non so rispondere con sufficiente sicurezza a questa domanda, poiché la generosità dell'essere umano, uomo e donna, in Italia è stata meravigliosa in questo frangente. Penso a medici, infermieri, operatori sanitari tutti, volontari, associazioni: un esempio di

spirito di servizio, di abnegazione vera e di passione per la vita da salvare.

Ora nella ricostruzione della normalità (sempre però con necessità di nuovo tipo di convivenza) è assolutamente necessaria la gestione condivisa tra uomini e donne a tutti i livelli.

E allora eccomi ad aver accettato questo gravoso incarico con spirito di servizio!

D. La Medicina di Genere può dare un apporto in questo momento?

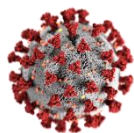
Absolutamente sì. La Medicina Genere-specifica è estremamente importante in questo momento.

I dati epidemiologici dicono che le donne sono più portatrici di Covid-19, ma si ammalano di meno e quando si ammalano muoiono di meno. E questo fenomeno va studiato a fondo. Dobbiamo stimolare epidemiologi, immunologi, clinici, anestesisti, anatomopatologi... a studiare l'entità e i meccanismi che sottostanno a questa differenza. Ci sono cause immunologiche (la donna ha un sistema immunitario più forte), endocrinologiche (ruolo degli estrogeni), biochimiche (l'attività dell'ACE2 e del TMPRSS2), del cromosoma X parzialmente inattivato, e poi l'attenzione maggiore della donna alle regole!! Si apre un nuovo campo per la medicina genere-specifica!



Prof.ssa Giovannella Baggio

Professore Ordinario, Studioso Senior dell'Università di Padova
Presidente del Centro Studi Nazionale su Salute e Medicina di Genere
Scientific Editor dello *Italian Journal of Gender Specific Medicine*



Differenze socio-culturali legate al genere e COVID-19: quale influenza sugli effetti della pandemia?

A cura della Dott.ssa Roberta Masella e della Dott.ssa Claudia Cataldo

L'analisi dei dati sulla diffusione, morbilità e mortalità da SARS-CoV-2 ha posto in evidenza con forza la necessità di effettuare un'attenta analisi sul ruolo della risposta sesso e genere-specifica alla pandemia COVID-19. Ciò nasce dall'evidenza che non solo la biologia ma anche gli aspetti socio-culturali propri del genere maschile e femminile possono condizionare l'insorgenza, il decorso e l'esito della malattia. In generale, cambiamenti dello stile di vita, come aumento della sedentarietà e modifiche della dieta abituale con maggiore introito calorico, si associano ai periodi di isolamento forzato. Tali modifiche dello stile di vita possono contribuire all'aumento di condizioni patologiche come obesità, ipertensione e diabete che aumentano il rischio di eventi avversi dovuti a COVID-19. Gli esiti avversi di COVID-19 si registrano in percentuale significativamente maggiore negli uomini che nelle donne per cause che certamente hanno il loro fondamento nelle differenze biologiche, ormonali, metaboliche tra i due sessi, ma sulle quali possono giocare un ruolo importante anche differenze negli stili di vita condotti. Il fumo e il consumo di alcol, insieme a cattive abitudini alimentari, che più frequentemente si riscontrano negli uomini rispetto alle donne, possono contribuire alla maggiore mortalità maschile osservata¹.

D'altra parte le donne possono essere più esposte all'infezione da SARS-CoV-2 poiché rappresentano circa il 70% della forza lavoro in ambito sanitario e assistenziale, contesti nei quali il rischio di esposizione al virus è più elevato. A carico soprattutto delle donne è anche l'assistenza in ambito familiare, fortemente aumentata durante la pandemia COVID-19, basti pensare alle conseguenze della chiusura delle scuole. Questo aumento del carico di lavoro casalingo non retribuito, già in condizioni di normalità tre volte superiore rispetto agli uomini, può avere come conseguenza di limitare le opportunità economiche e di lavoro delle donne².

Le donne in gravidanza potrebbero essere a rischio di complicazioni durante la pandemia COVID-19 ma i dati a riguardo per ora sono scarsi. Il potenziale aumento di rischio di morbilità e mortalità materna e infantile potrebbe in parte dipendere dall'interruzione dei servizi e dalla

diminuzione delle risorse dell'assistenza sanitaria essenziale per la sfera sessuale e riproduttiva a causa della priorità alla risposta COVID-19². Le crisi umanitarie del passato hanno dimostrato che il ridotto accesso ai servizi dedicati alla pianificazione familiare, all'aborto farmacologico, alla prevenzione dell'HIV e della violenza di genere si traduce in un aumento dei tassi di gravidanze non desiderate, aborti non sicuri, infezioni sessualmente trasmissibili, complicazioni nella gravidanza, disturbi post-traumatici da stress, depressione, suicidio, mortalità materna e infantile.

Infine, un aspetto che merita di essere considerato con attenzione, ma che spesso è ignorato, è che durante una pandemia aumenta il rischio di violenza fisica, sessuale, psicologica o economica che si verifica tra partner e che in gran parte è perpetrato contro le donne³. Pertanto, l'isolamento sociale se da una parte protegge le persone dal rischio di infezione da SARS-CoV2, dall'altra può incrementare fenomeni di violenza sulle donne.

In conclusione per comprendere appieno il ruolo delle differenze di genere nell'epidemia di COVID-19, bisogna potenziare la raccolta e diffusione di dati disaggregati che studino i diversi effetti dell'infezione da SARS-CoV-2 in uomini e donne non solo da un punto di vista biomedico ma anche sociale considerando i fattori di rischio associati ai diversi ruoli che uomini e donne ricoprono nella società.

1. *Lancet*. 2020; 395:1168

2. *Lancet*. 2020;395: 846-848

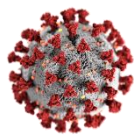
3. *EClinicalMedicine*. 2020, 21: 100348

Dott.ssa Roberta Masella

**Primo Ricercatore, Direttore Unità di Prevenzione e salute di genere
Centro di Riferimento per la Medicina di Genere
Istituto Superiore di Sanità**

Dott.ssa Claudia Cataldo

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



Caregiver e differenze di genere in Covid-19

A cura della Dott.ssa Marina Petrini

I Caregiver familiari (CF) si prendono cura di familiari non autosufficienti o con patologie croniche invalidanti, in maniera gratuita e continuativa nel tempo.

Non esiste un censimento dei CF poiché, a differenza di altri paesi europei, l'Italia non si è ancora dotata di una legge nazionale, anche se attualmente è in discussione in parlamento una proposta di legge volta a riconoscere giuridicamente e a valorizzare la figura del CF. Sono stimati circa 3 milioni i CF, di cui il 65% sono donne di età compresa tra i 45 e i 55 anni, che spesso svolgono anche un lavoro fuori casa o che sono state costrette ad abbandonarlo (nel 60% dei casi) per potersi dedicare a tempo pieno alla cura dei familiari (dati Istat 2011).

Le differenze di salute genere-specifiche tra i CF sono in parte dovute ai fattori stressanti legati alla attività di cura. Spesso il carico assistenziale che pesa sui CF è così elevato da causare un alto livello di stress prolungato nel tempo. In questi casi, la risposta individuale allo stress potrebbe risultare non più funzionale, con conseguenze negative sulla salute. Si è osservata una differenza genere specifica di risposta allo stress; in generale nelle donne è più legata all'emozionalità, mentre nell'uomo prevale una risposta pragmatica. Inoltre, nelle donne la capacità di reagire positivamente allo stress risente maggiormente della mancanza di un adeguato supporto sociale, rispetto agli uomini. Per quanto riguarda la salute, la prevalenza della depressione e la percezione di una scarsa salute generale è maggiore nelle CF donne, rispetto ai CF uomini^{1,2}.

Nella attuale situazione di emergenza da COVID-19, l'ulteriore stress potrebbe aver causato un peggioramento della qualità di vita dei CF, in particolare donne, con conseguenze sulla loro salute sia mentale che fisica³. Nuovi stimoli stressanti possono includere per esempio la preoccupazione da parte del CF di poter contagiare il familiare convivente, ma anche la preoccupazione di ammalarsi lui stesso di COVID-19, di non poter più assistere il proprio familiare e di dover essere sostituito senza preavviso. Alcune problematiche hanno riguardato soprattutto le

donne come la presenza dei figli a casa per la chiusura delle scuole, la convivenza forzata in casa in spazi ristretti, così come gli aspetti correlati al proprio lavoro, difficile da conciliare con le incombenze familiari, o al contrario la perdita del lavoro con l'incertezza del futuro e una situazione di esiguità di risorse per poter affrontare l'emergenza. In più, una importante criticità è rappresentata dalla improvvisa sospensione a tempo indefinito dei supporti socio-sanitari di cui beneficiava l'assistito prima del *lockdown*, come l'assistenza domiciliare, il centro diurno e le terapie.

Inoltre, la popolazione dei CF potrebbe risultare particolarmente vulnerabile durante la pandemia COVID-19, sia perché maggiormente esposta al rischio di contagio, in quanto i soggetti a cui i CF prestano le cure appartengono spesso alle categorie più colpite da COVID-19, almeno in Italia, ovvero gli anziani delle fasce di età >60 anni, sia perché la presenza di patologie preesistenti, come le malattie cardiovascolari e l'ipertensione, o l'obesità e le malattie metaboliche, rappresentano nell'infezione da SARS-CoV-2 importanti fattori di rischio per lo sviluppo di forme gravi e addirittura letali associate a COVID-19.

Anche per i CF, oltre che per la popolazione generale, la disaggregazione dei dati relativi a sesso e età, così come altri indicatori chiave, devono essere considerati prioritari in tutte le raccolte di dati, le analisi e i rapporti. I CF, infatti, offrono al ricercatore un modello di studio utile per osservare il rapporto tra lo stress e le malattie in generale, inclusi gli effetti sullo stress dell'infezione da COVID-19.

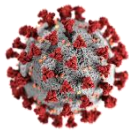
1. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2006;61:P33-45

2. *Annali ISS* 2019, 55:41-50

3. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17:E3165

Dott.ssa Marina Petrini

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



I pazienti NO-COVID: figli di un Dio minore?

A cura della Prof.ssa Cecilia Politi

E' necessario chiederci, parafrasando il titolo di un film dell'86, se i pazienti NO-Covid stiano ricevendo la stessa attenzione dei soggetti infettati dal coronavirus.

L'emergenza pandemia, sia pure con un impatto diverso nelle singole regioni, ha visto la presa in carico dei pazienti COVID da parte delle USCA (Unità Speciali Di Continuità Assistenziale), realizzate sul territori, oltre che dagli ospedali. La contrazione delle visite domiciliari con la ritardata fornitura dei Dispositivi di Protezione Individuale (DPI) ai Medici di Medicina Generale, la chiusura delle attività ambulatoriali specialistiche sia territoriali che ospedaliere, la limitazione del ricovero in *Day-Hospital* ed il distanziamento sociale durante il *lockdown*, hanno però lasciato privi di assistenza un numero rilevante di pazienti cronici che si sono ritrovati soli di fronte alle riacutizzazioni o alla comparsa di complicanze delle loro malattie.

Nel Dipartimento medico isernino, abbiamo assistito, per le patologie non legate all'infezione da coronavirus, ad una improvvisa riduzione del numero dei pazienti ricoverati. Tutto ciò ha consentito nei 10-15 gg in cui per la prima volta non tutti i posti letto erano occupati, di organizzare meglio l'isolamento dei pazienti, la familiarizzazione con i DPI, la individuazione dei percorsi e le procedure di sanificazione. Dopo questa brevissima luna di miele, siamo stati letteralmente sommersi da un numero sempre maggiore di pazienti giunti alla nostra osservazione in condizioni "critiche". Quando abbiamo chiesto del perché avessero aspettato tanto prima di rivolgersi alle strutture sanitarie, la risposta unanime è stata la paura di infettarsi in ospedale. Sintomi come difficoltà respiratoria, aumento degli edemi, dolore toracico, stato confusionale, riferibili a patologie gravi come scompenso cardiaco, infarto del miocardio, ictus cerebrale, coma metabolico, sono stati sottostimati dai pazienti o dai loro familiari perché non era un buon momento per andare in ospedale. La maggiore gravità nei ricoverati non è stata osservata solo nei reparti dell'area medica, nel confronto con i colleghi chirurgici il ritardo osservato di arrivo in ospedale per addome acuto/frattura del femore, è stato anche di tre giorni!

Per la gravità delle condizioni al momento del

ricovero, abbiamo osservato in questi pazienti, un aumento della durata della degenza media, ma anche una inevitabile riduzione delle chance di sopravvivenza. L'impatto della pandemia nei ricoverati NO-Covid non è stato identico nei due sessi. Da febbraio ad aprile 2020 il numero totale dei ricoverati donne è stato lievemente superiore (+12%) a quello degli uomini, ma l'esito del ricovero è stato ben diverso. Il numero delle donne decedute, a parità di età e comorbidità, è stato quasi il doppio degli uomini (8.1 % M vs 15.4% F). Questo dato osservazionale non ha raggiunto la significatività statistica per la bassa numerosità del campione, andrebbe verificato su un campione numericamente maggiore e a livello nazionale; ma suggerisce come all'interno di questa popolazione, che non ha potuto beneficiare di "cure adeguate", vi sia una quota più fragile rappresentata dalle donne anziane, che spesso vivono da sole.

Il sistema sanitario si trova oggi di fronte ad un'altra sfida, quella di preservare la capacità di assistenza per le malattie non correlate al Covid e assicurare la protezione dei ricoverati e degli operatori sanitari. Tutto ciò passa per scelte che investono la riorganizzazione sanitaria futura delle singole regioni, ma con un indirizzo a livello centrale che deve prevedere il rinforzo di un sistema sanitario depauperato, e con percorsi di cura adeguati a tutti i cittadini che tengano conto delle differenze di genere. Tutto ciò è previsto dalla norma costituzionale dell'art.32 della nostra Repubblica, che tutela la salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività e dal Piano attuativo, Legge 3/18, art.3, "Applicazione e diffusione della Medicina di Genere nel Servizio Sanitario Nazionale".

N Engl J Med 2020;382: 2368-2371

Eur J Intern Med 2020; 77: 138

Prof.ssa Cecilia Politi

Direttore UOC Medicina Interna P.O. "F. Veneziale"-
Isernia

Responsabile Area Medicina di Genere e Presidente
Regione Molise F.A.D.O.I

Referente Regione Molise per la Medicina di Genere
presso il Ministero della Salute e l'Istituto Superiore di
Sanità

Docente di Medicina Interna e di Endocrinologia
"Università la Sapienza" -Polo didattico del Molise



L'Ospedale della Donna: la nascita del primo Ospedale di Genere in Italia

L'Ospedale Macedonio Melloni è uno dei principali Presidi Ospedalieri della Città di Milano dedicati all'ambito materno infantile: nasce nel 1912, come Brefotrofio Provinciale, successivamente diventa Istituto Ospedaliero Provinciale per la Maternità e negli anni '70 viene trasformato in Ospedale ad indirizzo ostetrico-ginecologico.

L'ASST Fatebenefratelli-Sacco, cui afferisce il PO Macedonio Melloni, insieme alla Fondazione Onda, in seguito alla pubblicazione del "Piano per l'applicazione e la diffusione della medicina di genere" (Ministero della Salute 2019) ha inteso dedicare questo presidio alla presa in carico degli ambiti fisiologici e di sviluppo, delle patologie e delle necessità clinico assistenziali delle donne nelle varie fasi della loro vita.

Si tratta della prima esperienza in Italia di un modello organizzativo di un Presidio ospedaliero completamente dedicato alla presa in carico della donna, nelle sue varie fasce di età.

Data la sua vocazione l'Ospedale ha da subito potuto offrire percorsi dedicati e specifici per ogni periodo della vita della donna integrandoli con quelli già esistenti.

Per la pianificazione dei nuovi percorsi assistenziali di ricovero ed ambulatoriali, si è partiti dalla suddivisione dell'arco di vita della donna in quattro momenti salienti: età dello sviluppo (11-18 anni), età fertile (19-45/50 anni), menopausa (45/50 – 65 anni) e senescenza (>65 anni). Per ogni periodo si stanno sviluppando programmi che mirano a provvedere alle necessità specifiche di ogni età, scelti in base sia all'epidemiologia delle patologie sia alle necessità sociologiche/culturali, coinvolgendo un team di esperti coordinato dallo specialista prevalente rispetto alle problematiche cardine del percorso.

E' in via di attivazione, una *Mother baby Unit*, unità di degenza ospedaliera dove la donna in gravidanza o con il suo neonato può essere curata per i sintomi psichiatrici esorditi durante la maternità.

Da diversi anni è presente il centro "psiche-donna", che tra le altre attività supporta in maniera specifica le donne in gravidanza e le neo-mamme; l'ambulatorio collabora con la medicina del lavoro, per le problematiche di reinserimento nel mondo lavorativo delle donne.

Parallelamente verranno sviluppati progetti di giardini terapeutici differenziati per tipologie di utenti.

Altro filone importante è quello della ricerca e della formazione cui partecipano i colleghi dell'Università di Milano le cui strutture insistono presso il Macedonio Melloni o le altre sedi dell'Azienda.

Oltre allo sviluppo degli aspetti clinico-assistenziali il progetto prevede anche investimenti per rinnovamenti tecnologici (es. radiologia) e strutturali (es. sale parto).

Dott.ssa Marisa Errico, Direttore Medico
Dott.ssa Alessandra Gimigliano, Dirigente Medico
di Presidio Fatebenefratelli e Macedonio Melloni –
ASST Fatebenefratelli Sacco di Milano

Dott. Giuseppe De Filippis
Direttore Sanitario d'Azienda – ASST Fatebenefratelli –
Sacco di Milano



Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Fatebenefratelli Sacco



Gender equity in the health workforce: analysis of 104 countries World Health Organization, 2019

Di parità di genere si parla ormai da anni in ogni settore e a ogni latitudine ma sorprendentemente troviamo pochi studi che abbiano trattato la parità di genere a livello globale nel mondo del personale sanitario. Su questo argomento, nel marzo 2019, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha pubblicato un interessante documento dal titolo: "Equità di genere nel personale sanitario: analisi di 104 paesi".

Questo documento si basa su un'analisi dei dati NHA (National Health Workforce Accounts) dell'OMS per 104 paesi negli ultimi 18 anni.

I messaggi chiave sono:

1. Le donne costituiscono il 70% della forza lavoro nel settore sanitario e sociale;
2. La rappresentanza femminile nelle professioni sanitarie più pagate sta migliorando costantemente dal 2000;
3. Le donne hanno meno probabilità degli uomini di avere un lavoro a tempo pieno;
4. Nel complesso, esiste un divario retributivo medio di genere di circa il 28% tra il personale sanitario. Una volta che si tiene conto dell'occupazione e dell'orario di lavoro, il divario retributivo di genere è dell'11%;
5. Sebbene il settore stia migliorando per quanto riguarda la partecipazione delle donne, sono necessarie politiche di trasformazione di genere per affrontare le disuguaglianze ed eliminare la discriminazione salariale, rimuovere gli ostacoli all'accesso al tempo pieno e sostenere lo sviluppo professionale e l'avanzamento ai ruoli di *leadership*.

Deve essere riconosciuto che gran parte del lavoro svolto dalle donne nell'ambito della salute non è un lavoro retribuito. Investire per creare un lavoro dignitoso in questo settore può contribuire a cambiare il lavoro da sommerso a formale.

Le politiche del mercato del lavoro dovrebbero rimuovere gli ostacoli per l'occupazione a tempo pieno delle donne, sostenere l'avanzamento di carriera e la parità di genere nelle posizioni di comando.

Queste misure devono far parte di una trasformazione della politica di genere che può spingere il settore sanitario ad assumere un ruolo di primo piano nel valorizzare le donne e le ragazze per raggiungere l'uguaglianza di genere.

Dott.ssa Emanuela Folco
Segretario Generale Fondazione Giovanni Lorenzini

FONDAZIONE
GIOVANNI LORENZINI
MILAN, ITALY



GIOVANNI LORENZINI
MEDICAL FOUNDATION
NEW YORK, NY, USA

SEGNALIAMO:

Taking sex and gender into account in emerging infectious disease programme: an analytical framework

<https://iris.wpro.who.int/handle/10665.1/7977>

L'OMS, in questo documento pubblicato nel 2011, dimostra l'importanza dei ruoli del sesso e del genere nella comprensione e controllo della trasmissione delle malattie infettive e nella riduzione del rischio di malattie emergenti.

Why sex and gender need to be considered in COVID-19 research

<https://cihr-irsc.gc.ca/e/51939.html>

Guida per proposte di progetti di ricerca COVID-19 che richiedenti e *reviewers* dovrebbero tenere in considerazione.



Differenze di genere nello sviluppo di complicanze cardiache nei pazienti affetti da Talassemia Major

Nei pazienti affetti da talassemia major (forma più grave di anemia mediterranea) sono necessarie continue trasfusioni di sangue che hanno come effetto collaterale l'accumulo di ferro nel cuore, con conseguente sviluppo di complicanze cardiache, che rappresentano ancora oggi la prima causa di morte nelle persone affette da tale patologia. L'incidenza annuale di casi sintomatici è circa 1/100.000 nuovi nati nel mondo, 1/10.000 in Europa. L'1.5% della popolazione mondiale (80-90 milioni) sono portatori sani di beta-talassemia, in Italia il 5% della popolazione (2.500.000). I dati di prevalenza sono purtroppo frammentari, ma a livello mondiale sono registrati circa 200.000 pazienti con talassemia major, di cui 5.000 circa in Italia.

Negli ultimi 20 anni la prognosi dei pazienti con talassemia si è aperta grazie all'introduzione dei chelanti orali del ferro e della Risonanza Magnetica (RM) con tecnica T2*, che ha permesso la quantificazione non invasiva dell'accumulo di ferro cardiaco¹. Tuttavia, sono ancora limitati in letteratura i dati sulla relazione fra complicanze cardiache e sesso.

In passato è stato riportato che i soggetti di sesso femminile con talassemia hanno una prognosi migliore rispetto a quelli di sesso maschile a causa di una più bassa prevalenza di complicanze cardiache¹. Uno studio retrospettivo su un'ampia popolazione di pazienti con talassemia major ha dimostrato che i maschi presentano una più alta frequenza di scompenso cardiaco e aritmie, sebbene l'accumulo di ferro cardiaco in entrambi i sessi fosse comparabile².

In un recente studio prospettico e multicentrico su un'ampia corte di pazienti affetti da talassemia major (1711, di cui 822 maschi e 899 femmine, età media 31±9 anni) abbiamo valutato se il sesso maschile fosse associato a un più alto rischio di accumulare ferro e sviluppare fibrosi cardiaca e complicanze cardiache quali disfunzione, scompenso, aritmie e ipertensione polmonare, al fine di ottimizzare il *timing* del *follow up* cardiologico³. I dati di questo studio provengono dal registro cooperativo italiano del MIOT (*Myocardial Iron Overload in Thalassaemia*) Network a cui attualmente partecipano 66 centri di talassemia e 11 centri di RM che condividono procedure di esame omogenee, standardizzate e validate. Tutti i

centri della rete MIOT sono connessi via web a un data base centralizzato, in cui sono raccolti tutti i dati clinici e strumentali dalla nascita all'ultima RM, che rappresenta uno strumento prezioso per la ricerca su malattie rare come la talassemia.

I maschi hanno mostrato un rischio significativamente più alto di sviluppare disfunzione cardiaca, scompenso, aritmie e complicanze cardiache globalmente considerate ($P < 0.0001$), sebbene il rischio di accumulare ferro a livello miocardico fosse comparabile. Fino ai 20 anni il rischio era sovrapponibile nei due sessi, per poi divergere (circa doppio) a svantaggio dei maschi dopo i 20 anni di età. È pertanto ipotizzabile che le donne con talassemia abbiano una migliore tolleranza allo stress ossidativo indotto dall'accumulo di ferro cardiaco.

Le attuali raccomandazioni nazionali e internazionali prevedono un *follow up* cardiologico completo annuale, comprensivo di BNP (Peptide Natriuretico Cerebrale), elettrocardiogramma (ECG), ECG Holter, ecocardiogramma e RM, indipendentemente dal sesso e dal diverso rischio di sviluppare complicanze cardiache. Sulla base di questi dati, in Italia e nell'area mediterranea, nei soggetti adulti di sesso femminile con talassemia major può essere ragionevolmente valutato di programmare i *follow up* cardiologici ogni due anni. Tale strategia porterebbe a un risparmio annuale di circa 700 €/anno per ciascuna paziente di sesso femminile con significativa ottimizzazione delle risorse sanitarie.

1. Haematologica 2009; 94: 1777-1778

2. Haematologica 2011; 96: 515-520

3. Br J Haematol. 2018;180:721-726

Dott.ssa Alessia Pepe

**Radiologo e Cardiologo
Responsabile scientifico del
MIOT network
U.O.C RM specialistica e
neuroradiologia
Fondazione Toscana G.
Monasterio C.N.R.- Regione
Toscana, Pisa**



L'ANGOLO DELL'OSSERVATORIO

A cura dell'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane

Sovrappeso e obesità

La condizione di eccesso ponderale (sovrappeso e obesità), caratterizzata da un eccessivo accumulo di grasso corporeo, è la risultante di tanti fattori sia di natura ambientale che socio-economica.

In un'ottica di Sanità Pubblica a livello globale, è causa ogni anno del decesso di circa 3 milioni di adulti, con un trend in costante e preoccupante aumento sia nei Paesi occidentali che in quelli a basso-medio reddito, incidendo in maniera rilevante anche sui costi economici e sociali. Studi effettuati a livello internazionale, infatti, hanno riscontrato che i costi economici legati a tale condizione nei Paesi dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico è pari all'8,45% dei costi sanitari totali.

Inoltre, accanto ai danni causati dall'eccesso ponderale in maniera diretta, non va sottovalutata la stretta correlazione con altre importanti patologie, come diabete, infarto acuto del miocardio e tumori. Secondo le ultime stime dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, più di 1,9 miliardi di persone con età >18 anni e circa 40 milioni di bambini di età >5 anni sono in condizioni di sovrappeso o obesità.

In Italia, nel 2018, circa 25 milioni di individui (il 46,1% dei soggetti di età ≥18 anni e il 24,2% dei

bambini/adolescenti) sono in eccesso ponderale. In particolare, tra i soggetti adulti, più di un terzo (35,4%) è in sovrappeso e circa una persona su dieci è obesa (10,7%) (Tabella 1). Inoltre, si conferma il gradiente Nord-Sud ed Isole, con differenze considerevoli sul territorio: tra le regioni con prevalenza più alta e più bassa, si registra uno scarto di 10,0 punti percentuali (Campania 40,7% vs PA di Trento 30,7%) riguardo al sovrappeso, e di 6,4 punti percentuali (Molise 14,7% vs PA Bolzano 8,3%) riguardo l'obesità.

La condizione di eccesso ponderale è caratterizzata da un deciso differenziale di genere a svantaggio degli uomini, con una prevalenza di sovrappeso pari a 43,5% (donne 27,9%) e di obesità pari a 11,7% (donne 9,8%). Tale differenza è più elevata nella fascia di età 45-54 anni per il sovrappeso, mentre per l'obesità la fascia di età è 55-60 anni (Tabella 1).

In generale, la percentuale di popolazione in condizione di sovrappeso cresce all'aumentare dell'età (16,3% nella fascia di età 18-24 anni vs 46,1% nella fascia di età 65-74 anni) per diminuire lievemente dopo i 75 anni, e stesso andamento si osserva anche nella prevalenza dell'obesità (Tabella 1).

Classi di età	Persone in sovrappeso			Persone obese		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
18-24	21,3	10,7	16,3	2,7	2,2	2,5
25-34	33,2	16,8	25,1	6,5	5,1	5,8
35-44	41,0	22,7	31,9	10,9	7,2	9,0
45-54	48,2	24,4	36,1	13,0	8,9	10,9
55-60	47,9	33,4	40,5	15,7	11,1	13,4
60-64	51,7	35,9	43,4	16,5	14,7	15,5
65-74	52,7	40,4	46,1	15,5	14,5	15,0
75+	49,5	36,8	42,0	13,5	13,5	13,5
Totale	43,5	27,9	35,4	11,7	9,8	10,7

Tabella 1 - Prevalenza (valori per 100) di persone in sovrappeso ed obese per genere e per classe di età - Anno 2018
Fonte dei dati: Rapporto Osservasalute. Anno 2019.

Dott. Leonardo Villani, Dott.ssa Maria Teresa Riccardi
Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane
Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene
Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

OSSERVATORIO NAZIONALE
SULLA SALUTE NELLE REGIONI ITALIANE



Vincitrice del Concorso del Centro Studi Nazionale su Salute e Medicina di Genere 2020



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO
DIPARTIMENTO DI
SCIENZE FARMACEUTICHE

Mi chiamo Giovanna Pepe, sono una biotecnologa dottorata in Scienze Farmacologiche Sperimentali e Cliniche. Attualmente sono Assegnista di Ricerca presso il Dipartimento di Scienze Farmaceutiche dell'Università degli Studi di Milano.

La mia linea di ricerca ricade nell'ambito della farmacologia di genere e dello studio delle differenze sessuali del sistema immunitario. In particolare, è focalizzata sullo studio dell'attività degli estrogeni, ormoni sessuali femminili, nei macrofagi e nell'infiammazione e della sua rilevanza nella fisiopatologia dell'organismo femminile, prefiggendosi lo scopo di sviluppare nuovi farmaci in grado di regolare selettivamente il sistema immunitario.

All'interno di questo contesto si inserisce il progetto "Ruolo degli estrogeni nell'immunità innata contro le infezioni" risultato vincitore del bando di concorso indetto dal Centro Studi Nazionale su Salute e Medicina di Genere 2020.

Dati preliminari condotti in laboratorio, ottenuti mediante analisi trascrittomiche e supportati da dati in letteratura, mostrano come i macrofagi presentano forti differenze di sesso nell'espressione di geni coinvolti nella risposta immunitaria e nella fagocitosi, quali, ad esempio, i recettori TLRs (Toll-like receptors), importanti per il riconoscimento di patogeni nelle infezioni acute, la cui espressione correla con una maggiore attività fagocitaria dei macrofagi femminili. Inoltre, abbiamo recentemente dimostrato come gli estrogeni siano in grado di regolare l'attività dei macrofagi, inducendo l'espressione di geni coinvolti nell'attivazione immunitaria e nella fagocitosi, suggerendo un ruolo chiave per questi ormoni nel riconoscimento ed eliminazione di un patogeno.

Sebbene questi dati potrebbero spiegare, almeno in parte, la miglior risposta alle infezioni osservata nelle donne rispetto agli uomini, la rilevanza fisiopatologica e farmacologica di questa interazione immuno-endocrina è ancora inesplorata.

Grazie a questo studio sarà possibile valutare le basi molecolari delle differenze di funzionalità dei macrofagi maschili e femminili nella fagocitosi dei microrganismi e nella risposta infiammatoria e i livelli di espressione di geni target dell'azione degli estrogeni coinvolti in questi processi. Sarà inoltre possibile valutare se la regolazione della via di segnale degli estrogeni mediante farmaci attivi su questo pathway, come il Tamoxifene, siano in grado di indurre una più efficiente risposta infiammatoria e fagocitica dei microrganismi anche nei macrofagi maschili. Questo studio permetterà quindi di raggiungere nuove conoscenze relative alle differenze di genere nell'immunità, portando all'identificazione di nuovi bersagli molecolari per lo sviluppo di terapie più efficienti e personalizzate contro le infezioni.

In occasione del 50mo dalla nascita dell'AMMI (Associazione Mogli di Medici Italiani) la sezione di Mantova, anche a nome di tutte le sezioni d'Italia, ha premiato le ricercatrici arrivate seconde a pari merito con una Borsa di 2.500 Euro cadauna



Dott.ssa Valeria Mellini
Titolo progetto: Studio dei meccanismi molecolari alla base della disparità fra i sessi in risposta alle vaccinazioni in operatori sanitari



Dott.ssa Caterina Trevisan
Titolo progetto: Fragilità e rischio di infezioni nell'anziano: il vantaggio immunologico femminile persiste anche in età avanzata?





Curiosando...in PubMed

- **Differences between females and males in axial spondyloarthritis: data from a real-life cross-sectional cohort**

Scand J Rheumatol. 2020; 49:28-32
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31418321/>

La spondiloartrite assiale è una malattia articolare infiammatoria cronica che di solito presenta sintomi assiali, ma può anche avere manifestazioni periferiche ed extra-articolari. Colpisce allo stesso modo donne e uomini, con un ritardo diagnostico maggiore nelle donne rispetto agli uomini. Lo studio ha evidenziato che, anche se le donne mostrano meno spesso danni all'esame radiografico rispetto agli uomini, la manifestazione clinica della malattia è paragonabile a quella degli uomini.

- **Transcriptome analysis reveals gender-specific differences in overall metabolic response of male and female patients in lung adenocarcinoma**

PLoS One 2020; 15:e0230796
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32236130/>

L'adenocarcinoma polmonare (LUAD) è il sottotipo più comune di cancro al polmone. Il presente studio ha lo scopo di esplorare le differenze nella risposta metabolica tra uomini e donne affetti da LUAD e di identificare i geni metabolici associati alla suscettibilità al cancro del polmone. L'analisi trascrittomica ha identificato negli uomini un numero maggiore di geni metabolici associati ad una maggiore suscettibilità al cancro al polmone rispetto alle donne, che possono essere utili *markers* predittivi di diagnosi per LUAD.

- **Impact of sex and gender on COVID-19 outcomes in Europe**

Biol Sex Differ. 2020; 11:29
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32450906/>

La presente *review* riassume le ultime evidenze cliniche ed epidemiologiche sulle differenze di genere e di sesso in pazienti con COVID-19 provenienti da Europa e Cina. Sono discussi i potenziali meccanismi sesso-specifici che modulano il decorso della malattia, come l'espressione dei geni per ACE2 e TMPRSS2, la risposta immunitaria innata e adattativa e l'*immunoaging* modulati dagli ormoni sessuali. Infine, è discusso l'impatto del genere in termini di stile di vita, comportamento sanitario, stress psicologico e condizioni socioeconomiche su COVID-19 e gli aspetti sesso-specifici delle terapie antivirali.

- **Gender differences in patients with COVID-19: a narrative review**

Monaldi Arch Chest Dis. 2020; 90
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32449614/>

Lo scopo di questa *review* narrativa è analizzare le differenze di genere nell'epidemiologia, eziopatogenesi, fattori di rischio, presentazione clinica, diagnosi, prognosi e mortalità dei pazienti infetti da SARS-CoV-2.

- **Gender differences at the onset of autoimmune thyroid diseases in children and adolescents**

Front Endocrinol (Lausanne). 2020; 11: 229.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32362875/>

Lo scopo di questo lavoro è stato quello di analizzare l'insorgenza delle malattie autoimmuni della tiroide in una popolazione pediatrica per valutare le differenze di genere nell'età di esordio, nel sottotipo di malattia, nello stadio puberale, nella comorbidità autoimmune, nella storia familiare e nel trattamento, concentrandosi sull'interazione tra genere e stadio puberale. La conoscenza delle caratteristiche specifiche di genere della malattia durante la pubertà possono aiutare la diagnosi precoce e la gestione clinica.

- **Sex differences in the response to oxidative and proteolytic stress**

Redox Biol. 2020; 31: 101488
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32201219/>

Ci sono malattie in cui le differenze di sesso coinvolgono lo stress ossidativo e proteolitico. Differenze di sesso sono anche coinvolte nella risposta allo stress di cellule e tessuti. In questa *review* gli autori evidenziano come i geni delle famiglie p53, FOX, le proteine dello shock termico e i *pathways* di autofagia e apoptosi siano importanti nel mediare le differenze di sesso in risposta allo stress.



Differenze di genere in COVID-19: possibili meccanismi

<https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-differenze-genere>

Infarto e salute del cuore delle donne: quello che si deve sapere

<https://www.iodonna.it/benessere/salute-e-psicologia/2020/03/31/salute-del-cuore-delle-donne-da-0-a-90-anni-quello-che-si-deve-sapere/>

Donne forti/1. Perché il coronavirus colpisce più gli uomini delle donne? A Tutta Salute (Raitre) lo spiega Giovannella Baggio, presidente del centro studi nazionale su salute e medicina di genere.

<https://www.agi.it/spettacolo/news/2020-03-31/coronavirus-televisione-8060576/>

link alla puntata di «Tutta salute»: <https://www.raiplay.it/video/2020/03/Tutta-Salute---Coronavirus-in-Liguria-donne-e-coronavirus-coronavirus-e-clima---31032020-19ac711c-9965-444f-9321-827664c66f75.html>

Il Soroptimist attiva un supporto psicologico

<https://www.quinewselba.it/portoferraio-il-soroptimist-attiva-un-supporto-psicologico.htm>

Coronavirus: da Fondazione ONDA un'alleanza virtuale per promuovere una corretta informazione

<http://www.comunicati-stampa.net/com/emergenza-coronavirus-da-fondazione-onda-un-alleanza-virtuale-per-promuovere-una-corretta-informazione.html>

COVID – 19, da Modena lo studio per comprendere come funziona l'infezione

<https://www.sulpanaro.net/2020/04/covid-19-modena-lo-studio-comprendere-funziona-linfezione/>

Intersex, Coletta: "In Italia i bambini e le bambine Intersex non sono per niente tutelati"

<https://www.pressenza.com/it/2020/04/intersex-coletta-in-italia-i-bambini-e-le-bambine-intersex-non-sono-per-niente-tutelati/>

Salute: Casellati a Speranza, 'grazie per promozione assistenza sanitaria femminile'

<https://www.iltempo.it/news-adn-kronos/2020/04/22/news/salute-casellati-a-speranza-grazie-per-promozione-assistenza-sanitaria-femminile-1319344/>

Covid-19 fase 2, Lorenzin: parità di genere nei luoghi decisionali. Farmacie: donne l'85% del personale

[http://www.farmacista33.it/covid-fase-lorenzin-parita-di-genere-nei-luoghi-decisionali-farmacie-donne-l-del-personale/politica-e-sanita/news--52886.html](http://www.farmacista33.it/covid-fase-lorenzin-parita-di-genere-nei-luoghi-decisionali-farmacie-donne-l-del-personale-politica-e-sanita/news--52886.html)

Siracusa. «Giornata Nazionale della Salute della Donna» al tempo di Coronavirus

<http://www.libertasicilia.it/siracusa-giornata-nazionale-della-salute-della-donna-al-tempo-di-coronavirus/>

PROTEGGIMI: un progetto di ricerca sulla fragilità maschile al nuovo coronavirus

<http://www.tecnomedicina.it/proteggimi-un-progetto-di-ricerca-sulla-fragilita-maschile-al-nuovo-coronavirus/>

Con il COVID-19 l'uomo diventa il sesso debole, il prof. Foresta "Ormoni e genetica determinanti"

<https://www.corrieresalentino.it/2020/04/con-il-covid-19-luomo-diventa-il-sesso-debole-il-prof-foresta-ormoni-e-genetica-determinanti/>

«Escluse dalle task force, le donne non si sono mai fermate»

<https://www.ravennaedintorni.it/societa/2020/05/09/escluse-task-force-donne-mai-fermate-pandemia-riflessioni-femminista/>

La dottoressa Baggio è nel comitato scientifico: i complimenti del sindaco

<https://www.rovigoindiretta.it/in-provincia/2020/05/16/news/la-dottoressa-baggio-e-nel-comitato-scientifico-i-complimenti-del-sindaco-89435/>

Perché il Covid-19 ha colpito più le donne durante il lockdown

https://www.swissinfo.ch/ita/dati-sul-contagio_perché-il-covid-19-ha-colpito-più-le-donne-durante-il-lockdown/45773594

Nasce il portale Infotrans, in poche ore già 1.100 accessi

<https://www.repubblica.it/salute/medicina-e-ricerca/2020/05/25/news/nasce-il-portale-infotrans-in-poches-ore-gia-1-100-accessi-257574880/>

Perché studiare la risposta immunitaria delle donne al covid-19 è necessario per trovare più rapidamente una cura

<https://thevision.com/scienza/risposta-immunitaria-donne/>

Medicina di genere e Covid-19: cosa cambia fra uomo e donna nello sviluppo della patologia

<https://www.ultimavoce.it/medicina-di-genere-e-covid-19-cosa-cambia-fra-uomo-e-donna-nello-sviluppo-della-patologia/>

Ministero della Salute. Speranza firma le deleghe a Sileri e Zampa

http://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=85939

Difese immunitarie, perché le donne sono fortissime?

<https://www.galileonet.it/difese-immunitarie-perche-le-donne-sono-piu-forti/>

La medicina di genere è (oggi più che mai) vitale e dobbiamo tenerlo a mente in questa ripartenza

"L'interesse per la medicina di genere sta finalmente crescendo"

<https://www.elle.com/it/magazine/women-in-society/a32799777/medicina-di-genere-italia/>

Ospedale Vietri, SI: "Il Piano Operativo Sanitario deve disciplinare il centro"

<https://www.molisenews24.it/ospedale-vietri-si-il-piano-operativo-sanitario-deve-disciplinare-il-centro-42598.html>

Il presidio: «Ora la sanità lombarda deve cambiare»

<https://www.bresciaoggi.it/territori/città/il-presidio-ora-la-sanita-lombarda-deve-cambiare-1.8132677>

«Voglio creare in regione un centro per la farmacologia di genere»

https://torino.corriere.it/salute/20_giugno_22/voglio-creare-regione-centro-la-farmacologia-genere-8e8c4b6a-b45c-11ea-b466-221e2b27ce86.shtml



IV CONGRESSO NAZIONALE ONDA

**L'aderenza diagnostica e terapeutica nell'era del COVID-19.
Come promuoverla in funzione del genere e dell'età' - 29 e 30
settembre 2020
Modalità residenziale (Palazzo delle Stelline, Milano) e virtuale**



Dal 2017 Fondazione Onda organizza, con ricorrenza annuale, un Congresso scientifico nazionale nell'ottica di promuovere la cultura dell'interdisciplinarietà e il dialogo tra i professionisti della salute nell'ambito della Medicina di Genere. Il Congresso si connota per un'impostazione multispecialistica, coinvolgendo clinici afferenti a diverse aree diagnostico-terapeutiche, esperti in farmaco-economia e programmazione sanitaria, rappresentanti istituzionali e giornalisti, proponendosi come momento di aggiornamento e confronto, non solo professionale ma anche culturale, sulle patologie che più si connotano per differenze di genere. Oltre agli aspetti medico-scientifici sono approfonditi anche altri temi cruciali che riguardano la salute, quali la comunicazione e il contributo dell'innovazione tecnologica, in particolare delle terapie digitali, nell'ottica di una medicina sempre più personalizzata e di precisione.

Il Congresso affronterà quest'anno il tema dell'aderenza diagnostico-terapeutica nell'era del COVID-19, declinandolo nelle aree cliniche che più si connotano per differenze di genere.

Per la prima volta, verrà sperimentato un nuovo format organizzativo: dovendo limitare le presenze fisiche in sede congressuale, alla forma residenziale, presso il Palazzo delle Stelline a Milano, sarà affiancata, in parallelo, una versione virtuale per consentire la partecipazione da remoto all'evento. Il Congresso sarà inoltre organizzato in moduli e gli iscritti potranno scegliere quali sessioni seguire.

L'evento si chiuderà con due premiazioni, quella del miglior poster e quella della Best Practice "Donne e Covid-19", volta a valorizzare le donne in prima linea nella gestione dell'emergenza negli ospedali Bollini Rosa e non.

Il programma e tutte le informazioni utili per l'iscrizione e la presentazione di poster sono consultabili a questo link:

<https://www.ideacpa.com/it/congressi/4-congresso-nazionale-l-aderenza-diagnostica-e-terapeutica-nell-era-covid-19-come-promuoverla-in-funzione-del-genere-e-dell-eta-c2038.html>

Eventi Internazionali

- **19th Gender Summit – Global**
Seoul, 19-20 agosto 2020
Modalità virtuale
<https://gender-summit.com/gs19-2020-seoul>
- **20th Gender Summit – Latin America and the Caribbean**
Brasile, 4-5 Novembre 2020
A causa di Covid-19, GS20 è stato rinviato in data da fissare nel 2021
<https://gender-summit.com/gs20-2020-brazil>

Notizie

- 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 #differenzeuomodonna in #salute... #importanteèsaperlo2017 #medicinadigenere #ISS #sessogeneresalute
<https://www.facebook.com/medicinadigenere/ISS/>

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...

Online "Infotrans" il primo portale istituzionale in Europa per le persone transgender

Il 25 maggio 2020 è stato attivato Infotrans (www.infotrans.it), il primo portale dedicato alle persone transgender frutto di una collaborazione tra il Centro di Riferimento per la Medicina di Genere dell'Istituto Superiore di Sanità e l'Ufficio Nazionale Antidiscriminazioni Razziali - Presidenza del Consiglio dei Ministri. Infotrans risponde all'esigenza di fornire alla popolazione transgender informazioni indipendenti, certificate e aggiornate, in ambito sanitario e giuridico, la cui mancanza ad oggi rappresenta una delle maggiori criticità che questa fascia di popolazione deve affrontare nella fruizione di diritti fondamentali quali il diritto alla salute.

I dati della letteratura internazionale suggeriscono una numerosità della popolazione transgender adulta nel mondo compresa tra lo 0,5 e l'1,2%; estrapolando questi dati alla popolazione italiana si arriva ad una stima di circa 500.000 persone transgender che in Italia, così come nella maggior parte del mondo, incontrano numerosi ostacoli nell'accesso all'assistenza sanitaria e a risorse determinanti nel settore sanitario come l'istruzione, l'occupazione e l'alloggio.

Infotrans intende offrire una raccolta di tutti i punti di riferimento sul territorio che offrono servizi dedicati alle persone transgender, dalle Associazioni ai Centri clinici, ai Consulenti e ai Punti di Ascolto. Attraverso la compilazione di una scheda appositamente predisposta le strutture hanno fornito informazioni riguardo:

- numeri e indirizzi utili
- servizi offerti
- composizione dei team multidisciplinari
- costo dei servizi
- liste di attesa

Il sito contiene molte informazioni aggiornate riguardanti la prevenzione, la salute e il percorso di affermazione di genere (il supporto psicologico, il trattamento ormonale e chirurgico), la tutela dell'identità di genere, il diritto al cambio dei documenti e le norme da conoscere prima di affrontare eventuali interventi chirurgici di affermazione di genere oltre ai principali falsi miti e "bufale" che circolano sul tema.

Infotrans non contiene solo informazioni dedicate alle persone transgender, è stata predisposta infatti una sezione contenente buone pratiche per i professionisti, dall'ambito scolastico-educativo a quello socio-sanitario, giuridico-legale, della comunicazione, ecc.

Questa iniziativa ha già suscitato l'interesse del Consiglio d'Europa, ci proponiamo quindi, come prossimo passo, l'esportazione di questo modello attraverso la rete di collaborazioni internazionali delle Istituzioni coinvolte nel progetto.

Dott.ssa Marina Pierdominici (Responsabile scientifico Infotrans)

Dott. Matteo Marconi (Comitato di coordinamento Infotrans)

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

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.