

Medicina di Genere Newsletter

In Afghanistan la segregazione delle donne mette a rischio anche la loro salute

Ogni giorno porta una cattiva notizia, per le donne dell'Afghanistan. L'ultima è la riapertura delle scuole elementari e secondarie, ma soltanto per i "ragazzi". Il portavoce dei Taleban Zabihullah Mujahid ha subito assicurato che "presto" anche le ragazze torneranno in aula, in aule separate però, come già all'università. C'è poco da fidarsi. Mujahid incarna il volto "moderato" degli studenti coranici, che finora si è dimostrato essere nient'altro che ipocrisia. Pezzo dopo pezzo tutte le conquiste degli ultimi vent'anni vengono spazzate via. Due mesi fa, a Herat, quando Kabul doveva ancora cadere, i miliziani si erano presentati nelle banche, negli uffici, negli ospedali, e avevano "consigliato" alle lavoratrici di "restare a casa" per motivi di sicurezza. Poi è arrivato il divieto di praticare sport, in modo da non esporre il corpo agli sguardi maschili. Infine l'imposizione di uscire soltanto accompagnate da un familiare, anche se non ufficiale, ma di fatto già applicata nelle campagne e sempre più nella stessa capitale.

La segregazione ha un impatto devastante sulla vita delle donne, anche dal punto di vista della salute. E' noto l'alto tasso di obesità e glicemia nei Paesi che la praticano, dal Golfo alle zone più conservatrici dell'Iraq o dell'Egitto. Nel bellissimo film "Viaggio a Kandahar" una delle protagoniste a un certo punto si deve sottoporre a una visita medica. Espone gli occhi, poi la bocca, attraverso un telo con piccole aperture. Lei da un lato, il medico, con il berrettino salafita, dall'altro. Non possono parlarsi direttamente, perché non sono parenti, è la figlia di lei a porgere le domande del dottore. Alla fine la diagnosi è "anemia". Fame. Come quella che sta già dilagando nelle zone più povere. Un raccolto povero per via della siccità eccezionale, la fine degli aiuti internazionali, che adesso arrivano con il contagocce. L'Afghanistan dipendeva per il 43 per cento del suo Pil dall'afflusso di beni e finanziamenti dall'estero. Senza, sette milioni di persone sono a rischio carestia.

La malnutrizione, come già nel martoriato Yemen, è destinata ad avere l'impatto peggiore su mamme e bambini piccoli, è la regala. Il combinato disposto è micidiale. Isolamento, niente o poca istruzione, precarietà alimentare, dipendenza assoluta dagli uomini per tutti i bisogni.

E' su questo che la comunità internazionale dovrebbe concentrarsi. Sulle aree più povere.

Le donne di Kabul che avevano studiato, lavoravano per ong o aziende occidentali, si sono in parte salvate, con il gigantesco ponte aereo di agosto, in parte sono in pericolo, ma hanno più strumenti a disposizione per difendersi, vivono in una città dove c'è ancora presenza di media e organizzazioni internazionali. L'Afghanistan rurale, dove vive il 70 per cento dei 38 milioni di abitanti, rischia il naufragio. Lontano dagli occhi di tutti.

Giordano Stabile

Giornalista del quotidiano "La Stampa" dal 1999. Ha seguito gli eventi più importanti e i conflitti in Medio Oriente, dalla Libia all'Afghanistan, dalle primavere arabe alla lotta all'Isis. Dal 2016 vive e scrive da Beirut come corrispondente.



**Sala d'attesa all'aperto del dispensario di Bessood
Foto di Carla Dazzi - Ong Insieme si può**

Medicina di Genere Newsletter

DIFFERENZE DI GENERE NELLA DONAZIONE E NEL TRAPIANTO DI ORGANI

Genere e sesso rappresentano due variabili fondamentali che devono essere tenute in debita considerazione per permettere lo sviluppo di politiche di salute efficaci ed adattate a soddisfare i bisogni di tutta la popolazione¹.

Da una analisi dei dati recentemente pubblicati da Newsletter Transplant² (la rivista ufficiale del Comitato dei Trapianti del Consiglio d'Europa), riguardanti le attività trapiantologiche condotte nell'anno 2019 in 69 paesi appartenenti a 6 continenti, emergono alcune osservazioni importanti:

1) *Nella maggior parte dei paesi analizzati, il soggetto di sesso maschile è la prima fonte di organi da donatore deceduto. In particolare, su una popolazione di circa 40.000 donatori deceduti, il 63% era costituita da maschi. Nel caso dell'Italia, i donatori maschi rappresentavano il 57% dei casi. Questa osservazione non è del tutto inaspettata giacché gli individui che maggiormente soddisfano i criteri biologici per diventare donatori d'organo sono soprattutto uomini ricoverati nelle terapie intensive per danno cerebrale severo ed irreversibile legato a trauma o ad ictus³.*

2) *Al contrario, dagli stessi dati emerge che la donna rappresenta di gran lunga la fonte principale di organi da donatore vivente di rene avendo donato il 61% dei 33.000 reni riportati. Allo stesso modo, nello stesso anno in Italia le donne hanno fornito una percentuale pari al 67% degli organi da donatore vivente. Almeno due ragioni possono spiegare questa osservazione. La prima è che le donne tendono ad avere una natura più altruistica e generosa rispetto all'uomo e ad essere maggiormente coinvolte sotto il profilo emotivo. La seconda ragione potrebbe invece essere legata al fatto che l'uomo è, in molti casi, la principale fonte di reddito della famiglia, ed è quindi meno disponibile ad assentarsi dal lavoro per le procedure legate alla donazione.*

3) *I riceventi della maggior parte degli organi trapiantati nel 2019 sono stati di sesso maschile. In particolare, nell'uomo sono stati trapiantati il 65% dei reni, il 67% dei fegati, il 71% dei cuori, il 60% dei polmoni ed il 58% dei pancreas disponibili. Nel nostro paese la prevalenza maschile tra i trapiantati di fegato e cuore è ancora più marcata, riguardando circa il 75% dei riceventi. Diverse ragioni posso spiegare questa osservazione. La prima è che alcune malattie sono maggiormente diffuse nell'uomo rispetto alla donna. Ad esempio, l'uomo sviluppa più frequentemente malattie renali e rappresenta la maggioranza dei pazienti in dialisi per stadio terminale di malattia. La seconda è che la donna è spesso penalizzata nell'accesso al trapianto per il proprio profilo immunologico, che rende più difficile l'identificazione di un donatore compatibile.*

Indice

Focus Scientifico.....	pag 3
Focus Clinico.....	pag 4
Sezione COVID-19 e MdG.....	pag 5-6
Occhio sull'Italia.....	pag 7
Occhio sul mondo.....	pag 8
L'angolo dell'Osservatorio	pag 9
Approfondiamo.....	pag 10
Mdg è anche.....	pag 11
Curiosando... in PubMed.....	pag 12
Rassegna Stampa.....	pag 13
Eventi & Notizie	pag 14
In evidenza.....	pag 15

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

(art. 32 della Costituzione italiana)

Inoltre, non raramente, la donna viene esclusa dal trapianto per incompatibilità di taglia donatore-ricevente. Infine non possiamo escludere che in alcuni Paesi problematiche legate al genere o a variabili socio-economiche possano giocare un ruolo sfavorevole che limita l'accesso della donna alle liste di attesa e, in ultima analisi, al trapianto.

Oltre ai dati riguardanti la percentuale degli uomini e delle donne tra i donatori (viventi e deceduti) ed i riceventi di un trapianto, è importante comprendere se l'esito di un trapianto differisca a seconda che il ricevente sia uomo o donna. Allo stesso modo, per permettere una allocazione ottimale degli organi disponibili, è fondamentale valutare l'esito dei trapianti tra soggetti di sesso diverso (rispetto ai trapianti tra soggetti dello stesso sesso).

A questo proposito va sottolineato che i dati della letteratura internazionale non sono univoci e non c'è evidenza assoluta che trapiantare organi tra individui dello stesso sesso sia inequivocabilmente associato a prognosi migliore (o peggiore). Ciò detto, è degno di nota che dati italiani recentemente pubblicati dal Centro Nazionale Trapianti suggeriscono un esito meno favorevole nel caso di trapianti di

cuore o di rene eseguiti da donatori donne in riceventi maschi⁴. Al contrario, il trapianto da donatori uomini in riceventi donne sembra essere associato a miglior prognosi, soprattutto nel caso del trapianto di cuore. Resta da stabilire se queste differenze siano anche legate alle discrepanze dimensionali tra maschi e femmine, che sono associate nel caso del rene a differenze nella massa nefronica e nel caso del cuore ad una diversa forza contrattile dell'organo.

In conclusione, è inequivocabile che esistono differenze di genere e di sesso nella donazione (da vivente o da cadavere) e nel trapianto. Al contrario rimane controverso il ruolo del sesso del ricevente o del mismatch di sesso tra donatore e ricevente sull'esito del trapianto. Ulteriori studi sono indispensabili per chiarire maggiormente l'influenza di sesso e genere sulle attività trapiantologiche, dall'ingresso in lista d'attesa al trapianto, per evitare possibili iniquità di accesso alle cure e garantire il miglior esito possibile degli organi trapiantati.

1. *Int J Epidemiol.* 2003; 32:652-7
2. *Global Observatory on donation and transplantation - Data provided by the Organización Nacional de Trasplantes (ONT) upon request;* <http://www.transplant-observatory.org/>
3. *Minerva Anestesiol.* 2015; 81:636-44
4. *Biol Sex Differ.* 2016; 7:35-39.



Dr. Massimo Cardillo

**Direttore Generale
Centro Nazionale Trapianti
Istituto Superiore di Sanità**



Dott.ssa Francesca Puoti

**Centro Nazionale Trapianti
Istituto Superiore di Sanità**



WHO Collaborating Centre
On Vigilance and Surveillance for
Human Cells, Tissues and Organs



CENTRO NAZIONALE
TRAPIANTI

Differenze di genere nel rimodellamento cardiaco patologico

A cura del Dr. Giuseppe Marano *

Il rimodellamento cardiaco patologico è la risposta del cuore a eventi patologici come ad esempio infarto del miocardio, malattie delle valvole cardiache o ipertensione arteriosa. È caratterizzato da cambiamenti nella forma e nelle dimensioni del cuore, ipertrofia dei cardiomiociti, rimodellamento della matrice extracellulare e delle proprietà elettriche del miocardio, riattivazione del programma genico fetale che include le isoforme della catena pesante della miosina (MHC), l' α -actina scheletrica (skACT) e il peptide natriuretico atriale (ANP)¹. Secondo alcuni, il programma genico fetale sarebbe coinvolto in un complesso processo adattativo volto a limitare il consumo di energia cardiaca e supportare la gittata cardiaca in presenza di un aumento del carico di lavoro cardiaco.

Questa visione è coerente con: a) la scarsa tolleranza al sovraccarico pressorio dei cuori in cui la risposta genica fetale è abrogata; b) l'azione cardioprotettiva dell'ANP, un peptide noto per le sue proprietà natriuretiche e anti-ipertrofiche; c) la minore attività ATPasica di β -MHC, in grado di generare la stessa forza di contrazione con un minore consumo di energia rispetto all'isoforma α -MHC; d) la significativa correlazione positiva tra quantità cardiaca di skACT e funzione contrattile cardiaca.

Gli studi preclinici e clinici suggeriscono che i fattori legati al sesso influenzano il rimodellamento cardiaco patologico. Nei soggetti con ipertensione essenziale, le donne in premenopausa hanno spessore, diametro e massa del ventricolo sinistro più piccoli e indici di *performance* più alti rispetto agli uomini con lo stesso livello di pressione arteriosa. Differenze di sesso nel rimodellamento del ventricolo sinistro sono state osservate anche in pazienti con stenosi aortica. Nonostante un grado simile di ostruzione del deflusso ventricolare sinistro, le donne sviluppano un'ipertrofia concentrica più marcata, livelli più bassi di stress di parete e indici più elevati di funzione sistolica rispetto agli uomini.

Nei ratti spontaneamente ipertesi, le femmine presentano migliori indici di funzione sistolica e hanno dimensioni telediastoliche e telesistoliche più piccole rispetto ai maschi. I ratti maschi soggetti a sovraccarico di pressione da coartazione aortica, a differenza delle femmine, mostrano dilatazione del ventricolo sinistro. Ancora, la mortalità e la rottura cardiaca durante la prima settimana dopo l'infarto del miocardio sono significativamente più alte nei maschi.

Cronicamente, i maschi mostrano una peggiore funzione del ventricolo sinistro e un rimodellamento più esteso, con maggiore dilatazione ventricolare e ipertrofia dei cardiomiociti.

Sebbene l'influenza del genere sul rimodellamento del ventricolo sinistro sia stata studiata ampiamente, l'influenza del sesso e dei fattori neuro-ormonali sull'espressione genica fetale è stata poco studiata. Sono state riscontrate differenze significative nell'espressione di MHC a livello atriale tra uomini e donne.

Differenze legate al sesso nell'espressione di MHC a livello ventricolare sono state rilevate nel nostro laboratorio nei topi sia in condizioni fisiologiche che in presenza di delezione dei geni che codificano per i recettori β -adrenergici di tipo 1 e 2². Nei maschi, la delezione genetica dei due recettori adrenergici era associata ad un marcato incremento dell'espressione della β -MHC. Inoltre, le femmine presentavano un'espressione di β -MHC significativamente più alta rispetto a quella dei maschi di pari età.

Abbiamo anche dimostrato in uno studio condotto su topi femmine che l'espressione cardiaca di β -MHC è dipendente dalla durata dell'inibizione del tono β -adrenergico e che la diminuzione dell'espressione di β -MHC si oppone al rimodellamento patologico e al progressivo deterioramento della funzione cardiaca nella cardiopatia post-infartuale³.

In conclusione, il rimodellamento cardiaco è un processo complesso che coinvolge cardiomiociti, fibroblasti, cellule muscolari lisce vascolari, cellule endoteliali e infiammatorie. Ci sono prove che il genere influenza la risposta cardiaca al sovraccarico di pressione o all'ischemia sia nell'uomo che nei modelli preclinici. Tuttavia, restano da identificare i meccanismi attraverso i quali il genere modula il rimodellamento miocardico.

1. *Proc Natl Acad Sci USA* 1988;85:339-43

2. *J Mol Cell Cardiol* 2008;45:761-9

3. *Eur J Pharmacol.* 2020;882:173287

Dr. Giuseppe Marano

**Dirigente di Ricerca
Centro di Riferimento per
la Medicina di Genere,
Istituto Superiore di
Sanità, Roma**



*In collaborazione con la Dott.ssa Sonia Maccari e il Dr. Tonino Stati, Centro di Riferimento per la Medicina di Genere, Istituto Superiore di Sanità

A cura della Prof.ssa Cecilia Politi

La fibrillazione atriale (FA) è la più comune aritmia sostenuta nell'adulto ed è una patologia che impatta pesantemente sui sistemi sanitari, con un incremento costante dei costi sia diretti che indiretti. La FA interferisce con lo stato funzionale e la qualità di vita del soggetto che ne è affetto, determina un aumento del rischio di ictus cerebrale ischemico di 4/5 volte ed è presente nel 25% degli ictus ischemici degli ultraottentenni.

Vi sono importanti differenze di genere nella FA che variano dalla epidemiologia ai meccanismi fisiopatologici, dalla sintomatologia al management e agli esiti della malattia. Le donne hanno una più bassa incidenza di FA rispetto agli uomini, ma dopo i 75 anni la prevalenza di FA è maggiore nella donna (per maggiore longevità) determinando nella popolazione un numero quasi sovrapponibile di uomini e donne con FA, con una lieve prevalenza femminile. Le donne con FA sono più anziane, più sintomatiche (con presenza di sintomi atipici e con una maggiore gravità degli stessi), hanno una maggiore prevalenza di ipertensione, di malattia valvolare cardiaca e di scompenso cardiaco, presentano una frazione di eiezione conservata ed una minore prevalenza di malattia coronarica rispetto agli uomini. Il rischio di FA aumenta con il numero di gravidanze e nelle obese. Non vi sono differenze nella mortalità tra uomini e donne con FA, ma la qualità di vita è peggiore nella donna.

Le donne con FA hanno un rischio maggiore di ictus (valutato con il CHA2DS2 VASc score) rispetto agli uomini. L'ictus della donna con FA presenta una maggiore gravità, maggiore disabilità permanente e maggior rischio di istituzionalizzazione. Il sesso femminile è quindi un modificatore del rischio ictus associato alla fibrillazione atriale, aumentandolo in presenza degli altri fattori di rischio per ictus (ipertensione arteriosa, diabete, età avanzata, pregressa malattia vascolare).

Le donne con FA (spesso più anziane, con maggiori comorbidità e maggiore durata della FA), sono meno sottoposte rispetto agli uomini alle strategie di controllo del ritmo. Presentano differenze nell'effetto dei farmaci, con maggiori complicanze potenzialmente letali nell'uso degli antiaritmici di Classe III (sindrome del QT lungo). Hanno meno probabilità di subire una cardioversione elettrica e vengono indirizzate all'ablazione trans catetere più tardi rispetto agli uomini, forse per l'insorgenza della FA in età più tardiva. Il risultato dell'ablazione con radiofrequenza

delle vene polmonari può essere meno favorevole nelle donne, con tassi più elevati di complicanze correlate alla procedura.

Il trattamento con warfarin riduce il rischio ictus ischemico della FA del 60%; ma le donne trattate presentano un incremento significativo del rischio residuale di ictus (odds ratio 1.2-2.9). I dati della sottoanalisi per genere dello studio italiano ATA AF (FADOI-AMCO) dimostrano un ingiustificato sottotrattamento con anticoagulanti orali nelle donne con FA rispetto agli uomini, malgrado uno score di rischio maggiore e parità del rischio emorragico. Gli anticoagulanti orali diretti invece, riducono il rischio ictus in maniera analoga nei due sessi, con un rischio ridotto di sanguinamento maggiore nella donna, ed esiti sovrapponibili.

Le pazienti di sesso femminile sono generalmente sottorappresentate nei trial clinici randomizzati, inclusi gli studi sulla fibrillazione atriale, in cui le donne arruolate non superano il 37%, rendendo difficoltosa la interpretazione dei dati, nonché dei rischi e dei benefici effettivi delle differenti strategie di trattamento adottate.

Abbiamo quindi una serie di possibili aree di ricerca che includono:

- l'influenza degli ormoni sessuali sul rimodellamento atriale nella FA e le differenze nei meccanismi elettrofisiologici coinvolti
- il ruolo della disfunzione diastolica in relazione al peso sintomatologico della FA
- le differenze nei tassi di complicanze delle procedure
- il rapporto tra la tempistica della ablazione trans catetere e le differenze di esito nelle donne.

European Heart Journal 2021;42:373-498

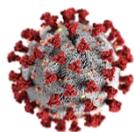
Curr Cardiol Rev. 2019;15:136-144

Italian Journal of Medicine 2016;10:207-212

Prof.ssa Cecilia Politi

**Direttore UOC Medicina
Interna Isernia
Responsabile Medicina di
genere F.A.D.O.I.
Docente Medicina Interna
Università La Sapienza -
Polo didattico Molise**





La differente mortalità per genere nel Covid-19 è uguale per tutte le età? Analisi nei grandi anziani

A cura del Dr. Mauro Tettamanti

In Italia il numero delle persone che hanno compiuto 100 anni è cresciuto in maniera esplosiva.

Al termine della seconda guerra mondiale i centenari erano circa un centinaio mentre oggi sono circa 15000, con una progressione superiore a qualunque altra fascia d'età. Questo aumento è largamente sbilanciato dal punto di vista del genere: le femmine infatti hanno un'aspettativa di vita significativamente superiore ai maschi e questa differenza è particolarmente evidente nelle età più estreme, dove le novantenni superano di due volte e mezza i novantenni, mentre il numero delle centenarie supera addirittura di 5 volte quello dei centenari (dati ISTAT 2020).

Poiché la manifestazione pandemica influenzale più importante del secolo scorso, l'influenza "spagnola", risale quasi esattamente a 100 anni fa (1918-1920), un'ipotesi interessante da indagare era che i centenari del 2020 potessero mostrare una maggiore resistenza nei confronti del Covid-19 rispetto agli altri anziani "più giovani". Nel periodo del picco della prima ondata della pandemia (marzo 2020) l'analisi dei dati lombardi relativi all'eccesso percentuale di mortalità (aumento del numero totale di morti calcolato come rapporto rispetto alla media dei morti dei cinque anni precedenti, valutato separatamente per quinquennio) ha tuttavia mostrato una continua crescita all'aumentare dell'età senza segni di declino oltre i 100 anni¹: l'essere sopravvissuti alla "spagnola" non sembra conferire resistenza al Covid-19.

Abbiamo successivamente valutato quale fosse l'effetto del genere sulla mortalità, sempre stratificando per età, poiché la grandissima maggioranza dei lavori sul Covid-19 ha rilevato sin dall'inizio un impatto in termini di mortalità significativamente peggiore nei soggetti maschi²: l'analisi ci ha mostrato che, mentre nelle età "più giovani" l'eccesso percentuale di mortalità era notevolmente più alto nei maschi rispetto alle femmine (ad esempio nella classe 65-69 anni era quasi il quadruplo), questa differenza andava a ridursi con l'aumentare dell'età, fino a capovolgersi nel caso dei centenari dove la mortalità percentuale in eccesso era addirittura superiore del 34% nelle femmine¹. Un risultato simile è stato trovato valutando il tasso di letalità

in Europa³, cioè riferendosi in questo caso non più alla mortalità totale, ma alla mortalità osservata nei soggetti infettati: in questo caso il rapporto maschi/femmine del tasso di letalità raggiungeva un massimo di 3.2 nella fascia d'età 50-59, mentre per i decenni successivi si assisteva ad una progressiva diminuzione fino ad arrivare ad 1.6 nella fascia 80+ (purtroppo i novantenni ed i centenari non erano analizzati separatamente).

Per quanto riguarda la differenza di mortalità totale per sesso nel Covid-19 sono già state proposte diverse ipotesi, includendo differenze ormonali e differenze nella risposta alle infezioni virali, in particolare nella risposta infiammatoria. La ragione per un andamento differenziale per sesso in rapporto all'età invece non è ancora stata analizzata nel dettaglio: diverse ragioni sono ipotizzabili, sia legate a fattori di rischio modificabili sesso-specifici (dove le differenze fra maschi e femmine cambiano in base all'anno di nascita), sia legate a caratteristiche biologiche (dove è la sopravvivenza differenziale ad agire da modificatore). Molto probabilmente almeno una parte dell'effetto età specifico deve essere ricercata nella differenza nello stato di salute fra maschi e femmine ad età estremamente alte: poiché le donne sopravvivono di più, ma a prezzo di una maggiore prevalenza di malattie e disabilità, una malattia come il Covid-19, che colpisce più duramente soggetti polipatologici, potrebbe finire con l'annullare nelle classi d'età più alta la maggiore resilienza mostrata dalle femmine nei confronti della mortalità. Ulteriori studi sono necessari per arrivare ad una risposta più completa.

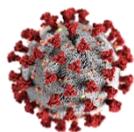
1. *Aging (Albany NY)* 2020; 12:15186-15195

2. <https://globalhealth5050.org/the-sex-gender-and-covid-19-project/>

3. *Biol Sex Differ.* 2020; 11:29

Dr. Mauro Tettamanti

Unità di Epidemiologia Geriatrica
Laboratorio di Neuropsichiatria Geriatrica
Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri
IRCCS



L'impatto della quarantena da Covid-19 sui disturbi comportamentali delle persone con demenza: differenze di genere

A cura della Dott.ssa Milena Zucca, della Dott.ssa Valentina Laganà e della Prof.ssa Amalia C. Bruni

La demenza, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, è una sindrome cronico-progressiva, in cui vi è un deterioramento della memoria, del pensiero, del comportamento e della capacità di svolgere le attività quotidiane.

La compromissione delle funzioni cognitive è spesso accompagnata o preceduta da sintomi emotivo/comportamentali.

I Sintomi Comportamentali e Psicologici della Demenza (*Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia-BPSD*) definiti per la prima volta nel 1996 dall'*International Psychogeriatric Association Consensus Conference* come "alterazioni della percezione, del contenuto del pensiero, dell'umore e del comportamento, che si osservano frequentemente in pazienti con demenza", si manifestano diversamente in esordio e gravità, sono relativamente indipendenti dal deficit cognitivo e hanno un decorso non lineare. Costituiscono, inoltre, la causa di una serie di conseguenze quali istituzionalizzazione precoce, incremento dei costi economici della malattia, ridotta qualità di vita del paziente e grave stress per i caregiver¹.

Durante il picco della pandemia di COVID-19, la Società Italiana di Neurologia per la Demenza (SINdem) ha ideato un'indagine multicentrica, coinvolgendo 87 Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD) distribuiti in modo omogeneo dal Nord al Sud Italia, dalla quale è emerso che le restrizioni imposte dal lockdown hanno indotto un peggioramento dei disturbi comportamentali nei pazienti affetti da demenza².

Gli specialisti hanno condotto la ricerca attraverso un'intervista telefonica, coinvolgendo 4.913 familiari di pazienti affetti da diverse forme di demenza (Malattia di Alzheimer, AD; demenza a corpi di Lewy, DLB; demenza frontotemporale e demenza vascolare); i risultati sono stati pubblicati dal Gruppo di studio SINdem COVID-19 sulla rivista *Frontiers Psychiatry*³.

I dati registrati in aprile, ad un mese dall'inizio della quarantena, dimostrano che in oltre il 60% dei pazienti vi è stato un peggioramento dei disturbi comportamentali pre-esistenti o la comparsa di nuovi sintomi neuropsichiatrici. In oltre un quarto dei casi questa nuova condizione era tale da richiedere la modifica del trattamento farmacologico.

In generale i sintomi riportati più frequentemente

sono stati l'irritabilità (40%), l'agitazione (31%), l'apatia (35%), l'ansia (29%) e la depressione (25%).

Tra i fattori associati all'aumento dei BPSD durante il periodo di isolamento imposto, il sesso è risultato significativamente correlato alla tipologia di BPSD peggiorato o insorto.

Nei pazienti di sesso femminile sono stati riportati più frequentemente sintomi di ansia e depressione (ansia F:16,7% vs M:12,8%; depressione F:14,3% vs M:11,1%), mentre un aumento dei livelli di apatia e dell'irritabilità è stato maggiormente riferito nei pazienti di sesso maschile (apatia M:20,1% vs F:16,5%; irritabilità M:22,8% vs F:19,6%).

Lo studio ha inoltre evidenziato differenze di genere anche tra pazienti con una stessa diagnosi di demenza. Nelle persone con AD il rischio di sviluppare ansia e depressione è risultato principalmente associato al sesso femminile mentre nei maschi la maggiore vulnerabilità ha riguardato l'apatia. Nei pazienti affetti da DLB il sesso maschile è apparso marcatamente associato ad un aumento delle allucinazioni e dei disturbi del sonno.

Dunque il lockdown, che ha agito da deflagratore dei BPSD in tutti i pazienti con demenza, ha tuttavia sottolineato importanti differenze di genere anche in questo campo. Le organizzazioni sanitarie dovranno necessariamente incorporare la visione di genere per costruire realmente un'assistenza sempre più vicina e personalizzata all'interno di uno scenario epidemiologico di estrema gravità.

1. *Front Neurol.* 2012; 3:73

2. *Front Aging Neurosci.* 2021;12:625781

3. *Front Psychiatry.* 2020;11:578015

Dott.ssa Milena Zucca
Dipartimento di Neuroscienze "Rita Levi Montalcini", Università di Torino

Dott.ssa Valentina Laganà
Centro Regionale di Neurogenetica ASP CZ, Lamezia Terme

Prof.ssa Amalia C. Bruni
Centro Regionale di Neurogenetica ASP CZ, Lamezia Terme

LA MEDICINA DI GENERE IN FRIULI VENEZIA GIULIA: LO STATO DELL'ARTE E PROGRAMMI FUTURI

Già nel 2016 il Friuli Venezia Giulia aveva inserito tra le sue priorità la Medicina di Genere con un Report in cui si impegnava con l'«individuazione di azioni dirette a costruire e diffondere una politica di intervento sulla salute di genere e sostenere le strategie efficaci per ridurre le disuguaglianze». Tuttavia, nel 2019 con la Legge regionale n. 27 del 17 dicembre 2018 e Legge Regionale del 12 dicembre 2019, n. 22 "Riorganizzazione dei livelli di assistenza, norme in materia di pianificazione e programmazione sanitaria e sociosanitaria e modifiche alla legge regionale 26/2015 e alla legge regionale 6/2006", il Friuli Venezia Giulia si è trovato di fronte ad un totale riassetto in campo sanitario sia a livello regionale che aziendale e ciò ha rallentato le attività precedentemente intraprese, ponendo in secondo piano la Medicina di Genere.

Nel 2019 il Friuli Venezia Giulia ha recepito il «Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere», ma non ha ancora intrapreso il cammino volto a creare il Tavolo Tecnico Regionale, identificando le figure preposte.

Sebbene non sia stato ancora avviato il Tavolo Tecnico, la regione Friuli Venezia Giulia è da tempo attiva nella promozione di politiche sanitarie in un'ottica di genere, con la volontà di garantire appropriatezza ed equità nella prevenzione, diagnosi e cure.

In tale ambito, si segnala il lavoro di due Aziende che hanno progettato al loro interno dei gruppi di lavoro improntati sul genere, come quello del Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI) che da anni si dedica ad un approccio e ad una formazione in questo campo, e l'Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale (ASUFC) che ha attivato in pronto soccorso un percorso genere-dedicato sul dolore toracico.

Inoltre, in questa regione da anni vengono attuati percorsi formativi sulla Medicina di Genere con l'organizzazione di Convegni e corsi su questa tematica.

Nei programmi da affrontare a breve termine, il Friuli Venezia Giulia deve impegnarsi a istituire il Tavolo Regionale entro l'anno, improntando politiche con obiettivi e strategie di governance che tengano conto della salute di genere nelle diverse popolazioni e sostenendo progetti di ricerca, e a nominare dei referenti per la Medicina di Genere per ogni Azienda in grado di collaborare con il referente regionale al fine di portare avanti le attività previste dal Piano nazionale.

Dott.ssa Alessandra Maestro

**Farmacia e Farmacologia Clinica
Ufficio per la Qualità della Ricerca e la Protezione dei Soggetti
Umani "Institutional Review Board" IRCCS Burlo-Garofolo,
Trieste**

Referente Regionale per la Medicina di Genere





A cura della Fondazione Giovanni Lorenzini

SUMMIT W20

Il 13-15 luglio di quest'anno si è svolto a Roma il vertice annuale del W20 (*Women20*). L'evento ha riunito centinaia di leader e esperti da tutto il mondo per discutere le questioni più urgenti che riguardano l'emancipazione sociale, economica e politica delle donne e per consegnare il comunicato del W20 2021 ai leader del G20.

https://w20italia.it/w20_summit/

Richieste del W20 al G20 salute: Medicina di genere e vaccini per tutti



Linda Laura Sabbadini, direttrice centrale dell'Istat, e *Chair* del W20, è intervenuta al G20 della Salute, tenutosi a Roma il 5-6 settembre.

Linda Laura Sabbadini ha chiesto ai Ministri della Salute e ai Leader di impegnarsi a sviluppare la Medicina di genere come strumento di equità nelle cure, a promuovere la ricerca pubblica e privata sulla Medicina di genere e a sostenerla finanziariamente. "Dopo una pandemia come quella che abbiamo vissuto dobbiamo dotarci di una sanità che metta al centro la persona, che non è neutra e attraversa diverse fasi della vita".

Prosegue la Sabbadini "...vaccini per tutti. È l'unica strada per superare questa fase terribile e lunga di pandemia. *Women20* chiede che si sviluppi la ricerca pubblica e privata e si investa sui vaccini termostabili. Ci sono intere aree del mondo in cui non esiste elettricità o esiste saltuariamente. Il G20 chiami tutti i Paesi a garantire salute e cure per tutti assicurando accesso ai servizi reale, e in particolare a quelli di salute sessuale e riproduttiva che vanno considerati come raccomandato dall'OMS nel 2020 come servizi essenziali. Una contraccettione moderna e libera deve essere sviluppata in tutti i Paesi".

<https://www.panoramasanita.it/2021/09/06/g20-salute-sviluppare-medicina-di-genere-e-vaccini-per-tutti/>

Dott.ssa Emanuela Folco
Segretario Generale Fondazione Giovanni Lorenzini

FONDAZIONE
GIOVANNI LORENZINI
MILAN, ITALY



GIOVANNI LORENZINI
MEDICAL FOUNDATION
NEW YORK, NY, USA

Tumori in rapporto al genere

L'insorgenza di un tumore, con l'eccezione di alcune forme ereditarie, è il risultato di un processo multifattoriale in cui più fattori di rischio, modificabili e non modificabili, possono contribuire all'insorgenza della patologia. Tra questi, il genere sta acquisendo un ruolo sempre più influente ed evidente nel determinare differenze significative nell'insorgenza e nella progressione della malattia, nonché nella risposta e negli eventi avversi associati alle terapie.

Secondo i dati dell'ultimo Rapporto dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM), come negli anni precedenti, anche per il 2020 il tumore in assoluto più frequentemente diagnosticato è il carcinoma mammario (54.976 nuovi casi, pari al 14,6% di tutte le nuove diagnosi di tumore) seguito dal carcinoma del colon-retto (11,6%) e del polmone (10,9%). Analizzando le differenze di genere, il carcinoma della prostata (18,5%) e il carcinoma mammario (30,3%) sono le neoplasie più frequentemente diagnosticate, rispettivamente negli uomini e nelle donne. Il tumore del polmone presenta un'incidenza quasi doppia negli uomini rispetto alle donne (14,1% vs 7,3%), mentre i valori relativi al tumore del colon-retto sono quasi sovrapponibili (12,0% vs 11,2%). Un'importante differenza si osserva anche per i tumori della vescica, con valori nettamente superiori negli uomini rispetto alle donne (10,5% vs 2,8%) (Tabella 1). L'incidenza del melanoma risulta, invece, in aumento rispetto agli anni precedenti in entrambi i generi e con valori simili (4,2% negli uomini vs 3,7% nelle donne) (dati non

presenti in tabella).

Oltre all'incidenza, al fine di comprendere l'enorme impatto del cancro sulla popolazione, è importante considerare i dati relativi alla mortalità. In Italia, i tumori sono la seconda causa di morte (sono stimati circa 185.000 decessi nel 2020), con tassi differenti in base al genere. Negli uomini, infatti, si registrano tassi più elevati (323/100.000 vs 190/100.000), anche se, come evidenziato nel Rapporto Osservasalute 2020, nelle fasce di età 1-19 e 20-39 anni il cancro è la prima causa di morte femminile, a differenza di quanto avviene nel genere maschile, in cui predominano cause esterne e traumatismi e decessi di natura violenta. Un dato incoraggiante riguarda la riduzione del tasso di mortalità che si osserva in entrambi i generi dal 2015 al 2020 (da 343 a 323 per 100.000 abitanti negli uomini e da 198 a 190 per 100.000 abitanti nelle donne, seppur con un aumento relativo al carcinoma polmonare). Tali dati possono essere in parte spiegati dal miglioramento delle terapie e dalla correzione degli stili di vita (in particolare la riduzione della prevalenza di fumatori nel genere maschile) e dall'aderenza ai programmi di screening. A tal proposito, risulta particolarmente preoccupante la drastica riduzione di screening oncologici effettuati a causa della pandemia COVID-19 (-2,5 milioni). È necessario, dunque, cercare di recuperare rapidamente questo vuoto, al fine di evitare un aumento di nuove diagnosi di tumori in fase avanzata.

Tipo di tumore	Maschi	Femmine	Totale
Mammella	N.D.	30,3	14,6
Colon-retto	12,0	11,2	11,6
Polmone	14,1	7,3	10,9
Prostata	18,5	-	9,6
Vescica	10,5	2,8	6,8

Tabella 1. Incidenza (valori per 100) dei cinque tumori più frequenti per genere - Anno 2020.

Nota: i valori sono espressi sul totale delle nuove diagnosi effettuate

Fonte dei dati: Rapporto AIOM. Anno 2021

N.D.=Non Disponibile

Dott.ssa Floriana D'Ambrosio, Dott. Leonardo Villani, Dott. Francesco Castrini
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



Neurobiologia delle differenze di genere nella malattia di Parkinson

Il morbo di Parkinson (PD) è una malattia degenerativa del sistema nervoso che colpisce soprattutto il controllo dei movimenti. L'aumento costante dei casi – che dagli anni Novanta risulta raddoppiato – la rende una delle malattie neurodegenerative più diffuse nel mondo. Il criterio essenziale per effettuare diagnosi di PD è la presenza di rallentamento motorio in combinazione con almeno un sintomo tra tremore a riposo e rigidità muscolare. Sebbene il PD sia principalmente un disturbo del movimento, diversi sintomi non motori possono insorgere con il decorso della malattia. Infatti, il PD presenta un quadro complesso ed eterogeneo, che può prevedere sintomatologie psichiatriche (ansia e depressione), disturbi autonomici e, nei casi più gravi, deterioramento cognitivo progressivo fino alla demenza. Questa eterogeneità clinica può essere modulata da fattori biologici e ambientali, tra cui il genere. Il genere influenza la suscettibilità alla malattia: i maschi hanno il doppio delle probabilità di sviluppare il PD rispetto alle femmine. Uomini e donne sembrano anche mostrare un diverso fenotipo clinico. Le donne presentano un'insorgenza più tardiva, con sintomatologia motoria meno grave e maggiore frequenza di manifestazioni psichiatriche. Il fenotipo maschile, invece, è contrassegnato da una insorgenza più precoce, da funzioni cognitive anche deteriorate e da una rapida progressione a stadi gravi della patologia e della malattia clinica¹.

La compromissione del sistema dopaminergico caratterizza il PD e potrebbe essere alla base di alcune differenze di genere. La neurodegenerazione delle vie dopaminergiche nigrostriatali (dalla *substantia nigra* allo striato) determina i disturbi del movimento, mentre il danno dopaminergico nel sistema mesocorticolimbico (dall'area tegmentale ventrale a strutture limbiche e corteccia prefrontale) è considerato alla base delle manifestazioni neuropsichiatriche (come ansia e depressione). Gli ormoni steroidei sessuali modulano le vie dopaminergiche sia in condizioni fisiologiche, sia in patologia; in particolare, nel PD, gli estrogeni sembrano avere un effetto neuroprotettivo su questo sistema. I meccanismi alla base della neuroprotezione sono ancora in corso di studio, ma una delle ipotesi è che l'estradiolo eserciti una funzione soppressiva sul recettore presinaptico della dopamina (recettore che funge da trasportatore all'interno del neurone della dopamina liberata nella sinapsi)¹, deputato al riassorbimento della dopamina rilasciata durante la comunicazione neuronale. Questo effetto soppressivo determinerebbe una

maggiore disponibilità di dopamina nella sinapsi neurale, che potrebbe compensare il calo dovuto alla patologia. L'ipotesi è supportata da dati di *neuroimaging* molecolare ottenuti in pazienti affetti da PD. Studiando l'integrità dell'innervazione dopaminergica con l'*imaging* è stato dimostrato che le donne con PD hanno un sistema dopaminergico nigrostriatale più preservato rispetto agli uomini².

Con l'intento di contribuire alla comprensione della neurobiologia delle differenze di genere nel PD abbiamo recentemente condotto uno studio su entrambi i sistemi dopaminergici coinvolti nella patologia (nigrostriatale e mesocorticolimbico). Attraverso approcci avanzati e dati di metabolismo cerebrale abbiamo dimostrato che il sistema nigrostriatale risulta più gravemente compromesso negli uomini, mentre il sistema mesocorticolimbico nelle donne³. Queste diverse vulnerabilità sono in linea con le presentazioni cliniche descritte nei pazienti di sesso diverso – più gravi disturbi motori nei maschi al momento della diagnosi e maggiore frequenza e severità dei sintomi psichiatrici nelle femmine.

L'ipotesi ormonale non è sufficiente per spiegare queste differenze cliniche e neurobiologiche; un'ampia varietà di fattori sociali potrebbe modulare il decorso e l'esito del PD. Si notano differenze nei livelli di istruzione e occupazione dovute a ruoli, comportamenti e attività di genere. Questi fattori, derivati da aspetti storici e culturali, possono influenzare l'organizzazione del cervello e la sua vulnerabilità e integrità. In conclusione, il sesso (biologicamente definito) e il genere (culturalmente definito) sembrano interagire nel determinare le vulnerabilità cerebrali alla patologia del Parkinson e nel modulare le risposte neuronali al processo neurodegenerativo.

1. *Nat Rev Neurol* 2020;16:84–96

2. *Neurobiol Aging* 2015;36:1757–63

3. *Brain Connect* 2021;11:3–11

Prof.ssa Daniela Perani

**Università Vita-Salute
San Raffaele
Divisione di Neuroscienze
IRCCS San Raffaele,
Medicina Nucleare
Ospedale San Raffaele
Milano**





Effetto dei probiotici nel trattamento della prostatite batterica cronica

Sulla base della letteratura scientifica internazionale disponibile, che include trial clinici, revisioni sistematiche e meta-analisi, sono stati definiti alcuni effetti benefici dei probiotici.

Il razionale d'uso dei probiotici si basa sul *microbial interference treatment* (MIT)¹, atto a favorire il mantenimento di un microbiota equilibrato, ostacolando in tal modo i microrganismi patogeni ed inviando segnali alle cellule epiteliali intestinali (CEI) ed ai macrofagi. Le CEI sono dotate di sistemi di segnalazione chiave per l'attivazione della risposta immune a una varietà di stimoli, quali ad esempio NFκB, PPAR-γ e ERK, che mediano differenti aspetti dell'immunità cellulare, proliferazione, apoptosi e differenziazione².

Alcuni probiotici possono regolare l'apoptosi delle CEI rappresentando un'utile strategia per il controllo delle infezioni, oltre a produrre peptidi ad attività antibiotica denominati "batteriocine" in grado di contrastare alcuni patogeni³.

L'aggiunta di microrganismi ad attività probiotica è una pratica che ormai è in voga da molto tempo e avviene sia negli alimenti, "cibi funzionali", sia all'interno di integratori. Si possono aggiungere batteri lattici, tra cui i più comuni sono Bifidobatteri e Lattobacilli, utilizzati come componenti delle colture *starter* per la produzione di una grande varietà di alimenti fermentati, come per esempio i derivati del latte, della carne, vegetali, prodotti da forno e molti altri.

Gli studi sugli effetti dei probiotici sul microbiota umano stanno aprendo la strada a un nuovo filone della Medicina di Genere. Tra le patologie del tratto urinario maschile si annoverano le prostatiti nelle quali si riscontra una disbiosi della flora batterica, responsabile dell'insorgenza e progressione della malattia.

Il termine prostatite si riferisce a un insieme disparato di affezioni prostatiche che si manifesta con una combinazione di sintomi prevalentemente irritativi o legati all'ostruzione urinaria, accompagnati da dolore perineale. È conseguente ad una alterata permeabilità dell'intestino, causata da diversi fattori scatenanti quali dieta inadeguata, prolungato trattamento antibiotico, intestino irritabile che favorisce il passaggio di specie batteriche verso il tratto urinario. Il trattamento terapeutico si basa sull'uso di antibiotici, se la causa è batterica, altrimenti con semicupi caldi, miorellassanti e antinfiammatori o ansiolitici.

Una ricerca condotta sulla relazione tra disbiosi intestinale e prostatite cronica ha dimostrato che coloro che soffrivano di prostatite cronica mostravano un alterato equilibrio dei microrganismi intestinali, con una conseguente significativa diminuzione di alcuni batteri utili, come la parvotella. Numerosi studi in letteratura confermano l'importanza dell'uso dei probiotici negli stati infiammatori della prostata. Un nostro recente studio pilota ha testato la capacità di una formulazione composta da diversi ceppi di probiotici, di migliorare i valori rilevati dalla carica batterica urinaria nei soggetti di sesso maschile, affetti da prostatite³.

Nello specifico, un totale di venti uomini di età compresa tra 55 e 65 anni, con ricorrenti infezioni urinarie, sono stati arruolati ed assegnati attraverso una randomizzazione in 2 gruppi (gruppo Test, trattato con probiotici, e gruppo Placebo).

In particolare, a seguito di somministrazione di una specifica formulazione di sei probiotici (mix), è stata eseguita l'urino-coltura per rilevare *Enterobacteriaceae* (*Escherichia Coli* ed *Enterococcus faecalis*), sia all'inizio dello studio che a 12 settimane. I risultati, hanno avvalorato l'ipotesi iniziale che l'assunzione dei probiotici riduce la carica batterica da *E. coli* e *E. faecalis*, presenti nelle urino-colture dei soggetti testati. Inoltre, l'uso dei probiotici non ha influito sulla variazione di peso dei soggetti arruolati. In conclusione, i nostri risultati confermando la rilevanza dei batteri "buoni" presenti nei probiotici per il funzionamento del sistema immunitario e il controllo dell'infiammazione, avvalorano il loro importante ruolo nella prevenzione e nel trattamento della prostatite batterica.

1. *Adv Nutri* 2012; 3:723-5

2. *Probiotics. Recenti Prog Med.* 2016;107:267-77

3. *Clin Ter.* 2021;171:e8-e15

Prof. Francesco Inchingolo

**Dipartimento Interdisciplinare di Medicina
Università degli Studi di Bari "Aldo Moro", Bari**





Curiosando...in PubMed

- **Oestrogen actions contribute to female gender-specific risks in the development of lung carcinoma**

J Steroid Biochem Mol Biol. 2021;208:105786.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33189851/>

Questa *review* raccoglie lavori recenti che identificano il ruolo degli estrogeni nell'inizio e nella progressione del carcinoma polmonare e come questi due processi siano influenzati in modo differenziale dagli estrogeni circolanti sia nelle donne che negli uomini. Gli estrogeni circolanti possono essere un fattore di rischio significativo nella suscettibilità delle donne al carcinoma polmonare e forniscono anche un approccio aggiuntivo per una terapia più mirata.

- **Gonadal hormone-independent sex differences in GABA A receptor activation in rat embryonic hypothalamic neurons**

Br J Pharmacol. 2020;177:3075-3090.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32133616/>

La differenziazione sessuale del cervello è mediata dagli ormoni gonadici durante lo sviluppo embrionale, in un lasso di tempo chiamato "periodo critico". In questo studio, gli autori indagano sulle differenze dipendenti dal sesso in risposta al recettore GABA in neuroni ipotalamici immaturi. I risultati dello studio dimostrano che i neuroni ipotalamici maschili e femminili immaturi, coltivati prima dell'esposizione all'ormone e della mascolinizzazione del cervello, rispondono diversamente al GABA. Gli autori concludono che queste differenze probabilmente si basano su background genetici sessuali, indipendenti dall'ambiente degli ormoni sessuali.

- **Sex-related differences in drugs with anti-inflammatory properties**

J Clin Med. 2021;10:1441
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33916167/>

Crescenti evidenze dimostrano che le donne hanno un rischio significativamente più elevato di sviluppare effetti avversi all'azione dei farmaci antinfiammatori. Tuttavia, la consapevolezza da parte dei clinici delle implicazioni di queste differenze di sesso sul dosaggio e sul monitoraggio degli eventi avversi nella pratica clinica, ha ancora bisogno di miglioramenti. Gli autori revisionano la letteratura valutando le differenze di sesso in termini di farmacocinetica e farmacodinamica dei farmaci antinfiammatori.

- **Sex-tailored pharmacology and COVID-19: next steps towards appropriateness and health equity**

Pharmacol Res. 2021;25:105848.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34454035/>

Sebbene siano stati testati più farmaci tra cui anticoagulanti, glucocorticoidi, antivirali, agenti antinfiammatori e preparati della medicina tradizionale cinese per trattare i pazienti COVID-19 e siano state osservate differenze in termini di efficacia e sicurezza, informazioni sui diversi effetti, disaggregate per sesso, sono ancora molto limitate. In questa *review* gli autori riportano gli studi clinici attualmente in corso e sottolineano la necessità di analizzare i dati sui farmaci, disaggregati per sesso.

- **Cyclic adenosine monophosphate eliminates sex differences in estradiol-induced elastin production from engineered dermal substitutes**

Int J Mol Sci. 2021;22:6358
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34198681/>

L'incapacità delle cellule adulte di produrre quantità sufficienti di elastina e di assemblare le fibre elastiche in modo funzionale è un problema per la creazione di sostituti della pelle che più si avvicinano alle proprietà della pelle nativa. Gli autori di questo studio esaminano gli effetti degli ormoni sessuali femminili sulla sintesi di elastina da parte di fibroblasti dermici di uomini e donne in sostituti dermici ingegnerizzati, riportandone le differenze. Lo studio evidenzia anche le differenze di genere nel coinvolgimento della via del cAMP nella sintesi dell'elastina.

- **Sex differences between serum total bilirubin levels and cognition in patients with schizophrenia**

BMC Psychiatry. 2021;21:396
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34376171/>

Livelli anormali di bilirubina totale nel siero (TBIL) sembrano essere associati a malattie neuropsichiatriche. Lo scopo di questo studio è investigare l'associazione tra la concentrazione di TBIL nel siero e i deficit cognitivi in pazienti affetti da schizofrenia e indagare su eventuali differenze di sesso. I risultati del lavoro dimostrano che i livelli di TBIL sono più bassi in pazienti maschi con disturbi cognitivi rispetto alle femmine.



Rassegna Stampa

- **Emicrania, un traguardo per l'Italia: è nella top ten per la ricerca**
<https://tg24.sky.it/salute-e-benessere/2021/07/01/italia-ricerca-emicrania>
- **Il cervello e la medicina di genere**
<https://www.rsi.ch/news/oltre-la-news/Il-cervello-e-la-medicina-di-genere-14220573.html>
- **La catena di ospedali che fa dei percorsi di medicina di genere il suo fiore all'occhiello**
<https://forbes.it/2021/07/21/la-catena-di-ospedali-che-fa-dei-percorsi-di-medicina-di-genere-il-suo-fiore-allochiello/>
- **Anca, custom made apre a chirurgia protesica «di genere»**
<http://www.orthoacademy.it/anca-custom-made-apre-chirurgia-protesica-genere/>
- **Puglia, l'agenda di genere della regione in dirittura d'arrivo**
<https://www.oltrefreepress.com/puglia-lagenda-di-genere-della-regione-in-dirittura-darrivo/>
- **G20 Salute: Sabbadini (W20): "Sviluppare medicina di genere e vaccini per tutti"**
https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=97980
- **Sanita' : "Uguali ma Diverse", l'importanza di un approccio di genere per una cura adeguata**
<https://www.rennews.it/primo-piano/2021/09/06/sanita-uguali-ma-diverse-limportanza-di-un-approccio-di-genere-per-una-cura-adequata/>
- **"La salute del caregiver". Dalle agevolazioni al sostegno: ecco i diritti di chi assiste**
<https://www.difesapopolo.it/Mosaico/La-salute-del-caregiver--Dalle-agevolazioni-al-sostegno-ecco-i-diritti-di-chi-assiste>
- **Medicina e farmacologia di genere, il progetto vincitore del X Concorso Ammi**
<https://www.lecodelsud.it/medicina-e-farmacologia-di-genere-il-progetto-vincitore-del-x-concorso-ammi>
- **Sei 'assi d'azione' per promuovere la parità di genere: la Regione approva l'Agenda di Genere**
<https://www.baritoday.it/politica/agenda-genere-azioni-parita-regione-puglia.html>
- **Salute, "Donne protagoniste" preparano Manifesto proposte a governo**
<https://www.askanews.it/cronaca/2021/09/15/salute-donne-protagoniste>
- **L'esercizio fisico può ridurre di molto l'ansia ma con differenze di genere**
<https://www.tagmedicina.it/2021/09/15/lesercizio-fisico-puo-ridurre-lansia-differenze-genere/>
- **Dolore cronico: in Italia ne soffre 1 persona su 5. Passano oltre 5 anni per la diagnosi**
<https://www.panoramasanita.it/2021/09/21/dolore-cronico-in-italia-ne-soffre-1-persona-su-5-passano-oltre-5-anni-per-la-diagnosi/>
- **I misteri e gli arcani della vita prenatale. Chi siamo prima di nascere?**
<https://www.politicamentecorretto.com/2021/09/21/i-misteri-e-gli-arcani-della-vita-prenatale-chi-siamo-prima-di-nascere/>
- **La medicina di genere al centro di un convegno a Cona**
<https://www.ausl.fe.it/home-page/news/la-medicina-di-genere-al-centro-di-un-convegno-a-cona>
- **Vibo punto di riferimento per la medicina: convegno nazionale alla presenza degli studenti (VIDEO)**
<https://www.zoom24.it/2021/09/27/vibo-punto-di-riferimento-per-la-medicina-convegno-nazionale-alla-presenza-degli-studenti-video/>
- **Patologie reumatologiche e impatto sulla donna, due studi dell'ASST Gaetano Pini-CTO fanno il punto**
<https://www.pharmastar.it/news/orto-reuma/patologie-reumatologiche-e-impatto-sulla-donna>
- **Sperimentazione e medicina di genere: nei trial 8 su 10 sono uomini**
<https://www.fondazioneveronesi.it/magazine/articoli/da-non-perdere/sperimentazione-e-medicina-di-genere-nei-trial-8-su-10-sono-uomini>
- **"Ambiente, oncologia e differenze di genere" nella quinta giornata di formazione sulla medicina di genere**
<http://www.lametino.it/Ultimora/ambiente-oncologia-e-differenze-di-genere-nella-quinta-giornata-di-formazione-sulla-medicina-di-genere.html>

"Una bambina senza testa" di Antonella Santuccione Chadha e Maria Teresa Ferretti. (Edizioni Mondo Nuovo, disponibile in tutte le librerie e sui maggiori circuiti online)

Questo libro ha lo scopo di esplorare la malattia mentale e del cervello e scoprire le differenze che esistono tra uomini e donne. È un buon libro di scienza e umanità.





Eventi e corsi in Italia

- III Convegno Regionale di Medicina di Genere
"Ripartiamo dalla SARS-CoV-2 per l'appropriatezza delle cure"
Campobasso, 9 ottobre 2021
Per informazioni:
<https://www.ordinedeimedici.cb.it/eventi/iii-convegno-regionale-di-medicina-di-genere-ripartiamo-dal-covid-19-per-l-appropriatezza-delle-cure/>
- III Convegno AIDM Nord Italia
**"Le cure termali nel terzo millennio
Le cure termali, dolore, benessere e bellezza"**
Salsomaggiore Terme, 16 ottobre 2021
Per informazioni:
http://donnemedicomodena.org/eventi/cure_termali.pdf
- Webinar
"Approcci innovativi in oncologia con sguardo di genere"
14 Ottobre 2021
Per informazioni:
<https://www.events-communication.com/event/oncologia-sguardo-genero/>
- 75° Congresso Nazionale SIAARTI-ICARE 2021
16 ottobre: **"Long Covid: una nuova sfida per la medicina di genere?"**
Roma, 14-16 ottobre
Per informazioni:
<https://www.icarecongress.com/>
- 14° Congresso nazionale SIAMS
"Fitness and General Health"
Bologna 21/23 ottobre, 2021
Per informazioni:
<https://www.siams.info/xiv-congresso-nazionale-siams-bologna-21-23-ottobre-2021/>
- Webinar Azienda Sanitaria Locale di Biella
"L'approccio basato sulle evidenze di sesso e genere in medicina e nella professioni della cura"
28 ottobre 2021
Per informazioni:
<https://register.gotowebinar.com/register/3562278453577580813>
- Webinar Regione Umbria Medicina di Genere
"Differenze di genereperchè?"
18 novembre 2021
Tutte le informazioni saranno disponibili su:
<https://www.villaumbra.gov.it/>
Per informazioni sul Webinar scrivere a:
laura.vescovi@villaumbra.gov.it
- Convegno AIS-Sociologia della salute della medicina
"Personalizzazione della cura e partecipazione dei cittadini nella società digitale sindemica"
19 novembre 2021: **"Differenze di genere nel processo di cura. Dalla ricerca all'applicazione terapeutica"**
Bertinoro (Forlì), 18-20 novembre 2021
Per informazioni:
<https://www.ais-sociologia.it/evento/personalizzazione-della-cura-e-partecipazione-dei-cittadini-nella-societa-digitale-sindemica-2/>
- Congresso nazionale AIDM 2021 (Celebrazione del centenario dalla nascita dell'A.I.D.M.)
"Differenze di genere nelle fragilità: le malattie croniche"
Roma, 3-4-5 dicembre 2021
Tutte le informazioni saranno disponibili su
<https://www.donnemedico.org/>

Eventi Internazionali

- 7th Conference of the American Physiological Society
New trends in sex and gender medicine
19-22 Ottobre 2021
<https://www.physiology.org/professional-development/meetings-events/new-trends-in-sex-and-gender-medicine?SSO=Y>
- The Global Conference on Women and Gender
"Community, Care, and Crisis"
Christopher Newport University, USA, 17-19 Marzo 2022
<https://cnu.edu/gcwg/>
- 32° International Congress of Medical Women's International Association – MWIA
"Young women young doctors: our inspiration our future"
Taiwan, 24-26 giugno 2022
<https://www.mwia2022.net/>
- Save the date
10th Congress of the International Society of Gender Medicine
Italia, 15-16 Settembre 2022

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 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>
- E' attivo il Corso ECM FAD da 10,4 crediti per gli iscritti FNOMCeO **"Salute di Genere"**, organizzato da FNOMCeO, Coordinatore: prof.ssa Teresita Mazzei.
Tutte le informazioni sono disponibili su:
<https://portale.fnomceo.it/la-salute-di-genere-per-il-nuovo-corso-fad-di-fnomceo/>

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/medicinadigenereISS/>



Istituzione del GISEG-Consorzio Sud: *task force* per superare le disuguaglianze

Lo scorso 21 aprile 2021 è stato costituito Il Gruppo GISEG-Consorzio Sud, con l'obiettivo di proporre, nella programmazione sanitaria, progetti che prevedano la definizione di percorsi di appropriatezza ed equità per affrontare le sfide legate al superamento delle disuguaglianze di genere. Questi programmi saranno sviluppati in collaborazione con istituzioni, enti e società scientifiche di tutte le Regioni italiane.

La Società Scientifica GISEG (Gruppo Italiano Salute e Genere), fondatrice della rete italiana di Medicina di Genere insieme all'Istituto Superiore di Sanità e al Centro Studi Nazionale di Medicina di Genere, in considerazione del rilevante interesse per il Sud evidenziato dalle Istituzioni nel "Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza", ha valutato l'opportunità di istituire una *task force* operativa nelle regioni del sud per la diffusione e l'applicazione della Medicina di Genere.

Questa *task force*, in considerazione della disomogeneità nella programmazione sanitaria esistente nelle diverse regione italiane, si propone di coinvolgere i rappresentanti delle Regioni meridionali, confrontando le differenze esistenti in Italia, al fine di raggiungere un'omogeneità di interventi attraverso la costruzione di percorsi condivisi, l'utilizzo di comuni indicatori di salute e la omogenea interpretazione dei dati, per garantire equità e appropriatezza delle prestazioni erogate dal Servizio Sanitario Nazionale.

L'istituzione del GISEG-consorzio sud è perfettamente in linea con la Legge n.3 art.3 del 2018, ed il relativo Piano Attuativo, che si propongono di fornire un indirizzo coordinato e sostenibile per la diffusione della Medicina di Genere in modo omogeneo sul territorio nazionale.

Composizione della *task force* GISEG-consorzio sud

La *task force* è costituita dalle esperte in Medicina di Genere Anna Maria Moretti (Presidente Nazionale della Società Scientifica GISEG, referente della Regione Puglia), Maria Gabriella De Silvio (Vicepresidente GISEG, referente della Campania e coordinatore MDG-SIGO), Caterina Ermio (Comitato Scientifico GISEG, referente della Calabria e responsabile MDG-AIDM), Cecilia Politi (Comitato Scientifico GISEG, referente del Molise e responsabile MDG-FADOI), tutte referenti per le Regioni del Sud nel Tavolo Tecnico dell'ISS.

Prof.ssa Anna Maria Moretti
Presidente GISEG

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.