

Medicina di Genere Newsletter

Medico di Medicina Generale e Medicina genere-specifica

Da più di un decennio la Società Italiana di Medicina Generale (SIMG) può vantare un impegno costante nella divulgazione di una cultura medica genere-specifica attraverso molteplici collaborazioni, pubblicazioni e progetti. Questo a testimonianza della dedizione con cui SIMG si impegna a promuovere una visione complessiva del paziente, attraverso conoscenze medico-scientifiche inserite in un adeguato contesto sociale, culturale e religioso allo scopo di concepire la migliore modalità di cura e per garantire un'adeguata assistenza specifica per uomini e donne.

SIMG si è impegnata a sostenere come società scientifica la ricerca genere-specifica nell'ambito della Medicina Generale anche attraverso collaborazioni esterne, e a divulgare una cultura medica di genere attraverso la rivista SIMG, il sito ed in numerose relazioni a congressi, permettendo così di porre un accento costante sulle problematiche genere-specifiche.

Tutto questo allo scopo di contribuire a sopperire ad una carenza presente nel panorama scientifico ponendo l'attenzione sulla selezione equa del campione, sulle differenze di incidenza e caratteristiche delle patologie nei due sessi, sulle differenti modalità diagnostiche, di prevenzione e di percezione di salute, ma anche riguardo la terapia farmacologica, in particolare sull'efficacia e sugli effetti collaterali.

Numerose e di rilievo sono state le collaborazioni a cui SIMG ha potuto fornire il proprio contributo, in particolare con il Ministero della Salute, attraverso la Commissione Salute della Donna e la stesura dei Quaderni di Genere, ma anche con FNOMCeO nel Gruppo di Lavoro sulla Medicina di Genere.

SIMG vanta inoltre con orgoglio la paternità del "Progetto Viola", nato allo scopo di sensibilizzare cittadini e medici sulla problematica della violenza domestica, ma soprattutto sulla necessità di saper sospettare e riconoscere precocemente situazioni di violenza e di discriminazione di genere.

Il Medico di Medicina Generale (MMG) dovrà agire in un'ottica genere-specifica nelle sue attività di presa in carico dei pazienti durante tutto il loro ciclo di vita.

Indice

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

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

(art. 32 della Costituzione italiana)

Di particolare rilievo il compito di promuovere uno stile di vita sano per ridurre il rischio cardiovascolare con la consapevolezza di quanto i fattori di rischio impattino in maniera diversa nei due sessi. E' noto come l'incidenza di fumo, diabete ed eventi cardiovascolari sia maggiore negli uomini, ma è di estrema importanza agire sui fattori di rischio anche sulle donne alla luce del fatto che per loro il fumo è risultato essere maggiormente dannoso come causa di malattie cardiovascolari e respiratorie. La malattia cardiovascolare inoltre viene considerata di pertinenza tipicamente maschile, nonostante l'evidenza che le donne abbiano una prognosi peggiore con un maggior numero di eventi fatali: per questo motivo il MMG dovrà essere particolarmente attento, visto che spesso la diagnosi di malattia cardiaca è ritardata o sottostimata poiché si manifesta con sintomi atipici come dispnea, affaticabilità, ansia e dolore addominale.

Nella prevenzione sarà molto importante sensibilizzare i giovani all'uso dei sistemi di

protezione per le malattie sessualmente trasmissibili e contemporaneamente sorvegliare sull'utilizzo di farmaci e sull'esecuzione di indagini diagnostiche potenzialmente embriotossiche in donne che non adottino un'adeguata contraccezione.

Nell'ambito della prevenzione attuabile in Medicina Generale si inserisce inoltre la valutazione della salute dell'osso, a partire dall'adolescenza stimolando corretti stili di vita per garantire un adeguato picco di massa ossea, nella donna in menopausa, negli uomini con particolare attenzione al rischio di osteoporosi secondaria e infine nell'anziano allo scopo di prevenirne le cadute che possono determinare un aumento della morbilità e perdita di autonomia.

Nell'era della medicina personalizzata risulta imprescindibile la comprensione delle differenze tra uomini e donne al fine di promuovere una modalità di prevenzione, assistenza e cura della persona attraverso un'ottica genere-specifica.



Dott.ssa Raffaella Michieli

**Segretario Nazionale SIMG
Responsabile Nazionale
Area Salute Donna e
Medicina genere-specifica
SIMG**

A cura della Prof.ssa Adriana Maggi

Le donne hanno un rischio del 50% superiore agli uomini di effetti collaterali nell'assunzione di farmaci; un fenomeno non semplicemente legato al dosaggio o al fatto che le donne negli ultimi anni di vita assumono un numero di farmaci generalmente superiore a quello dei maschi e neppure a fattori comportamentali (fumo, tipo di lavoro o altro). La spiegazione più probabile di questo fenomeno è dovuta al fatto che la gran parte dei farmaci è stata studiata e sviluppata in soggetti di sesso maschile ignorando le enormi differenze fisiologiche e di predisposizione a malattie tra i due sessi scoperte solo molto di recente.

Considerando che il fegato è il principale responsabile per il metabolismo dei farmaci, i nostri studi sono stati concentrati sulle differenze sessuali in questo organo. Il fegato è un organo altamente differenziato in relazione al sesso: studi di trascrittomici hanno dimostrato che il 72% dei geni sono espressi in modo sesso-specifico (negli altri organi tale percentuale varia dal 14 al 68%). Le differenze maggiori sono state osservate nell'espressione di geni per proteine importanti per il metabolismo di xenobiotici (diversi citocromi P450 o enzimi quali sulfotrasferasi e ossidoreduttasi importanti anche nel metabolismo dei farmaci), ma anche per proteine associate al trasporto e metabolismo di acidi grassi, steroidi e aminoacidi. Queste differenze metaboliche sono ben conservate nei mammiferi dove maschi e femmine utilizzano le fonti energetiche secondo strategie diversificate; i soggetti di sesso femminile hanno più capacità di assorbire acidi grassi e di metabolizzarli, di produrre le proteine del trasporto di lipidi e colesterolo (HDL, VLDL) e, a differenza dei maschi, le femmine sono molto parsimoniose dal punto di vista energetico: per esempio in caso di breve digiuno il fegato di animali maschi cessa la sintesi di molecole di deposito, mentre la femmina continua a sintetizzare lipidi utilizzando aminoacidi per continuare nell'accumulo di depositi di energia a lungo termine.

Queste differenze metaboliche possono spiegare risposte sesso-specifiche ai farmaci dovute a un metabolismo sessualmente diversificato, tuttavia la domanda da porsi è quale sia il significato biologico di tutto questo e perché l'evoluzione della specie abbia favorito una così profonda

diversificazione funzionale del fegato di maschi e femmine.

In tutti gli organismi animali il fegato, l'organo metabolico per eccellenza, è sempre stato in una stretta relazione funzionale con gli organi riproduttivi per assicurare che la riproduzione avvenisse in relazione alla disponibilità di cibo evitando che genitori e figli si trovassero in una competizione mortale in caso di risorse energetiche limitate. Negli ovipari, il fegato produce le proteine essenziali per la maturazione dell'uovo solo se stimolato da aminoacidi e estrogeni: in questo modo la fertilità è assoggettata alle disponibilità energetiche. È immaginabile che nei mammiferi di sesso femminile tale rapporto tra fegato e apparato riproduttivo si sia intensificato a causa dell'aumento di richieste energetiche necessarie per assecondare non più solo l'ovulazione, ma anche il completo sviluppo dell'embrione e l'allattamento dei neonati. È concepibile quindi che nel corso dei circa 200 milioni di anni dalla comparsa dei mammiferi sulla terra il fegato femminile abbia acquisito meccanismi di regolazione e strategie per il metabolismo dei nutrienti (e xenobiotici) progressivamente sempre più lontani da quelli maschili che, in mancanza di cambi nella strategia riproduttiva, non hanno subito particolari pressioni evolutive.

Considerando il ruolo del metabolismo epatico in patologie metaboliche, ma anche dell'apparato cardio-vascolare, del sistema nervoso centrale o del sistema immunitario, una maggiore comprensione delle origini e conseguenze del dimorfismo sessuale epatico è indispensabile dal punto di vista medico e terapeutico. L'utilizzo di una chiave di interpretazione evolutivista può facilitare tali studi.

Zopf Y *et al.* Eur J Clin Pharmacol (2008)

Prof.ssa Adriana Maggi
Professore Ordinario di
Farmacologia
Università degli Studi di
Milano



Differenze di genere nella risposta alla terapia con aspirina

A cura della Dott.ssa Immacolata Ambrosino

Le malattie cardiovascolari rappresentano ancora la principale causa di mortalità e morbilità in entrambi i sessi. Nella donna, con un ritardo di 10 anni rispetto all'uomo, il rischio si presenta intorno ai 60 anni, dopo la menopausa, con il drastico calo degli estrogeni.

L'acido acetilsalicilico, comunemente detto aspirina, è uno degli antiaggreganti maggiormente utilizzati nei pazienti che hanno avuto un evento cardiovascolare, quindi esso viene ampiamente usato in prevenzione secondaria. L'utilizzo dell'aspirina, invece, risulta essere ancora controverso in prevenzione primaria, soprattutto nelle donne.

Molti studi evidenziano che l'aspirina esplica una maggiore azione antitrombotica negli uomini rispetto alle donne, nelle quali in menopausa, per il brusco calo degli estrogeni, si realizza un'iperattività piastrinica. Già nel 1983 è stata evidenziata una differenza nei due sessi, sia nel topo che nell'uomo, per quanto riguarda le caratteristiche farmacocinetiche dell'aspirina dal momento che ci sono delle differenze nei due sessi sia per il numero delle piastrine, maggiore nelle donne, che per l'aggregazione piastrinica. Nelle donne l'aspirina viene assorbita più rapidamente, distribuita in un volume apparente più grande e idrolizzata più velocemente; inoltre in esse si verifica più comunemente la resistenza all'aspirina, cioè una maggiore reattività piastrinica con conseguente aumentato rischio di eventi tromboembolici.

Inoltre, in prevenzione primaria nelle donne più frequentemente rispetto agli uomini si manifesta un maggior numero di effetti collaterali da aspirina, in particolare ictus emorragici e sanguinamenti. Per tale motivo l'uso dell'aspirina in prevenzione primaria continua ad essere controverso e rappresenta un argomento fortemente dibattuto tra le principali linee guida internazionali, perché il rapporto rischio/beneficio risulta essere incerto o addirittura sfavorevole (maggiore rischio di sanguinamento) soprattutto nelle donne. Diversi sono stati gli studi che hanno valutato l'utilizzo dell'aspirina in prevenzione primaria, con particolare attenzione alle donne.

Nel *Women's Health Study*¹ è stata valutata l'efficacia e la sicurezza dell'aspirina in 39.876 donne sane ≥ 45 anni che sono state randomizzate a ricevere 100 mg di aspirina o placebo e sono state monitorate per 10 anni. È emerso che nelle donne l'aspirina non riduce il rischio di infarto miocardico, ma riduce il rischio di ictus nella fascia di età oltre i

65 anni. Inoltre non sono state evidenziate differenze nell'incidenza di ictus emorragico tra i due sessi, ma nelle donne risulta aumentato di 1,4 volte il rischio di sanguinamenti gastrointestinali.

La metanalisi dell'*Antithrombotic Trialists Collaboration*² di 6 trials randomizzati in prevenzione primaria (per un totale di 95.000 soggetti reclutati) ha mostrato una riduzione significativa di eventi coronarici maggiori negli uomini, ma non nelle donne.

In un più recente *trial*³ che ha valutato gli *outcomes* clinici a 30 giorni in 10.010 pazienti (di cui il 47% donne) randomizzati al trattamento con aspirina o placebo prima di un intervento chirurgico e nel post-operatorio è emerso che l'uso dell'aspirina, nelle donne, non è associato ad una riduzione di morte o infarto miocardico, ma aumenta il rischio di sanguinamento.

Al contrario in prevenzione secondaria i benefici dell'aspirina sono ben documentati in entrambi i sessi, infatti essa riduce la mortalità e/o nuovi eventi cardiovascolari in pazienti con evidenza di pregressa malattia cardiovascolare. L'uso dell'aspirina, in prevenzione secondaria, non risulta associato ad un incremento significativo del rischio di sanguinamento (ictus emorragico) in entrambi i sessi. Tuttavia, nonostante questi dati le donne con malattia coronarica sono ancora meno trattate rispetto agli uomini (62,4% vs 75,6% $p < .001$) con un notevole incremento sulla morbilità e mortalità. Risulta, quindi, necessaria una maggiore sensibilizzazione a trattare le donne con aspirina per la prevenzione secondaria di eventi cardiovascolari.

In conclusione per quanto concerne l'utilizzo dell'aspirina in prevenzione primaria non si è ancora riuscito a definire in maniera univoca il suo uso soprattutto nelle donne. Sono pertanto necessari ulteriori *trials* allo scopo di individuare una più adeguata stratificazione del rischio, tenendo conto delle differenze di genere circa il rapporto rischio/beneficio dell'aspirina sulla prevenzione degli eventi cardiovascolari.

1 Ridker PM *et al.* N Engl J Med (2005)

2 Baigent C *et al.* Lancet (2009)

3 Devereaux PJ. *et al.* Lancet (2009)

**Dott.ssa
Immacolata Ambrosino
Geriatra
Specialista ambulatoriale
ASL Ba DSS 13**





L'Associazione Italiana Donne Medico (AIDM), costituita nel 1921, è una Società Scientifica apartitica ed aconfessionale che fa parte della Federazione delle Società Medico-Scientifiche Italiane ed è in possesso della Certificazione di qualità. E' attualmente presieduta dalla Dott.ssa Caterina Ermio, Direttore f.f. dell'UOC di Neurologia del Presidio Ospedaliero di Lamezia Terme (CZ).

Gli scopi statuari dell'AIDM riguardano la promozione della Salute e della Professione Medica al femminile, per contribuire a smussare le ineguaglianze di genere che persistono nell'approccio clinico, nella ricerca scientifica e farmacologica, nell'approccio terapeutico e nello svolgimento della professione medica, ivi inclusi gli aspetti economici ed organizzativi.

AIDM è *provider* del Ministero della Salute ed organizza corsi e convegni ECM su tutto il territorio nazionale, per promuovere la formazione scientifico-culturale in campo sanitario nell'ambito principale della Medicina genere-specifica.

Coopera inoltre con la Comunità Europea, il Ministero della Salute, l'Istituto Superiore di Sanità, la Commissione Medicina di Genere della FNOMCeO, le Regioni, le Aziende Sanitarie, gli Organismi e le Istituzioni pubbliche, per l'elaborazione di *trials* di studio, di linee guida, di programmi sanitari, nel rispetto della legislazione vigente.

L'Associazione Nazionale si dirama in 56 Sezioni Provinciali, ciascuna con un proprio Consiglio Direttivo e sede legale presso il domicilio della Presidente di Sezione in carica, i cui compiti attengono alla progettazione territoriale, con ricadute anche sulle attività regionali, interregionali e nazionali.

AIDM rappresenta a livello nazionale la *Medical Women's International Association* (MWIA), Organizzazione Internazionale non governativa fondata a New York nel 1919, che rappresenta i medici donna di tutti i continenti, con 90 nazioni aderenti e sede legale internazionale a Ginevra.

MWIA è una delle prime Organizzazioni Professionali a livello internazionale che si occupano di salute: a tale scopo, collabora con WHO, ECOSOC, UNICEF nella progettazione internazionale ed è uno dei membri fondatori di *Council for International Organization of Medical Sciences* (CIOMS).

L'Associazione presenta una struttura organizzativa

piramidale molto complessa che fa capo ad un Consiglio Internazionale, il cui attuale presidente è la Prof.ssa Bettina Pfleider, radiologa dell'Università di Münster, e si divide in 8 Regioni geografiche: *North America, Latin America, Western Pacific, Northern Europe, Central Europe, Southern Europe, Central Asia, Africa*.

AIDM, che fa parte della regione del *Southern Europe*, ha l'onore di presiedere le attività di quest'area geografica nella persona della Dott.ssa Antonella Vezzani, responsabile della Terapia intensiva cardiocirurgica dell'AOU di Parma.

Tra le sue tante attività, il MWIA ha recentemente aperto una *Survey* internazionale sulle molestie sessuali nei luoghi di lavoro delle donne medico (#medtoo), i cui risultati saranno presentati al Congresso Nazionale AIDM a Palermo dal 27 al 29 aprile 2018.

L'appartenenza delle donne medico all'Associazione è basata sulla condivisione di obiettivi, interessi e progetti comuni in ambito di Medicina di Genere e di professione medica al femminile: la multidisciplinarietà, l'interdisciplinarietà e l'appartenenza delle Socie a realtà socio-sanitarie variegata rappresentano il punto di forza "funzionale", grazie alla fattiva ed ottimale programmazione delle attività statuarie, rappresentando un'occasione impareggiabile di collaborazione, confronto, arricchimento ed apertura degli orizzonti culturali.

L'enorme e proficua attività svolta dalle sezioni italiane, mediante la costante collaborazione con le istituzioni sanitarie, le Università e le altre Società genere-specifiche, ha portato alla nascita di corsi specifici sulla Medicina di Genere anche nei percorsi di studio delle facoltà sanitarie, ivi comprese le diverse aree di specializzazione scientifiche e ha consentito nel corso degli ultimi 10 anni di dare una decisa accelerazione agli studi di Medicina di Genere.

Dott.ssa Caterina Ermio
Presidente Nazionale AIDM
Dir. f.f. UOC Neurologia
Ospedale Giovanni Paolo II
Lamezia Terme (CZ)



Alcuni spunti interessanti e non banali

Un'indagine

Il Gruppo di Studio "Internal Medicine Assessment of Gender differences in Europe (IMAGINE)" della Federazione Europea di Medicina Interna ha lo scopo di studiare le differenze legate al genere nell'insorgenza e sviluppo, diagnosi e trattamento delle malattie in Medicina Interna.

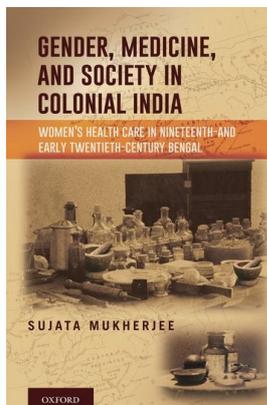
Nonostante la crescente evidenza che il sesso di una persona è uno dei modulatori più importanti del rischio di malattia e della risposta al trattamento, la considerazione del sesso del paziente nel processo decisionale clinico (compresa la scelta di test diagnostici, farmaci e altri trattamenti) è spesso carente. Ciò è singolare dato il crescente interesse per la medicina di precisione, che dovrebbe iniziare con un'attenzione particolare alle differenze di sesso e di genere del paziente. Infatti, una medicina basata sull'evidenza del sesso e dell'orientamento di genere potrebbe portare a un significativo miglioramento delle conoscenze mediche e ad un considerevole progresso della pratica clinica.

Per questi motivi IMAGINE WG ha lanciato un sondaggio con l'obiettivo di esplorare la consapevolezza degli aspetti legati al genere/sesso nella pratica clinica. Il sondaggio non dovrebbe richiedere più di 5-7 minuti e la tua risposta rimarrà anonima.

link: <https://goo.gl/forms/MYcLid6YBTYIDq8w1>

Ti saremmo molto grati se riuscissi a trovare il tempo per partecipare al sondaggio e per diffonderlo tra i tuoi colleghi.

Un libro



Gender, medicine and society in colonial India
Women's Health Care in Nineteenth- and Early Twentieth-Century Bengal
Oxford University Press
Sujata Mukherjee

Questo libro è il primo nel suo genere che interfaccia la medicina e il genere nell'India coloniale; si basa su fonti primarie non utilizzate finora; fa luce sulle terapie mediche locali pre-coloniali e sull'essere donna medico.

Dott.ssa Emanuela Folco
Segretario Generale Fondazione Giovanni Lorenzini



Differenze di genere e cardiocirurgia

Le cardiopatie rappresentano, insieme alle malattie cerebrovascolari, la prima causa di morte nella popolazione femminile. Le malattie cardiovascolari nei soggetti di sesso femminile presentano numerose peculiarità che ne condizionano le manifestazioni cliniche, il trattamento e i risultati. Numerosi studi hanno focalizzato l'attenzione sull'impatto del fattore genere sui risultati dei singoli trattamenti terapeutici e in particolare hanno estesamente analizzato i risultati della chirurgia cardiaca nei pazienti di sesso femminile. Il primo dato che emerge con chiarezza è rappresentato da una mortalità significativamente maggiore nelle donne sottoposte ad intervento cardiocirurgico rispetto alla popolazione maschile. Nell'intervento di *bypass* aortocoronarico la mortalità dei pazienti di sesso femminile varia tra due o tre volte quella riportata per il sesso maschile¹. I soggetti di sesso femminile arrivano all'intervento chirurgico in una fase più avanzata della malattia e presentano un rischio chirurgico più elevato. Le donne sottoposte ad intervento sono più anziane (età media: donne 67±10, uomini 64±10) e hanno un'incidenza maggiore di ipertensione (donne 85%, uomini 76%), dislipidemia, diabete (donne 46%, uomini 35%), insufficienza renale (1,2 *versus* 0,8%) e insufficienza cardiaca (22% *versus* 16%)².

Le donne arrivano più frequentemente rispetto agli uomini al trattamento chirurgico in condizioni di urgenza. Questo dato è legato ad un ritardo diagnostico. La malattia coronarica, per esempio, si manifesta spesso nella donna con sintomi atipici che possono fuorviare la paziente e il medico dal sospetto di malattia e quindi da una diagnosi corretta.

Anche nella chirurgia valvolare la presentazione dei soggetti di sesso femminile è tardiva. Le donne, soprattutto in età avanzata, conducono spesso una vita sedentaria condizionando un ritardo nella comparsa del sintomo dispnea, più facilmente diagnostico, e una prevalenza del sintomo astenia il cui inquadramento diagnostico appare più complesso. Anche la valutazione ecocardiografica gioca un ruolo fondamentale nel corretto *timing* dell'indicazione chirurgica. La valutazione delle dimensioni delle cavità cardiache e del loro incremento nei pazienti portatori di valvulopatie rappresenta oggi, oltre alla clinica, lo strumento decisionale principale per l'indicazione chirurgica. È importante ricordare che i soggetti di sesso

femminile hanno una dimensione ventricolare più piccola dovuta alla bassa superficie corporea. In questa popolazione quindi l'indicizzazione delle dimensioni del cuore per la superficie corporea diventa un elemento essenziale per consentirci di evidenziare la presenza di un cuore già dilatato dalla malattia anche se i suoi diametri ancora non raggiungono i valori limite considerati per la popolazione generale.

Le casistiche chirurgiche evidenziano inoltre un'importante discrepanza procedurale nel trattamento dei soggetti di sesso femminile. Nella chirurgia coronarica le donne ricevono un minor numero di *bypass* e meno frequentemente viene impiegata l'arteria mammaria interna (donne 81%, uomini 85%)² o in generale una rivascolarizzazione di tipo arterioso. La realizzazione di un minor numero di *bypass* può condizionare una minor completezza della rivascolarizzazione miocardica che insieme al mancato utilizzo dell'arteria mammaria interna priva questi soggetti del vantaggio principale della rivascolarizzazione chirurgica. Anche nella chirurgia valvolare, in particolar modo mitralica, si osservano importanti differenze. La popolazione femminile va incontro più frequentemente ad intervento di sostituzione valvolare rispetto alla conservazione della valvola nativa. La percentuale di donne che riceve una riparazione mitralica è del 73,2% mentre nella popolazione maschile la valvola viene riparata in 89,3% dei pazienti³.

I dati della letteratura fino ad oggi disponibili evidenziano una significativa differenza nelle modalità di trattamento e nei risultati della chirurgia cardiaca tra la popolazione femminile e maschile.

La realizzazione di studi dedicati alla popolazione femminile affetta da cardiopatia e sottoposta a trattamento cardiocirurgico può rappresentare lo strumento corretto per comprendere le caratteristiche specifiche di queste pazienti e migliorarne i risultati del trattamento chirurgico.

1 Lehmkuhl E *et al.* Clin Res Cardiol (2012)

2 Bukkapatnam RN *et al.* Am J Cardiol (2010)

3 Seeburger J *et al.* Thorac Cardiovasc Surg (2013)

Dott.ssa Lucia Torracca
Direttore Cardiocirurgia
Istituto Clinico Humanitas
Rozzano-Milano

L'ANGOLO DELL'OSSERVATORIO

A cura dell'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane

Gli scenari demografici futuri: come evolveranno i rapporti di genere?

Gli scenari demografici futuri forniscono utili elementi che permettono di supportare l'implementazione di politiche e interventi di sanità pubblica ispirati all'approccio di genere. Si pensi a interventi che tengano conto di determinate condizioni legate al genere, come disabilità, osteoporosi, depressione, malattie autoimmuni, ictus etc., più frequentemente presenti nelle donne, o alla diversa suscettibilità farmacologica tra i generi. Modellare piani di Sanità Pubblica in funzione dello specifico *target* di genere (considerandone le differenze biologiche, psicologiche e sociali) può aiutare a ridurre i costi ed aumentare la qualità delle cure. I dati sulla popolazione prodotti dall'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) testimoniano una caratteristica demografica ormai consolidata: la composizione di genere nelle età più avanzate è fortemente sbilanciata verso la popolazione femminile, che gode di una sopravvivenza più elevata. La forma della piramide per età e genere, non solo offre un quadro sintetico dello scenario attuale ma suggerisce il *trend* futuro, su scala nazionale e a livello regionale; per i prossimi anni è, infatti, prevedibile che continui il *trend* attuale di aumento della speranza di vita alla nascita e di slittamento verso l'alto e verso la popolazione femminile. Tra il 2012 e il 2016, infatti, sia uomini che donne hanno guadagnato anni di vita: rispettivamente, la speranza di vita alla nascita per il 2016 è pari a 80,6 anni e 85,0 anni, con un aumento di

+1,0 e +0,6 anni (Tabella 1). Ad oggi, quindi, le donne continuano a vivere più degli uomini.

Proiettando nel futuro la dinamica demografica osservata sino ad ora, si può evincere che nel 2066, secondo le proiezioni dell'Istat, i rapporti di genere si evolveranno come indicato nella tabella 2. Dalle stime si può notare come il *gap* fra i generi sarà particolarmente ampio nella classe di età 75 anni ed oltre, con le donne che continueranno a costituire sempre di più la componente più rappresentata; un fattore da tenere in considerazione, se si pensa alla complessità patologica che tale periodo può rappresentare.

C'è, tuttavia, un dato da sottolineare, ovvero che gli uomini hanno - nel corso degli anni - recuperato, seppur lentamente, lo svantaggio demografico. La causa principale è da ricondurre alla riduzione dei differenziali di mortalità per genere, fenomeno epidemiologico osservato in Italia negli ultimi anni. Le donne, invece, sembrano progressivamente sposare stili di vita meno salutari, che potrebbero far ridurre la forbice della speranza e qualità di vita rispetto agli uomini. A titolo esemplificativo, nel 2015 tra le donne si manteneva stabile la percentuale delle non praticanti alcuna attività sportiva, cresceva la percentuale di consumatrici di alcol e si consolidava l'abitudine al fumo.

Tabella 1 - Speranza di vita (valori in anni) alla nascita e variazioni assolute (valori in anni) per genere- Anni 2012-2016

	Maschi						Femmine					
	2012	2013	2014	2015	2016	Δ 2016-2012	2012	2013	2014	2015	2016	Δ 2016-2012
Italia	79,6	79,8	80,3	80,1	80,6	1,0	84,4	84,6	85,0	84,6	85,0	0,6

Fonte dei dati: Elaborazione su dati Istat disponibili sul sito www.demo.istat.it. Anno 2017

Tabella 2 - Popolazione e variazioni (valori per 100) secondo le previsioni Istat per il 2066 per classi di età e genere - Anni 2016-2066

Classi di età	Maschi			Femmine		
	2016	2066	Δ 2066-2016	2016	2066	Δ 2066-2016
0-15	15,5	13,6	-12,5	13,8	12,4	-10,1
16-25	10,5	9,6	-8,3	9,3	8,7	-6,2
26-44	25,5	21,3	-16,7	24,0	19,2	-20,2
45-64	28,9	25,1	-13,4	28,6	23,9	-16,4
65-74	10,5	12,8	21,9	11,1	12,3	10,6
75+	9,1	17,7	94,7	13,3	23,6	77,6

Fonte dei dati: Elaborazione su dati Istat disponibili sul sito www.demo.istat.it. Anno 2017

Salute e differenze genere-specifiche nei "caregiver" familiari

Con il termine *caregiver* (CG) familiari si intendono tutti i familiari che assistono un loro congiunto ammalato e/o disabile non autosufficiente. Al Senato è presente un testo unificato dei disegni di legge nn. 2048, 2128 e 2266 che prevede, oltre al riconoscimento formale, alcune iniziative per il sostegno e la valorizzazione della figura del CG. Ultimamente, nella Legge di Bilancio 2018 è stato inserito un emendamento con il quale viene definito l'identikit del CG ed istituito un fondo nazionale di 60 milioni di euro in tre anni a sostegno dei CG.

In Italia non esiste un dato ufficiale su quanti siano i CG familiari ma un'indagine dell'Istat del 2011 ha riportato una percentuale pari a circa l'8% della popolazione. Come in tutto il mondo, in Italia i principali CG familiari sono le donne (fino al 75% dei CG) di età compresa tra 45 e 64 anni, che spesso svolgono anche un lavoro fuori casa o che hanno dovuto abbandonare la propria attività per dedicarsi a tempo pieno alla cura di chi non è più autonomo (nel 60% dei casi).

La letteratura scientifica è concorde nel riportare come la qualità di vita dei CG sia inferiore a quella della popolazione generale così come nell'evidenziare l'esistenza di differenze genere-specifiche tra i CG. Infatti rispetto ai CG uomini, le donne CG riferiscono livelli più elevati di carico assistenziale e di depressione associati a livelli più bassi di salute fisica e benessere soggettivo. Inoltre, le donne hanno una percezione maggiore dello stress psicologico e rispondono in modo diverso allo stress. Il premio Nobel per la medicina Elisabeth Blackburn ha dimostrato che le donne CG sottoposte ad elevati livelli di stress cronico hanno una ridotta lunghezza dei telomeri, in media equivalente a quella delle donne sottoposte a minor stress ma più anziane di dieci anni, suggerendo una associazione tra stress e invecchiamento precoce¹. Inoltre, è stata riscontrata una maggiore prevalenza di depressione e disturbo dell'ansia nelle donne CG di malati di Alzheimer, rispetto agli uomini

CG². E ancora, le madri di figli affetti da disturbo dello spettro autistico riferiscono un livello più elevato di stress genitoriale e maggiori sintomi di depressione rispetto ai padri³. Si sono riscontrate differenze di genere anche nei servizi di supporto esterno ritenuti necessari dai CG per se stessi, al fine di alleviare il carico assistenziale. Tuttavia, le differenze di genere finora osservate non sono né univoche né solidamente comprovate e ciò può dipendere dalle numerose variabili metodologiche dei diversi disegni di studio, dall'influenza dei fattori socio-culturali e dai cambiamenti in corso nella società. E' perciò importante investire in progetti di ricerca che analizzino il ruolo delle differenze di genere sulla salute dei CG.

Infine, il *caregiving*, se non equamente distribuito nella società, può essere considerato un determinante sociale delle disuguaglianze sanitarie soprattutto di genere, sottolineando l'importanza delle politiche di assistenza pubblica al fine di ridurre le disuguaglianze di salute, specialmente a beneficio delle donne.

L'emendamento accolto nella legge di stabilità 2018 ha il merito di dare un primo riconoscimento formale al CG in Italia, saranno in seguito le Regioni a doverlo attuare con un'equa distribuzione delle risorse per garantire interventi efficaci sulla salute dei CG. L'Istituto Superiore di Sanità, con il Centro di Riferimento per la Medicina di Genere, si propone come interlocutore fondamentale delle Regioni, nel dare il suo importante contributo mediante la ricerca *evidence-based* sulle differenze di genere di salute nei CG.

1 Epel ES *et al.* Proc Natl Acad Sci USA (2004)

2 Sallim AB *et al.* J Am Med Dir Assoc (2015)

3 Dabrowska A *et al.* J Intellect Disabil Res (2010)

Dott.ssa Marina Petrini
Centro di Riferimento
per la Medicina di Genere
ISS



Curiosando...in PubMed

- **Sex differences in the presentation and perception of symptoms among young patients with myocardial infarction: evidence from the VIRGO study (Variation In Recovery: role of Gender on Outcomes of young AMI patients)**

Circulation. 2018 Feb 20;137(8):781-790

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29459463>

In questo studio, gli autori intervistarono 2009 donne e 976 uomini (età 18-55 anni) ricoverati per infarto del miocardio in 103 ospedali statunitensi sulla presentazione e la percezione dei sintomi e l'attenzione alla cura. La presentazione dei sintomi dell'infarto era simile per le donne e gli uomini, con il dolore al petto come sintomo predominante per entrambi i sessi. Le donne presentavano un maggior numero di sintomi aggiuntivi indipendenti dalla presenza di dolore toracico. Le donne meno frequentemente degli uomini riconoscono i loro sintomi come campanelli d'allarme di malattia cardiaca.

- **Gender/sex as a social determinant of cardiovascular risk**

Circulation. 2018 Feb 20;137(8):854-864

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29459471>

Questo articolo illustra in che modo il genere modella l'adozione precoce di stili di vita nell'infanzia, nell'adolescenza e nella giovane età adulta concentrandosi sull'attività fisica, sul bere e sul fumo. E' discusso anche il ruolo del genere nello stress psicosociale e su eventi traumatici (violenza infantile e violenza domestica).

- **Sex differences in asthma: a key role of androgen-signaling in group 2 innate lymphoid cell**

Front Immunol. 2017 Aug 31;8:1069

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28912783>

La prevalenza e la severità dell'asma differisce nei due sessi. Prima dei 10 anni la malattia è più comune nei maschi, ma dopo la pubertà diventa più comune nelle femmine, suggerendo un ruolo per gli ormoni sessuali. In questa review si discute il ruolo degli ormoni sessuali ed in particolare degli androgeni nello sviluppo e nelle funzioni delle cellule linfoidi innate del gruppo 2 che hanno una funzione cruciale nell'insorgenza delle allergie.

- **Estradiol signaling mediates gender difference in visceral adiposity via autophagy**

Cell Death Dis. 2018 Feb 22;9(3):309

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29472585>

L'eccessiva adiposità (in particolare la massa grassa viscerale) aumenta il rischio di sviluppare la sindrome metabolica. Le donne prima della menopausa hanno un deposito di grasso viscerale inferiore rispetto agli uomini e alle donne in post-menopausa. Gli autori di questo studio suggeriscono che tale differenza di genere nella distribuzione del grasso viscerale sia controllata da un asse estradiolo-autofagia. L'adiposità viscerale inferiore nelle femmine (rispetto ai maschi) deriverebbe da un *signaling* più attivo mediato dall'estradiolo che regola l'autofagia e l'adipogenesi.

- **Focused update of sex differences in patient reported outcome measures after stroke**

Stroke. 2018 Mar;49(3):531-535

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29438087>

Questa review conferma che dopo l'ictus le donne sperimentano una peggiore qualità di vita e più frequente depressione, ma non un peggiore deterioramento cognitivo. Queste differenze sono almeno parzialmente spiegate dall'età avanzata delle donne, dalla maggiore gravità dell'ictus e da uno stato di salute meno buono al momento dell'ictus. Viene sottolineata l'importanza di studi che esplorano fattori patogenetici responsabili di queste differenze, in modo che possano essere progettati interventi efficaci per ridurre le disparità di sesso.



4° Congresso Nazionale sulla Medicina di Genere

Il Congresso ha valorizzato attraverso Posters e Comunicazioni Orali i risultati di **giovani ricercatori italiani**: sono stati presentati 55 posters, di cui 9 scelti come comunicazioni orali e sono stati assegnati 3 premi (1000 euro cadauno) ai tre migliori scelti da una commissione di cinque valutatori.

Posters vincitori:

1) **Bevacizumab e cetuximab nel cancro coloretale metastatico in donne e uomini: studio multicentrico retrospettivo in Toscana**

L. Bazzani, E. Terzuoli, S. Giorgi, G. Francini, L. Antonuzzo, F. Di Costanzo, M. Ziche

Il cancro del colon-retto (CRC) è il terzo tumore diagnosticato negli uomini (14% dei tumori), dopo il cancro al polmone e alla prostata e il secondo tra le donne (13%) dopo il cancro al seno. In questo studio multicentrico retrospettivo è stata valutata l'efficacia di cetuximab e bevacizumab in combinazione con la chemioterapia standard nei pazienti con CRC metastatico. I risultati supportano i dati sull'efficacia del bevacizumab e del cetuximab nel trattamento del CRC e evidenziano differenze di genere nella responsività a questi farmaci, che dovrebbero essere prese in considerazione per una terapia personalizzata appropriata.

2) **Storia naturale della cardiomiopatia dilatativa: come il genere femminile influenza gli esiti**

E. Fabris, M. Gigli, P. Naso, C. Lutman C, L. Vitali-Serdoz, G. Barbati, M. Zecchin, M. Merlo, B. Pinamonti, G. Sinagra

In questo studio sono state analizzate possibili differenze cliniche, strumentali, e divergenze prognostiche in donne e uomini con cardiomiopatia dilatativa. E' dimostrato che le donne hanno una miglior prognosi a lungo termine rispetto agli uomini nonostante alcune caratteristiche basali più sfavorevoli e un minor miglioramento clinico-strumentale rispetto agli uomini.

3) **Indice di massa corporea e demenza di Alzheimer: un effetto del genere su metabolismo e connettività cerebrali**

M. Malpetti, A. Sala, E. G. Vanolic, L. Gianollic, L. Luzid, D. Perania

L'obiettivo di questo lavoro è stato esplorare la relazione tra Indice di Massa Corporea (IMC), metabolismo cerebrale a riposo e connettività metabolica in un ampio gruppo di pazienti affetti da demenza di Alzheimer, considerando il genere come variabile d'interesse. Le analisi evidenziano una correlazione positiva tra IMC e metabolismo nelle regioni della corteccia temporo-parietale, significativa solamente nel gruppo delle femmine ($p < 0.008$). In accordo con questa evidenza, l'IMC è associato anche ad una ridotta connettività metabolica nelle regioni del *default mode network* anteriore ($p < 0.001$) e del *saliency network* ($p < 0.001$).



Rassegna Stampa (Gennaio-Marzo)

- **La medicina di genere è legge – Intervista onorevole Boldrini**
<http://www.telestense.it/medicina-di-genere-20180103.html>
- **Medicina, donne discriminate: muoiono di più dopo un infarto**
<http://www.lettera43.it/it/articoli/scienza-e-tech/2018/01/08/medicina-infarto-donne-cura/216964/>
- **A un anno dalla scomparsa convegno dedicato a Nereide Rudas**
http://www.sardegnaoggi.it/Spettacolo_e_Cultura/2018-01-16/38862/A_un_anno_dalla_scomparsa_convegno_dedicato_a_Nereide_Rudas.html
- **Donne all'università: sono più degli uomini ma fanno poca carriera. Atenei ai ripari**
<http://www.corriereuniv.it/cms/2018/01/donne-alluniversita-sono-piu-degli-uomini-ma-fanno-poca-carriera-atenei-ai-ripari/>
- **Malattie cardiache: lo stress è più pericoloso per le donne**
<http://www.healthdesk.it/medicina/malattie-cardiache-stress-pi-pericoloso-donne>
- **BPCO: il rischio si impenna, durante la terza età, nelle donne con artrite reumatoide**
<https://www.pharmastar.it/news/pneumo/bpco-il-rischio-si-impenna-durante-la-terza-et-nelle-donne-con-artrite-reumatoide-25761>
- **Sanità: la medicina di genere riduce i rischi di errore medico e costa meno**
<http://www.meteoweb.eu/2018/01/medicina-di-genere/1036170/>
- **Medicina di genere: pochi stereotipi ma le donne-medico sono più sensibili dei colleghi maschi**
<http://www.lastampa.it/2018/01/29/cronaca/medicina-di-genere-pochi-stereotipi-ma-le-donnemedico-sono-pi-sensibili-dei-colleghi-maschi-84CfQMqHoA4zcY2wLnyOQL/pagina.html>
- **Ricerca indipendente, oltre 400 i progetti per il Bando Aifa 2017**
<http://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2018-02-06/ricerca-indipendente-oltre-400-progetti-il-bando-aifa-2017-174058.php?uuid=AEaZlWvD>
- **Con il 'Centro medicina di genere' Unife fa un passo verso il futuro**
<https://www.estense.com/?p=671118>
- **Pilla, studenti a lezione di prevenzione delle malattie di genere**
http://www.primonumero.it/attualita/news/1518695948_campobasso-pilla-studenti-a-lezione-di-prevenzione-delle-malattie-di-genere.html
- **In 3 minuti la scienza dei divulgatori diventa uno show**
<http://mattinopadova.gelocal.it/padova/cronaca/2018/03/01/news/in-3-minuti-la-scienza-dei-divulgatori-diventa-uno-show-1.16540454>
- **Medicina e questioni di genere, le nuove generazioni sono più consapevoli**
<https://www.futura.news/2018/03/06/medicina-questioni-di-genere/>
- **Differenza di genere, che peso ha sulla sanità e sulla salute?**
http://www.repubblica.it/salute/medicina/2018/03/07/news/differenza_di_genere_che_peso_ha_nella_sanita_-190607935/
- **Verso l'8 marzo/Caregiver, Farindustria: «superdonne» da tutelare e valorizzare**
http://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/lavoro-e-professione/2018-03-07/verso-8-marzocaregiver-farindustria-superdonne-tutelare-e-valorizzare--142306.php?uuid=AE83WYCF&refresh_ce=1
- **"Medicina di genere: parliamone"**
http://www.beniculturali.it/mibac/export/MiBAC/sito-MiBAC/Contenuti/MibacUnif/Comunicati/visualizza_asset.html_1311674848.html
- **In Romagna oltre 34mila donne hanno il diabete": se ne parla in un incontro**
<http://www.ravennatoday.it/salute/in---romagna-oltre-34mila-donne-hanno-il-diabete-se-ne-parla-in-un-incontro.html>
- **Stili di vita corretti, le donne migliori degli uomini**
<https://biella.diariodelweb.it/biella/articolo/?nid=20180312-494273>
- **Si e' costituita la rete regionale degli organismi paritari lucani**
<http://www.regioni.it/dalleregioni/2018/03/14/si-e-costituita-la-rete-regionale-degli-organismi-paritari-lucani-553744/>
- **Boom di adesioni alla giornata di ambulatori aperti a "Moscati", Conte: "Pronti a far partire il Percorso Igea"**
<http://www.irpiniafocus.it/salute/17643-moscati-conte-pronti-a-far-partire-il-percorso-igea>
- **Disforia di genere. Estensione dell'utilizzo di Triptorelina nella pubertà incongruente con l'identità di genere**
http://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=60243
- **Sanità. Cgil, Cisl Uil avviano la raccolta firme per la Regione**
http://www.pagineabruzzo.it/notizie/news/Pescara/84954/Sanit_cgil_cisl_uil_avviano_la_raccolta_firme_per_la_regione.html
- **Depressione: le alterazioni geniche di uomini e donne sono opposte**
<http://www.healthdesk.it/ricerca/depressione-alterazioni-geniche-uomini-donne-sono-opposte>



Eventi Internazionali

- **OSSD 2018 Annual Meeting**
Sex as a biological variable across the lifespan
30 Aprile-3 Maggio 2018, Atlanta, GA, USA
<http://www.ossdweb.org/2018-meeting>
- **Women's Health 2018**
Translating research into clinical practice
4-6 Maggio 2018, Washington, DC
<https://vcu.cloud-cme.com/aph.aspx?EID=5196&P=5>
- **15th NuGOweek**
Mitochondria, Nutrition and Health
3-6 Settembre 2018, Newcastle upon Tyne, United Kingdom
<http://www.nugo.org/nugo-week/nugoweeek-2018/>

Eventi in Italia

- **Southern Europe Regional Meeting of MWIA and XXXVIII AIDM National Congress**
Multidisciplinary approach to chronic illnesses and Gender Difference
Palermo, 27-29 Aprile 2018
<http://www.donnemedico.org/wp-content/uploads/save-the-date.pdf>
- **Convegno "Identità di genere e salute"**
Roma, 5 Giugno 2018, Istituto Superiore di Sanità
<https://www.iss.it/?cat=13>
- **2° Congresso Nazionale Onda**
Verso la medicina genere specifica
"La donna e la coppia dopo l'età fertile. La salute che cambia: prevenzione, stili di vita, fragilità".
Milano, 19-20 settembre 2018
https://www.ondaosservatorio.it/ondauploads/2017/11/PROGRAMMA_14_11.pdf
- **4° Simposio Altoatesino Genderhealth - Medicina di genere**
Donne e uomini nella prevenzione della salute: differenze e conseguenze
Focus: prevenzione della salute
Bolzano, 12 ottobre 2018
http://www.bmv.bz.it/j/files/Gendermedizin_IV_Tagungsprogramm_V2.pdf

- E' iniziato presso l'Università degli Studi di Firenze, Dipartimento di Scienze della Salute per l'anno accademico 2017/2018, la seconda edizione del **Master di II livello in Salute e Medicina di Genere**.
Per tutte le informazioni consultare:
https://www.unifi.it/upload/sub/master/1718/m_dr815_medicina_a_genere.pdf
- 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'Istituto Superiore di Sanità, Centro di Riferimento per la Medicina di Genere, Responsabile scientifico: prof. Walter Malorni; Tutor: dott.ssa Marina Pierdominici. Il Corso organizzato in video-lezioni, affronta la tematica della Medicina Genere-specifica in un'ottica interdisciplinare sia biologica che medica con un'attenzione particolare alle questioni che riguardano l'assistenza sanitaria e gli stili di vita.
<http://www.by-business.com/corsi/ecm/medicina-di-genere-oltre-la-pillola-rosa-e-la-pillola-blu/>
- E' uscito l'ultimo numero della rivista **"Italian Journal of Gender-Specific Medicine" IJGSM 2017;3(2)**
<http://www.gendermedjournal.it/>
- Sono state fissate le date del Corso **"Salute e malattia: le nuove frontiere della medicina"**, organizzato dall'Istituto Superiore di Sanità-Centro di Riferimento per la Medicina di Genere, dalla Società Italiana di Medicina di Prevenzione e degli Stili di Vita (SIMPeSV), e da METIS SRL - Società Scientifica dei medici di medicina generale. Responsabili Scientifici: Dott.ssa Sandra Gessani e Dott. Walter Marrocco. Il Corso è destinato al personale sanitario di enti ed istituzioni sanitarie pubbliche o private interessato alle nuove frontiere della medicina nel campo della prevenzione delle malattie e della cura del paziente.
19-20 Maggio; 16-17 Giugno
Per il programma e per tutte le altre informazioni:
<http://www.iss.it/form/index.php?lang=1&tipo=3&a=corsi>

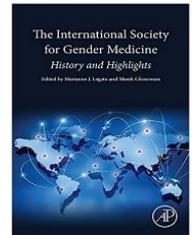
Notizie

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/>



The international society for Gender Medicine: history and highlights

Il libro descrive la storia della Società Internazionale di Medicina di Genere (IGM) attraverso il racconto di 12 autori originari di sette paesi, cinque dei quali fondatori nel 2006 dell'IGM. Gli autori descrivono, secondo la loro personale esperienza, lo sviluppo della Medicina genere-specifica nei rispettivi paesi e ambienti accademici di origine, le loro frustrazioni, i loro successi e risultati mentre promuovono e implementano la visione della Medicina di Genere. Il lettore ha anche la possibilità di conoscere in quale direzione si indirizzerà il futuro della Medicina di Genere. E' un libro per laureati, studenti, professionisti e chiunque sia interessato.



Resoconto Congresso: Medicina di Genere-Nuove Prospettive nella Salute 21 marzo, Milano

Dopo un excursus storico su genere, medicina e salute Antonia Carlino, ginecologa e coordinatrice Donne Cisl Medici, ha sottolineato come la marcia delle pari opportunità passa anche attraverso una proposta culturale di equità delle cure rivolta a quanti fanno medicina e a quanti ne usufruiscono. Approfondendo gli aspetti di genetica e epigenetica delle malattie a più alta incidenza femminile, Paola Matarrese, ricercatrice presso il Centro di Riferimento per la Medicina di Genere dell'ISS, ha portato le ultime novità in tema di disuguaglianze e salute per quanto riguarda le malattie autoimmuni. Mentre sul genere e fattori psicosociali che incidono sulla salute, a cominciare dalla relazione medico-paziente, comunicazione verbale e non verbale ha focalizzato la sua attenzione Fulvia Signani sociologa e psicologa della salute presso l'Università di Ferrara. Le implicazioni economiche connesse a politiche sanitarie inclusive del genere come determinante di salute, sono state esaminate da Filippo Cristoferi, ricercatore di economia sanitaria università Cattolica di Milano. A tali relazioni è seguita una Tavola rotonda su pari opportunità e politiche territoriali della salute, cui hanno dato il loro contributo di esperti: Carolina Pellegrini, Cinzia Frascieri, Barbara Garavaglia e Danilo Mazzacane, portando ciascuno la propria esperienza e il proprio punto di vista in tema di salute e pari opportunità. Ha concluso i lavori PierLuigi Rancati della segreteria Regionale USR Cisl, auspicando che i decisori di salute in Lombardia, possano riconoscere il contributo reale della Medicina di Genere alla salvaguardia intelligente del SSN.

<http://lombardia.cisl.it/notizie/medicina-genere-nuova-frontiera-un-sistema-sanitario-piu-equo-ed-efficiente/>

Dott.ssa Antonia Carlino, Ginecologa, Responsabile Coordinamento Donne Cisl Medici, Lombardia

COMITATO EDITORIALE



Luciana Giordani e Federica Delunardo (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)

REDAZIONE

Luciana Giordani e Federica Delunardo (Istituto Superiore di Sanità-Centro di Riferimento per la Medicina di 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.