

Medicina di Genere Newsletter

La Medicina Genere-specifica come via per l'appropriatezza

Quando, nel 2015, ho deciso di promuovere la nascita del primo Osservatorio sulla Medicina di Genere in seno all'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Bari (OMCeO Bari), avevo ben presente lo sforzo che ogni cambiamento culturale richiede. La medicina Genere-specifica, come modello di appropriatezza di cura, richiede un radicale cambiamento nella mentalità delle istituzioni e dell'opinione pubblica – a partire dalla demolizione del pregiudizio per cui Medicina di Genere equivalga a medicina al femminile - ma anche nell'approccio clinico del medico.

Come innovativa interpretazione della medicina, che studia le differenze e le somiglianze biologiche, psicologiche e sociali tra i sessi e la loro influenza sullo stato di malattia, la Medicina Genere-specifica rappresenta una via importante per ridurre i costi e aumentare contemporaneamente la qualità delle cure (il che attualmente per il nostro Servizio Sanitario equivale a parlare di quadratura del cerchio).

Se l'obiettivo è quello di giungere a garantire a ogni individuo, maschio o femmina, la cura più appropriata, il medico dovrà tener presente nella sua attività quotidiana che, per esempio, il cuore di una donna è diverso da quello di un uomo, che le malattie potranno manifestarsi con sintomi differenti e, soprattutto, che andranno curate in modo diverso. In quest'ottica, la definizione del concetto di genere si amplia e include numerose peculiarità che derivano sia dalla differente anatomia e fisiologia di

uomini e donne, sia dai fattori relativi all'ambiente, alla società, all'educazione, alla cultura e alla psicologia dell'individuo. Pensiamo per un attimo alle ricadute che l'immigrazione, con l'arrivo nel nostro paese di popolazioni provenienti da contesti geografici e culturali profondamente diversi dal nostro, ha avuto sull'attività di molti medici di medicina generale.

A lungo, tuttavia, la scienza medica ha appiattito le differenze considerandole un fattore secondario nello sviluppo di nuove soluzioni farmacologiche e nell'individuazione di trattamenti e forme di prevenzione delle patologie. Lo dimostra, tra l'altro, una tradizione di studi effettuati prevalentemente su pazienti maschi.

La mancata valutazione delle differenze di genere nella salute rappresentano, ad oggi, uno dei principali fallimenti della sanità pubblica e una indubbia urgente sfida per il futuro. Oggi numerosi organismi e istituzioni internazionali (OMS, ONU, FDA, NIH, Commissione Europea) dedicano all'argomento importanti progetti di ricerca e finanziamenti e la letteratura internazionale evidenzia la necessità di una particolare attenzione alle problematiche inerenti la valutazione epidemiologica, le dimensioni psicosociali nonché economiche, senza dimenticare quelle scientifiche e mediche.

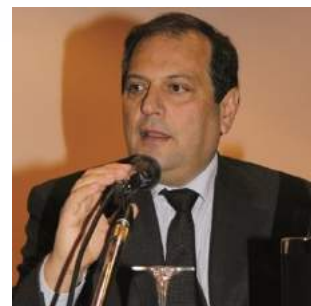
In questo processo di cambiamento, anche i medici devono fare la propria parte. Solo così si può dare concretezza al concetto di centralità del paziente. L'appropriatezza della terapia non è un fattore limitato alla dimensione clinica, ma un aspetto che incide anche sui costi sanitari di gestione. Per questo, in una fase di esiguità di risorse, introdurre il principio della Medicina Genere-specifica nel Sistema Sanitario rappresenta un'opportunità di maggiore efficienza, oltre che di maggior tutela del paziente.

Indice

Focus Scientifico.....	pag 2
Focus clinico.....	pag 3
Occhio sull'Italia.....	pag 4
Occhio sul Mondo.....	pag 5
Approfondiamo.....	pag 6
Quattro domande.....	pag 7
L'Angolo dell'Osservatorio.....	pag 8
MdG è anche.....	pag 9
Curiosando... in PubMed.....	pag 10
Rassegna Stampa.....	pag 11
Eventi & Notizie	pag 12
In evidenza.....	pag 13

Dott. Filippo Anelli

**Vice Segretario
Nazionale FIMMG
Presidente OMCeO Bari**



MICROBIOTA E GENERE NELL'INVECCHIAMENTO UMANO E NELLA LONGEVITÀ

A cura della Prof.ssa Daniela Monti

Gli esseri umani sono dei metaorganismi in cui le comunità batteriche simbiotiche (microbiota), presenti in vari distretti anatomici del corpo, influenzano molte attività fisiologiche e metaboliche dell'ospite. Molte specie batteriche costituiscono un ecosistema complesso e dinamico che interagisce con l'ambiente e con i diversi organi e sistemi del nostro corpo. I microrganismi sono in equilibrio con il sistema immunitario (SI) dell'ospite, che, pur essendo estremamente sensibile a distinguere il *self* dal *non-self*, permette la loro sopravvivenza. L'equilibrio mutualistico tra ospite e microbiota ha importanti implicazioni per la salute, la patogenesi delle malattie e la terapia. Lo studio della composizione e del ruolo del microbiota si è concentrato soprattutto sul microbiota intestinale (GM), essenziale per la sintesi di alcuni nutrienti fondamentali, per la produzione di fattori energetici e per il ruolo centrale nello sviluppo e modulazione del SI. Microrganismi di origine materna colonizzano l'intestino dei neonati immediatamente dopo la nascita e la composizione del microbiota vaginale, il tipo di parto (naturale o cesareo), l'allattamento al seno o artificiale hanno un forte impatto sul GM della prole. Molte evidenze sperimentali suggeriscono come la composizione iniziale del microbiota dei neonati sia fondamentale per lo sviluppo e la funzione post-natale del SI.

Pochi studi hanno esaminato l'associazione tra genere e specifiche comunità di batteri, anche se alcuni rapporti hanno dimostrato come particolari *taxa* siano più abbondanti negli uomini, mentre altri prevalgono nelle donne. Queste differenze potrebbero essere dovute allo stile di vita, a fattori dietetici così come ad abitudini culturali correlate al genere. Alcuni autori hanno osservato che varie comunità microbiche sono sesso-specifiche proponendo il termine «microgenderoma» per definire l'interazione tra microbiota, ormoni e SI.

Alterazioni del GM sono state osservate in malattie come l'obesità, il diabete di tipo 2, la malattia infiammatoria intestinale, la fibromialgia, il carcinoma del colon-retto. La disbiosi, caratterizzata da un aumento dei microrganismi patogeni, favorisce l'attivazione di cellule infiammatorie, determinando un disequilibrio

immunologico che è alla base delle stesse malattie. Le patologie autoimmuni, prevalenti nelle donne, sono associate a particolari profili batterici che contribuiscono all'insorgenza della malattia, perciò chiarire il ruolo del GM e del genere nelle malattie autoimmuni è necessario e urgente. Questa considerazione è rafforzata dalla crescente importanza del GM nell'invecchiamento umano.

L'ecosistema endogeno, unitamente al carico antigenico esterno, rappresenta una forza trainante cruciale per l'omeostasi del SI, perciò le modificazioni del GM che avvengono durante la vita, sono stimoli importanti per l'infiammazione cronica di basso grado (inflammaging), tipica dell'invecchiamento e di numerose malattie età-associate. Una diminuzione della biodiversità della composizione del GM, con una tendenza verso un aumento di batteri potenzialmente patogeni (patobionti) contraddistingue l'invecchiamento. Abbiamo studiato il GM di 24 semi-supercentenari prevalentemente donne (105-110 anni) confrontandolo con quello di centenari (99-104 anni), anziani (65-75 anni) e adulti (20-50 anni) arruolati nella stessa regione, riducendo le differenze dovute alle abitudini alimentari e allo stile di vita. I risultati mostrano l'esistenza di una componente stabile del GM, costituita da specie associate ad un buono stato di salute che diminuisce con l'avanzare dell'età, favorendo la progressiva proliferazione di specie opportunistiche pro-infiammatorie. Al contrario, il microbiota dei semi-supercentenari si arricchisce di microrganismi con azione anti-infiammatoria, immunomodulante e promotori della salute dell'intero organismo. Si tratta del primo studio sul microbiota di soggetti così longevi, che mette in luce il ruolo del GM nella longevità e getta le basi per sviluppare terapie innovative.

Prof.ssa Daniela Monti
Professore Associato
Dipartimento di Scienze
Biomediche Sperimentali e
Cliniche
Università di Firenze



MALATTIE RESPIRATORIE CRONICHE E DIFFERENZE DI GENERE

*A cura della Prof.ssa Annamaria Moretti **

Le malattie respiratorie croniche (MRC) costituiscono uno degli ambiti di indagine più interessanti rispetto alle differenze di genere; infatti numerosi studi evidenziano una “femminilizzazione” di patologie che prima costituivano un primato maschile.

La valutazione di tali differenze nelle MRC è complessa e deve tener conto di numerosi fattori quali differenze anatomiche, ormonali e comportamentali, differente suscettibilità al fumo di sigaretta e alla terapia.

L'apparato respiratorio presenta nei due sessi significative differenze in termini di sviluppo embrionale e di caratteristiche anatomiche e funzionali. Il volume del polmone adulto femminile, a parità di età ed altezza, è inferiore di circa 10% rispetto a quello maschile a causa di una minore dimensione della gabbia toracica, maggiore inclinazione delle coste e minore lunghezza del diaframma. Il numero di alveoli, per unità di territorio, non differisce nei due sessi ma il numero totale degli alveoli e la superficie alveolare totale sono maggiori nel maschio. Gli ormoni sessuali sono probabilmente responsabili di effetti regolatori sullo sviluppo polmonare già in epoca embrionale: androgeni ed estrogeni mostrano rispettivamente effetto inibitorio e stimolante sulla produzione di surfactante in varie specie animali; nella razza umana è documentata una produzione di surfactante più precoce nel sesso femminile.

Le descritte differenze anatomo-strutturali hanno importanti ripercussioni sulla funzionalità respiratoria. A parità di età, Volume Espiratorio Forzato in 1 secondo (FEV1), storia tabagica e quota di enfisema, le donne sperimentano maggiore iper-responsività bronchiale, inferiore capacità di resistenza all'esercizio fisico, maggiore dispnea, punteggio più elevato di depressione e peggiore qualità di vita.

La BroncoPneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) è considerata una patologia tipicamente maschile a causa della maggiore prevalenza di fumatori e di una più frequente esposizione occupazionale ad agenti irritanti, ma l'incremento dell'abitudine tabagica nelle donne e il loro progressivo ingresso nel mondo del lavoro ha portato alla scomparsa di queste differenze.

E' documentata, nel metabolismo del tabacco, una differenza mediata da ormoni nell'espressione e nell'attività degli enzimi del citocromo P450, un aumento del metabolismo della nicotina ed un rallentamento dell'eliminazione dei derivati tossici del fumo.

Gli aspetti radiologici caratteristici delle MRC sono differenti nei due sessi: nel sesso maschile è più frequente la presenza di enfisema polmonare a

differenza di quanto avviene nella donna che presenta un prevalente *remodeling* con ostruzione delle vie aeree periferiche.

Le comorbidità, spesso causa di incremento del numero di ospedalizzazioni, sono più frequenti nel sesso femminile e si manifestano prevalentemente a carico dell'apparato cardiovascolare, respiratorio, osteoarticolare, endocrino, neurologico. Nei paesi meno sviluppati la maggiore frequenza di comorbidità ed una sfavorevole condizione socio-culturale della donna incidono significativamente sui sintomi caratteristici delle MRC inducendo livelli più elevati di dispnea e peggiore qualità di vita.

Nelle donne è documentata una sottostima e sottodiagnosi di BPCO (64% nell'uomo e 49% nella donna) probabilmente a causa di un differente accesso alla diagnostica respiratoria.

Le differenti risposte alla terapia nei due sessi ad oggi non sono sufficientemente indagate, ma sono documentati una diversa biodisponibilità dopo somministrazione sistemica e differenti farmacocinetica orale e volume di distribuzione dei farmaci. I programmi di riabilitazione respiratoria nelle donne sono efficaci se di breve durata e producono miglioramenti della dispnea dopo solo tre mesi di allenamento fisico.

Il controllo delle MRC è rilevante non solo per il peso epidemiologico, ma anche per la ricaduta economica e sociale. Nel 2011 la *World Conference on Social Determinants of Health* di Rio de Janeiro proponeva una più efficace *governance* della salute e dello sviluppo mediante utilizzo di indicatori specifici per differenze di genere e stili di vita, quali l'abitudine tabagica, finalizzati alla riduzione delle iniquità sociali.

Pertanto un corretto programma di prevenzione di tali patologie secondo utilizzo di indicatori specifici deve costituire obiettivo fondamentale dei piani di salute.

*In collaborazione con: Dott.ssa Immacolata Ambrosino, Specialista ambulatoriale branca Geriatria - ASL Lecce DSS Maglie; Dott.ssa Elena Barbagelata, Dipartimento di Medicina Interna ASL 4 Chiavarese, SC Medicina presso Ospedale di Sestri Levante

Dott.ssa Anna Maria Moretti
Direttore Struttura Complessa
Malattie Apparato
Respiratorio
Policlinico-Bari



Emilia-Romagna

Cura personalizzata: un obiettivo più vicino grazie alla Medicina di Genere

La Medicina di Genere è entrata fra gli obiettivi della Sanità della Regione Emilia-Romagna con la legge quadro per la parità e contro le discriminazioni di genere (L.R. 6/2014), che all'art. 10 individua nel Piano sociale e sanitario il principale strumento per realizzare *parità di trattamento e di accesso alle cure con particolare riguardo alle differenze di genere e relative specificità*. L'approccio *equity e gender oriented* è consolidato in termini teorici, empirici e scientifici, ma perché la cittadinanza arrivi ad apprezzarne l'impatto positivo sulla salute femminile e maschile occorre che siano altrettanto consolidati tre aspetti: la formazione professionale degli operatori sociosanitari (compresi i medici di base e soggetti consultoriali) unita ad una ricerca medica e farmacologica avanzata, la diffusione di una cultura orientata sia alle differenze che alla prevenzione e, non da ultimo, un'organizzazione dei servizi e delle strutture fondata sulla multidisciplinarietà e integrazione dei percorsi diagnostici-terapeutici.

Questa oggettiva complessità di approccio, ben configurata nella citata normativa regionale, spiega alcune difficoltà di adeguamento del sistema nell'applicazione della Medicina di Genere che, va ribadito, è volta a garantire consapevolezza nella prevenzione attiva e appropriatezza delle prestazioni, per un maggiore benessere di uomini e donne in egual misura, colmando così un *gap* storico a svantaggio delle donne. Il Piano sociale e sanitario 2017-2019, il primo della Regione Emilia-Romagna a contemplare il genere quale determinante di salute, inserisce tale approccio di forte integrazione delle professionalità e dei servizi, in quanto ne riconosce l'efficacia rispetto al vero obiettivo di un moderno sistema di Sanità e Welfare: la personalizzazione della cura. Una volta assunto il principio, di cui la specificità di genere fa parte, non si torna più indietro ed è tra le funzioni della Commissione consigliare Parità e Diritti delle Persone monitorare le prossime tappe di questo percorso virtuoso che porterà ad elevare gli standard medi di salute della persona.

La Sanità dell'Emilia-Romagna vanta già da molti anni risultati positivi sulla salute femminile grazie ad una rete consultoriale adeguata, a programmi di *screening* oncologico e a percorsi specifici per le donne a rischio eredo-familiare, alle azioni di medicina preventiva in gravidanza o di contrasto ai disturbi del comportamento alimentare a prevalenza epidemiologica femminile. È conquista recente, nell'ambito della raccolta sistematica di dati anagrafici, sanitari ed epidemiologici che registri e caratterizzi tutti i casi di rischio per la salute di particolari malattie, l'istituzione del Registro Endometriosi, a rafforzamento della ricerca, monitoraggio e prevenzione di una patologia dolorosa e spesso invalidante finalmente introdotta nei LEA nazionali. Insomma, le novità ci sono e ci dicono che siamo sulla strada giusta.



Avv. Roberta Mori
Consigliera regionale e Presidente della
Commissione per la Parità e i Diritti delle Persone
Regione Emilia Romagna

Dott.ssa Fulvia Signani
Esperta di Medicina e Psicologia di Genere
AUSL Ferrara



GIAPPONE

Nel 2008 in Giappone fu fondata l'Associazione Giapponese per la Medicina Genere-specifica, il cui Presidente per 4 anni fu il Dr. Chuwa Tei, fondatore nel 2001 della prima clinica femminile alla Kagoshima University. L'attuale presidente dell'Associazione è Hiroaki Shimokawa esperto di cardiopatia nella donna dopo la menopausa. L'Associazione Giapponese per la Medicina di Genere ha carattere multidisciplinare e interdisciplinare e coinvolge professionisti di tutti i settori della medicina.

In Giappone si terrà l'8° Congresso della Società Internazionale per la Medicina di Genere.



Il tema del congresso è molto attuale e stimolante: *Trends in Gender Medicine: Super-Aging Society and Globalization*. Le sessioni scientifiche si concentreranno infatti sul rapporto tra il super-invecchiamento della società, la globalizzazione e la Medicina di Genere.

Il congresso sarà diviso in 5 sessioni plenarie:

- 1) Gender and the Genome
- 2) The Obligatory Role of Microvascular Dysfunction in Ischemic Heart Disease
- 3) Immunity and Autoimmunity: From Cellular Immunology to Clinical Practice
- 4) Sex, Aging and Cognitive Decline
- 5) Precision Medicine Approaches to Incorporate Sex and Gender into Improved Cardiovascular Health

La ricerca italiana sarà ben rappresentata con almeno 11 relatori e/o moderatori.

Per ulteriori informazioni sul congresso accedere al link:

<http://www2.convention.co.jp/igm2017/index.html>

La rivista *Gender and Genome* ha lanciato in collaborazione con *The Foundation for Gender-Specific Medicine*, un concorso: 25.000 dollari verranno assegnati al miglior lavoro scientifico originale su diversi aspetti molecolari e cellulari delle differenze di sesso e genere o al miglior commentario dal punto di vista legale ed etico, sui modi più efficaci, di tradurre le scoperte della biologia molecolare e dell'ingegneria genetica nel miglioramento e prolungamento della vita umana.

Per informazioni sul concorso

<http://view.liebertpubmail.com/?qs=121a85aba3d69a5ff2d311002f730d2bb065633a3a82711cf3ce5806dc392ca0c09811247836774b8a634498b48aa0a22c127ded01e447dfd115d264222401c51ef925e481b74ac6>



The Foundation For
Gender-Specific Medicine

Dott.ssa Emanuela Folco
Segretario Generale Fondazione Giovanni Lorenzini

Approfondiamo...

Esposizione a sostanze chimiche: i cosmetici e le differenze di genere



La risposta all'esposizione a sostanze chimiche è spesso diversa tra uomini e donne a causa di differenze di ordine biologico legate al sesso e socio-ambientali legate al genere. Le diversità nella cinetica del metabolismo epatico, nella localizzazione e nella distribuzione del grasso corporeo e nella capacità di eliminare sostanze pericolose, evidenziate tra i due sessi, sono influenzate da fattori ormonali. Inoltre, la risposta individuale può essere influenzata da fattori legati ai diversi stili di vita (dieta, fumo, uso di alcol, attività fisica, hobbies e assunzione di farmaci) e modulata da fattori genere-specifici. In ambito occupazionale la segregazione verticale, ovvero l'attribuzione di mansioni diverse a uomini e donne nello stesso ambito lavorativo, e la segregazione orizzontale ovvero la concentrazione dell'occupazione femminile in un ristretto numero di attività, come le cure estetiche, possono generare profili di esposizione e di rischio diversi. Anche l'uso dei cosmetici può comportare significative differenze di genere. Essi hanno un impiego prevalentemente femminile, anche se in Italia si registra un aumento del consumo di prodotti da parte maschile (circa il 25% del mercato nazionale nel 2016). L'uso di cosmetici rappresenta un'importante via di esposizione a sostanze chimiche poiché questi prodotti vengono a diretto contatto con epidermide e mucose. Nonostante i cosmetici contengano ingredienti consentiti dalla normativa europea e sottoposti a controllo, essi possono essere contaminati da sostanze ad azione sensibilizzante ed irritante. Anche se il *gap* del livello di esposizione tra uomini e donne tende oggi a restringersi, è necessario tener conto delle differenze biologiche oltretutto comportamentali. Per esempio la pelle maschile, pur presentando la stessa struttura di base di quella femminile, ha in generale uno spessore maggiore, un maggior numero di ghiandole sebacee e un sistema pilifero molto sviluppato, fattori che influenzano l'assorbimento delle sostanze per via cutanea. Microlesioni legate alla rasatura possono ulteriormente aumentare l'esposizione alle sostanze contenute nel cosmetico. Per controllare i rischi associati all'uso è necessario vigilare con un adeguato sistema di controllo. A questo scopo presso l'Istituto Superiore di Sanità è stato istituito il "Centro Nazionale Sostanze

Chimiche, Prodotti Cosmetici e Protezione del Consumatore" che si occupa della sicurezza chimica di sostanze, articoli e prodotti nell'ambito dell'attuazione del Regolamento REACH (*Registration, Evaluation, Authorisation of Chemicals*) e delle normative correlate riguardanti i prodotti chimici. Tramite una rete di laboratori il Centro coordina le valutazioni per la sicurezza chimica dei prodotti ed interviene su segnalazione degli organi di competenza, sia nazionali che internazionali, anche per le notifiche RAPEX (*RAPid EXchange of information system*), il sistema europeo di allerta rapida per i prodotti destinati al consumatore. Attraverso il sistema RAPEX le Autorità nazionali notificano alla Comunità Europea tutti i prodotti, ad esclusione di alimenti, farmaci e dispositivi medici, che possono rappresentare un rischio per i consumatori. Nel periodo 1° gennaio 2014 - 31 marzo 2017 le notifiche RAPEX sono state 6491. Di queste 220 (3,4%) riguardavano cosmetici di cui 30 (13,6%) relative a prodotti provenienti dagli USA (3,6%) e dalla Cina (10%). L'Italia ha effettuato 4 notifiche per i cosmetici, pari all'1,8% del totale. Il rischio chimico è risultato riconducibile alla presenza di irritanti e sensibilizzanti (108 notifiche, pari al 49,1% del totale), e di sostanze potenzialmente pericolose come la formaldeide (5 notifiche, pari al 2,3%). In considerazione di quanto detto, tener conto delle differenze di genere nel disegnare i futuri studi tossicologici concernenti l'esposizione ai cosmetici dovrebbe quindi rappresentare una necessità e un dovere per tutelare la salute dei cittadini.

Dott.ssa Stefania Caiola
Centro di Riferimento per la Medicina di Genere, ISS

Dott.ssa Rosa Draisci
Direttore Centro Nazionale Sostanze Chimiche,
Prodotti Cosmetici e Protezione del Consumatore, ISS

Dott. Luca Palleschi
Centro Nazionale Sostanze Chimiche, Prodotti
Cosmetici e Protezione del Consumatore, ISS

Dott.ssa Rosanna Mancinelli
Centro Nazionale Sostanze Chimiche, Prodotti
Cosmetici e Protezione del Consumatore, ISS

Risponde la Dott.ssa Alessandra Caré

D. Recentemente è stata organizzata presso il Parlamento europeo un'iniziativa per promuovere la Medicina di Genere. Ci può dire quali istituzioni sono intervenute all'evento?

R. Il 27 giugno si è svolta presso il Parlamento europeo una tavola rotonda promossa dall'On. Elena Gentile e dall'On. Paola Boldrini dal titolo *"Towards a gender sensitive medicine: matters, tools and policies. Good practices from Italy and Germany"*. All'incontro erano presenti oltre alle Onorevoli Gentile e Boldrini, rispettivamente rappresentanti del Parlamento Europeo e Italiano, la Dr.ssa De La Mata Barranco, membro della Commissione Europea per la Salute, la Prof.ssa Regitz-Zagrosek, Direttore dell'Istituto per la Medicina di Genere dell'Università Charité di Berlino, la Prof.ssa Franconi, vicepresidente della Regione Basilicata, la Dott.ssa Molendini rappresentante per l'equità di genere e le pari opportunità della Regione Puglia, i Proff. Rubbini, Manfredini, Bellini e Signani in rappresentanza dell'Università di Ferrara, la Prof.ssa Villa per l'Università di Modena, la Prof.ssa Manicardi coordinatore Nazionale del Gruppo Donne dell'Associazione Medici Diabetologi, ed io in rappresentanza del Centro di Riferimento per la Medicina di Genere dell'Istituto Superiore di Sanità.

D. Quali sono stati i principali argomenti trattati?

R. L'iniziativa aveva lo scopo di individuare i passi da compiere per promuovere la cultura di genere nelle politiche sanitarie degli Stati membri dell'Unione Europea. L'incontro è stato aperto dall'On. Gentile che, dopo una breve introduzione sull'importanza della Medicina di Genere, si è detta disponibile a fare da portavoce e ad estendere il dibattito su questo tema per valutare l'interesse e il punto di vista della Commissione Europea. Gli interventi si sono poi succeduti con grande interesse e partecipazione da parte di tutti gli oratori. E' stata evidenziata l'importanza di un lavoro coordinato e collaborativo da parte di tutte le istituzioni coinvolte con lo scopo di inserire questa nuova visione della medicina nella ricerca, ma anche nella formazione e nella divulgazione. In particolare la

Prof.ssa Regitz-Zagrosek ha mostrato alcuni dati concernenti le disparità di sesso e genere associati alle patologie del sistema cardiovascolare sottolineando la concordanza di intenti tra Italia e Germania nel campo della Medicina Genere-specifica. Infine, io stessa ho sottolineato il contributo della Rete italiana e del nuovo Centro di Riferimento per la Medicina di Genere dell'ISS per un approccio coordinato che tenga finalmente conto delle differenze tra uomini e donne.

D. E' vero che la Medicina di Genere sarà inserita nei corsi universitari?

R. Sì, è stata segnalata con soddisfazione l'approvazione dell'inserimento del concetto di genere nei corsi universitari già per l'anno accademico 2017-2018 da parte del Comitato di Coordinamento delle Scuole Universitarie Italiane di Medicina.

D. Cosa si può dire dell'Emendamento presentato dall'On. Boldrini inserito nel ddl Lorenzin?

R. C'era grande attesa e la riunione a Bruxelles si è chiusa con l'auspicio di una rapida approvazione dell'emendamento presentato a prima firma dall'On. Boldrini per l'introduzione in medicina di un orientamento attento alle differenze di sesso e di genere a tutti i livelli, dalla ricerca, alla prevenzione e diagnosi, fino alle terapie. Con soddisfazione adesso sappiamo che tale approvazione è passata a grande maggioranza alla Commissione Affari Sociali della Camera il giorno successivo, 28 giugno. Siamo ora in attesa del passaggio al Senato.

Dott.ssa Alessandra Caré
Direttore del Reparto di
Fisiopatologia genere-specifica
Centro di Riferimento per la
Medicina di Genere
ISS



L'ANGOLO DELL'OSSERVATORIO

A cura dell'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane

Attività fisica

L'attività regolare di natura muscolo-scheletrica che comporti un dispendio energetico della durata di circa 30 minuti al giorno almeno cinque volte a settimana favorisce notevoli benefici per la persona.

L'attività fisica, infatti, concorre a migliorare la qualità della vita, poiché influisce positivamente sia sulle condizioni di salute, contrastando l'insorgenza di alcune patologie, sia sul benessere psicologico, attraverso lo sviluppo dei rapporti sociali. In particolare, chi pratica regolarmente l'attività fisica riduce significativamente il rischio di avere problemi di ipertensione, malattie cardiovascolari, diabete di tipo 2, osteoporosi, depressione, traumi da caduta (principalmente negli anziani) e alcuni tipi di cancro (soprattutto tumore del colon-retto e della mammella).

È per questo che la pratica sportiva o l'attività fisica regolare sono gli strumenti di resilienza più efficaci verso il rischio di malattia che le politiche pubbliche dovrebbero promuovere presso la popolazione e favorire con interventi mirati.

Nel 2014, in Italia, le persone che dai 3 anni in poi praticano uno o più sport nel tempo libero sono il 31,6% della popolazione, pari a circa 18 milioni e 500 mila (dati non presenti in tabella).

Considerando i dati per genere, nel periodo di osservazione 2001-2014, si evidenzia un aumento della propensione alla pratica sportiva in modo continuativo più marcata per le donne (+17,3% vs +25,5%) e una contrazione, più significativa per gli uomini, nella quota di coloro che dichiarano sia di svolgere sport in modo saltuario (-22,0% vs -12,5%) sia di svolgere un'attività fisica (-6,9% vs -1,3%). Andamenti opposti, invece, si evidenziano relativamente alla quota di sedentari, che risultano in aumento tra gli uomini e in diminuzione tra le donne (+3,8% vs -4,3%) (Tabella 1).

Come si evince dalla Tabella 2 lo sport è un'attività del tempo libero tipicamente giovanile il cui interesse, con l'aumentare dell'età, diminuisce (sia esso continuativo o saltuario). Infatti, dai 25 anni ed oltre diminuisce la quota di coloro che praticano sport e aumenta quella di chi svolge una qualche attività fisica.

L'analisi di genere, mostra delle forti differenze in tutte le fasce di età, ad eccezione dei giovanissimi (3-5 anni), fascia in cui le quote di praticanti si equivalgono tra bambine e bambini.

Nel complesso, i livelli di pratica sportiva sono molto più alti fra gli uomini: il 27,1% pratica sport con continuità e il 10,3% lo pratica saltuariamente, mentre fra le donne la percentuale è, rispettivamente, del 19,2% e del 7,0%.

Tabella 1 - Prevalenza per genere (valori per 100) di persone che dai 3 anni in poi praticano sport in modo continuativo e in modo saltuario, svolgono qualche attività fisica o non praticano sport. Anni 2001-2014

Anni	Sport in modo continuativo	Sport in modo saltuario	Qualche attività fisica	Nessuno Sport	Non indicato
Maschi					
2001	23,1	13,2	28,8	34,2	0,7
2014	27,1	10,3	26,8	35,5	0,3
Femmine					
2001	15,3	8,0	29,9	46,1	0,6
2014	19,2	7,0	29,5	44,1	0,3

Tabella 2 - Prevalenza per genere e classe di età (valori per 100) di persone che dai 3 anni in poi praticano sport in modo continuativo e in modo saltuario, svolgono qualche attività fisica o non praticano sport. Anno 2014

Classi di età	Sport in modo continuativo	Sport in modo saltuario	Qualche attività fisica	Nessun sport	Non indicato
Maschi					
3-5	20,2	2,5	25,1	49,1	3,1
6-10	58,0	6,6	13,8	20,9	0,6
11-14	62,7	8,9	11,9	15,6	0,9
15-17	57,5	14,2	12,2	16,0	0,2
18-19	52,0	14,2	13,4	19,7	0,6
20-24	41,9	18,3	18,0	21,4	0,4
25-34	34,3	15,5	21,1	28,9	0,1
35-44	27,1	12,6	25,8	34,3	0,2
45-54	20,6	10,6	30,3	38,3	0,1
55-59	16,7	9,5	31,8	41,8	0,1
60-64	16,8	9,0	36,5	37,2	0,4
65-74	11,2	6,7	40,7	41,3	0,2
75+	4,8	2,6	30,7	61,6	0,2
Totale	27,1	10,3	26,8	35,5	0,3
Femmine					
3-5	23,8	3,1	22,2	49,1	1,7
6-10	53,1	5,6	17,5	23,6	0,2
11-14	52,0	5,1	19,7	23,1	0,1
15-17	39,8	9,6	26,1	23,9	0,5
18-19	28,4	11,1	31,9	28,6	-
20-24	25,2	14,2	26,2	34,2	0,3
25-34	23,1	10,4	31,0	35,2	0,3
35-44	18,5	9,7	34,0	37,6	0,2
45-54	16,2	8,2	34,9	40,5	0,1
55-59	13,9	6,7	35,9	43,2	0,3
60-64	13,8	5,0	35,4	45,4	0,5
65-74	9,2	3,4	32,9	54,1	0,3
75+	3,3	1,2	16,5	78,4	0,6
Totale	19,2	7,0	29,5	44,1	0,3

Fonte dei dati: Rapporto Osservasalute - Anno 2015

Dott.ssa Tiziana Sabetta
Dr. Alessandro Solipaca



VIOLENZA DI GENERE: una chiave di lettura

La Violenza di genere è un problema di dimensioni universali basato sulla discriminazione e sul pregiudizio culturale della superiorità del maschio rispetto alla femmina, è trasversale a culture e società diverse tra loro ed esteso ad ogni classe sociale e ad ogni età. Violenza di genere è intesa come una violenza diretta contro una donna perché donna o che affligge la donna in maniera sproporzionata. Include danni fisici, mentali, sessuali o sofferenze, minacce di tali atti, coercizione e altre deprivazioni di libertà (CEDAW 1992).

La sensibilizzazione verso il fenomeno della violenza crescente, la grave preoccupazione per la condizione di sofferenza in cui sono costrette a vivere molte donne nel mondo, le emozioni connesse ai più brutali atti di violenza hanno fatto sì che storicamente sia stata completamente ignorata l'eventualità che la vittima potesse essere di entrambi i sessi: la stessa definizione di "Violenza di genere" adottata dalla Assemblea delle Nazioni Unite nel 1993 equipara di fatto genere e donna.

La Violenza nelle Relazioni Intime invece secondo l'OMS è rappresentata da "ogni forma di violenza fisica, psicologica o sessuale che riguarda soggetti che hanno avuto o si propongono di avere una relazione intima di coppia, quanto soggetti che all'interno di un nucleo familiare più o meno allargato hanno relazione parentale o affettiva e comprende forme di violenza quali l'abuso sessuale, la trascuratezza, la mancanza di contenuto affettivo, le punizioni fisiche, e la violenza assistita.

Il Global Status Report on Violence Prevention 2014 risultato di un lavoro operato dai *Focal Point OMS* in 133 paesi, fra i quali anche l'Italia, con una copertura pari all'88% della popolazione mondiale, riporta che un adulto su 4 è stato abusato fisicamente da bambino (25%). Il dato riguarda entrambi i sessi: una bambina su tre e un bambino su dieci hanno subito abusi. Inoltre l'esposizione alla violenza e all'abuso nei confronti dei minori da parte della famiglia

genera un effetto ciclico per il quale la violenza viene variamente perpetuata o subita nella vita adulta di relazione (matrimonio o convivenza).

La Violenza nelle coppie conviventi rappresenta una porzione consistente della Violenza di genere. I soggetti che usano violenza all'interno delle coppie sono nell'80% dei casi uomini. Gli episodi di violenza avvengono anche dopo l'eventuale separazione. Più di una coppia su 4 riporta casi di violenza durante la sua vita coniugale arrivando nei casi più estremi all'omicidio del partner.

I dati a nostra disposizione in casistiche regionali del Piemonte e del Lazio dimostrano che la dimissione dal Pronto Soccorso per casi di violenza domestica nel 10% riguarda soggetti maschi. Si tratta di percosse, graffi, tagli e uso di oggetti contundenti, in casi estremi se disponibili vengono utilizzate armi da fuoco. Se invece consideriamo nella violenza tutte quelle forme dove non è richiesto necessariamente il contatto fisico quali la violenza psicologica, il ricatto e lo *stalking*, osserviamo che in queste casistiche emerge una presenza non irrilevante di vittime di sesso maschile soprattutto quando ci siano in atto processi di separazione o divorzio. Molte volte i figli vengono utilizzati come arma nei confronti del coniuge. Risulta maggiormente difficile per il maschio dover ammettere di aver subito violenze fisiche. Negare il problema della violenza simmetrica fra partner può diminuire l'impatto delle contromisure e le strategie preventive per contrastare il fenomeno.

Prof.ssa Angela Ianni Palarchio
Dipartimento di Scienze Mediche
Università degli Studi di Torino

Dott. Patrizio Schinco
Direzione Sanitaria di Presidio Molinette
Dirigente Medico Responsabile Centro
Supporto ed Ascolto contro
la Violenza DEMETRA
AOU Città della Salute e della Scienza di Torino



The landscape of sex-differential transcriptome and its consequent selection in human adults

BMC Biol. 2017 Feb 7;15(1):7.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28173793>

Questo lavoro mediante una rigorosa analisi di RNA-sequencing fornisce per la prima volta una mappa di espressione genica differenziale tra i due sessi di circa 45 tessuti con importanti implicazioni per l'evoluzione umana e la fisiopatologia di alcune malattie sesso specifiche.

Inclusion of sex and gender in biomedical research: survey of clinical research proposed at the University of Pennsylvania

Biol Sex Differ. 2017 Jun 21; 8:22.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28649317>

La revisione di 240 protocolli di ricerca, approvati dal comitato etico dell'Università della Pennsylvania, suggerisce che pochissimi ricercatori considerano il sesso o il genere come variabili importanti nella loro ricerca clinica. I comitati etici sono in ottima posizione per incoraggiare i ricercatori a prendere in considerazione il sesso ed il genere per aumentare il rigore del disegno di ricerca, massimizzare l'importanza dei risultati e garantire che la selezione dei soggetti sia equa.

Gut microbiota composition strongly correlates to peripheral insulin sensitivity in obese men but not in women

Benef Microbes. 2017 Jun 16:1-6.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28618864>

La composizione del microbiota intestinale può avere un ruolo importante nello sviluppo di comorbidità correlate all'obesità. Gli uomini e le donne si differenziano per la composizione del microbiota e per il suo impatto sulla sensibilità all'insulina, in particolare le donne sembrano essere meno sensibili alle alterazioni metaboliche indotte dal microbiota intestinale rispetto agli uomini.

Trial registrato sul sito: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT02381145>

Gender differences in colorectal cancer survival: A meta-analysis.

Int J Cancer. 2017 Jun 9.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28599355>

Una meta-analisi è stata condotta per determinare l'influenza del sesso sulla sopravvivenza globale (OS) e sulla sopravvivenza specifica del cancro (CSS) nei pazienti con tumore del colon-retto. Le donne sono risultate avere OS e CSS significativamente migliori rispetto agli uomini. Questi risultati suggeriscono che il sesso è un fattore significativo che influenza la sopravvivenza dei pazienti col cancro del colon-retto.

The effect of childcare activities on cognitive status and depression in older adults: gender differences in a 4.4-year longitudinal study

Int J Geriatr Psychiatry. 2017 Jun 22

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28639712>

E' stato condotto uno studio per analizzare l'associazione tra l'impegno in attività di cura dei bambini, da parte di anziani residenti in comunità, e lo stato cognitivo e psicologico per un periodo di 4,4 anni. E' risultato che l'attività di cura dei bambini sembra sia ridurre il rischio di deficit cognitivo in entrambi i sessi che prevenire l'insorgenza o il peggioramento della depressione, in particolare negli uomini più anziani.



Rassegna Stampa

(Aprile-Giugno)

Il Mezzogiorno sta male. Più alti livelli di mortalità, speranza di vita più bassa e cresce la spesa privata. Il Rapporto Osservasalute 2016

http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=49689&fr=n

A Milano il primo Poliambulatorio per la medicina di genere, dedicato alla "specificità della donna"

http://www.unionesarda.it/articolo/cronaca/2017/04/10/a_milano_il_primo_poliambulatorio_per_la_medicina_di_genere_dedic-68-588318.html

Osservasalute 2016/ Lorenzin: «Prevenzione cruciale. Primi target obesità, diabete, salute mentale e di genere». E «la spesa sanitaria deve crescere ai livelli Ue»

<http://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2017-04-10/osservasalute-2016-lorenzini-prevenzione-cruciale-primi-target-obesita-diabete-salute-mentale-e-genere-170724.php?uoid=AEFlcs2>

Salute della donna. Vivono più degli uomini ma la percezione del loro stato di salute è peggiore. Fumano di meno ma fanno poco sport e molte malattie colpiscono più loro che i maschi

http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=49924&fr=n

Messaggio del Presidente Mattarella in occasione della Giornata Nazionale della Salute della Donna

<http://www.quirinale.it/elementi/Continua.aspx?tipo=Comunicato&key=2737>

Lorenzin: "Serve più ricerca sulla medicina di genere" (Video)

<http://www.dire.it/22-04-2017/117338-lorenzini-serve-piu-ricerca-sulla-medicina-genere/>

Giornata della salute della donna. Onda: porte aperte in 157 ospedali, dal 18 al 24 aprile

http://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=49842

Donne e farmaci. Aifa: "Terapie di genere sempre più efficaci"

http://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=50088

Salute della Donna. Onda, ampliato il Comitato Tecnico Scientifico: nuovo presidente Claudio Mencacci

http://www.quotidianosanita.it/cronache/articolo.php?articolo_id=50183&fr=n

Questo cervello che non è "un" cervello

<http://www.ingegnere.it/articoli/questo-cervello-che-non-e-un-cervello>

Medicina di genere nella cura delle patologie neurologiche femminili

<http://www.lastampa.it/2017/04/29/scienza/galassiamente/medicina-di-genere-nella-cura-delle-patologie-neurologiche-femminili-E8wLsgHQEcjHoYDnsT1KI/pagina.html>

La medicina genere-specifica non riguarda solo la salute delle donne

<https://www.ufficiostampa.provincia.tn.it/Comunicati/La-medicina-genere-specifica-non-riguarda-solo-la-salute-delle-donne>

Valutare i rischi sul lavoro in un'ottica di genere

<http://www.regioni.it/dalleregioni/2017/05/18/valutare-i-rischi-sul-lavoro-in-unottica-di-genere-514410/>

Differenze di genere nelle lesioni da pressione dei pazienti anziani fragili

<http://www.medicalive.it/differenze-genere-lesioni-pressione-anziani-fragili/>

Ddl Lorenzin. Boldrini (Pd): "Finalmente riconosciuta la medicina di genere"

http://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=52184&fr=n

Disuguaglianze e Diversità

<https://www.ladigetto.it/permalink/65855.html>

Quando la medicina discrimina

<http://www.interris.it/2017/06/11/121538/posizione-in-primo-piano/schiaffog/quando-la-medicina-discrimina.html>

Farmaci cardiovascolari: un position paper dell'ESC invita a definire posologie specifiche per gli uomini e per le donne

http://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=51776

Congresso Sie/3. Multifattorialità e multidisciplinarietà nell'endocrinologia 2.0

http://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=52047

La medicina di genere comincia in laboratorio

http://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=52138



Eventi Internazionali

- **8th International Congress on Gender and Sex-Specific Medicine**
International Society for Gender Medicine (IGM)
Sendai, Japan, September 14-16th, 2017
<http://www.isogem.com/>

Eventi in Italia

- **80° Congresso nazionale SIMLII**
"La medicina del lavoro dalla ricerca alla professione"
Padova 20-22 settembre 2017
Sessione plenaria IV "La dimensione di genere in medicina del lavoro" (22 settembre)
Per tutte le informazioni consultare:
http://www.Simlil.it/it/pages/78_congresso_nazionale_simlil/
- **XVIII Conferenza Nazionale della rete HPH & HS (HealthPromoting Hospitals & Health Services)**
Aosta, 5-6 ottobre 2017
<http://www.hphitalia.net/2017/05/22/conferenza-nazionale-rete-hph-hs-aosta-5-6-ottobre-2017/>
- **Convegno:**
La prospettiva genere specifica nelle dipendenze
Cura-interventi-ricerca
Treviso, 13 ottobre 2017
<http://www.donneaddiction.org/>

Notizie

- 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 in oggetto, 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 il **bando per due borse di studio** di 2.500 Euro ciascuna, istituite dalla CISL Medici intitolate a Giuseppe Garraffo, per giovani medici, che quest'anno prevede la Medicina di Genere quale tema da poter scegliere per la produzione dell'elaborato da presentare per il concorso.
Scadenza: **Ottobre 2017**
<http://www.cislmedici.com/upload/1463643501.pdf>
- E' iniziato a Firenze presso il Dipartimento di Scienze della Salute (Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi) il **primo Master di 2° livello dell'Università di Firenze in Salute e Medicina di Genere**
<http://www.unifi.it/cmpro-v-p-10777.html>
- Si è svolto il **corso ECM «Infermieristica di genere»**
Leuca, 21-22 giugno 2017
<https://www.nursetimes.org/cnai-salenum-evento-formativo-e-c-m-su-infermieristica-di-genere/35094>

4° CONGRESSO NAZIONALE SULLA MEDICINA DI GENERE

Il Congresso vuole:

- Mettere insieme i dati della **ricerca** italiana sulla Medicina di Genere
- Fare il punto con le Istituzioni (Ministro della Salute, Regioni, Università) sullo stato di avanzamento dell'**Organizzazione Socio-Sanitaria e Formativa** per una Medicina Genere-specifica
- Interrogare le Società Scientifiche sulla necessità di rivedere le **Linee Guida** di tutte le patologie nelle quali vi siano dati incontrovertibili sulle differenze di genere



Padova, 27 - 28 Novembre 2017
Centro Culturale San Gaetano
Via Altinate, 71 – Padova



Ruolo dell'Istituto Superiore di Sanità per la costituzione del Sistema Nazionale per le Linee Guida

La legge 8/3/2017, n. 24 "**Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie**", definisce il rapporto medico-paziente per offrire ai professionisti maggiore tutela nello svolgimento del proprio lavoro, riducendo il contenzioso medico-legale, e ai cittadini maggiore qualità ed efficacia delle cure, garantendo il diritto al risarcimento se danneggiati da possibili errori.

Per l'istituzione del Sistema Nazionale per le Linee Guida (SNLG), il DDL assegna all'ISS il compito di creare un Albo ufficiale delle società scientifiche pubbliche e private accreditate per le LG. Inoltre l'ISS avrà un ruolo centrale nel produrre LG per le tematiche non ancora affrontate, nell'aggiornare quelle esistenti, e, in assenza di LG, pubblicare un elenco, continuamente aggiornato, di "buone pratiche clinico-assistenziali" cui far riferimento.

Data la carenza di LG e di buone pratiche clinico-assistenziali che considerino le differenze di genere, a cui gli operatori sanitari devono far fronte in materia di prevenzione e cura, il Centro di Riferimento per la Medicina di Genere avrà la funzione fondamentale di individuare criticità esistenti e proporre interventi adeguati.

Dott. Claudio Giovannini

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



Regione Lombardia: Tavolo Permanente di Lavoro sulla Medicina e Salute di Genere

Nel corso del 2016 il Consiglio regionale della Lombardia – Ufficio di Presidenza ha commissionato a Éupolis Lombardia la realizzazione di uno studio volto a fornire una mappatura ampia ed articolata delle iniziative di promozione della Medicina di Genere a livello internazionale, europeo, nazionale e nelle regioni italiane, con particolare attenzione agli interventi promossi da Regione Lombardia e sviluppati nelle strutture sanitarie lombarde. L'obiettivo generale della ricerca, realizzata poi da Éupolis Lombardia in collaborazione con il Centro GENDERS – *Gender & Equality in Research and Science* dell'Università degli Studi di Milano, è stato quello di individuare buone pratiche e formulare indicazioni di policy. Il *Policy Paper* dal titolo "L'importanza della medicina e ricerca medica di genere tra il personale sanitario", pubblicato nel 2017, è consultabile qui:

http://www.eupolis.regione.lombardia.it/shared/ccurl/794/147/RES16002_RF_dasitoCR.pdf

COMITATO EDITORIALE

Luciana Giordani e Federica Delunardo (Istituto Superiore di Sanità)

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

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

REDAZIONE

Luciana Giordani e Federica Delunardo (Istituto Superiore di Sanità)



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.