

Medicina di Genere

NEWSLETTER

Centro Studi Nazionale su Salute
e Medicina di Genere

Gruppo Italiano Salute e Genere
(GISeG)

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

DIFFERENZE DI GENERE IN CURE PALLIATIVE

In questo numero



FOCUS SCIENTIFICO

Rapporto neutrofili - linfociti: analisi e
variazione nelle differenze di sesso

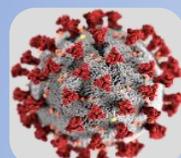
Pagina 3



FOCUS CLINICO

Gli indicatori di genere nella
personalizzazione dell'iter diagnostico-
terapeutico delle spondilodisciti

Pagina 4



COVID-19 e MDG

Valutazione del rischio di morte nei
pazienti COVID-19: differenze di genere

Pagina 6



OCCHIO SULL'ITALIA

Infopoint e cardiologie ospedaliere
aperte: il segreto nel cuore delle donne

Pagina 7



APPROFONDIAMO

Monitoraggio ambulatorio della
pressione arteriosa e differenze di sesso

Pagina 9



MDG E' ANCHE...

Rischi all'interfaccia uomo-animale-
ambiente: integrazione dell'analisi di
genere nel quadro One Health

Pagina 10

Le cure palliative sono per definizione un approccio focalizzato sulla centralità e unicità del paziente, una presa in carico totale e interdisciplinare di un paziente gravato da ogni malattia cronica ed evolutiva, inguaribile e fonte di sofferenza "globale" fisica e psichica coinvolgente il paziente e il suo nucleo familiare. L'obiettivo principale delle cure palliative è la qualità di vita e delle cure di fine vita¹.

Anche le cure palliative così come le altre branche della medicina sono influenzate dal genere in ogni loro fase: dall'accesso, agli aspetti come le preferenze del paziente, le esperienze e le cure di fine vita. Tali differenze di genere possono essere spiegate non solo da fattori biologici ma anche alla luce di ragioni culturali, aspettative e standard sociali.

Il genere è un fattore che impatta infatti nella scelta stessa di accesso alle cure palliative. Le donne hanno più probabilità degli uomini di preferire le cure palliative nel momento dell'evidenza della futilità delle cure attive e hanno, nel fine vita, una maggiore probabilità di essere sole, vedove e più anziane, con un maggiore livello di fragilità e disabilità, in relazione alla loro maggiore longevità.

Al femminile spesso si associano termini come "emotività", "empatia", la stessa perifrasi "sesso debole" mentre al maschile si associa un'immagine più stoica, quasi di invulnerabilità e in assetto "da guerra" in quella cornice narrativa che vede la malattia come una battaglia². Tutto questo impatta su quel processo clinico che comprende anche le discussioni sull'assistenza nel fine vita. Uno studio retrospettivo del 2014 ha mostrato come gli uomini siano più riluttanti delle donne a discutere della propria morte imminente. Tale studio è stato condotto analizzando i colloqui con pazienti ospedalizzati che stavano ricevendo cure palliative o nelle cui cartelle cliniche compariva l'indicazione a "non rianimare"³. Parlare poco e/o tardi delle tematiche riguardanti il fine vita può impattare negativamente sulla qualità delle cure di fine vita. Si configura quindi come necessario l'utilizzo di strategie personalizzate per genere anche nelle conversazioni di fine vita. Anche negli ambiti socio-familiare e assistenziale, nella gestione dei sintomi, preferenze di cura, caregiving e strategie di gestione dello stress ritroviamo una disparità di genere⁴.

Le pazienti di sesso femminile riferiscono un peso di sintomi maggiore, con tuttavia un frequente misconoscimento e sotto trattamento della triade dolore, astenia e nausea. Nei pazienti di genere maschile nelle cure palliative, di converso, si assiste a una maggiore percentuale di depressione rispetto alla popolazione generale⁵. Per quanto riguarda i luoghi delle cure palliative, le donne hanno una maggiore probabilità di accettare di vivere la fase della morte in una struttura sanitaria piuttosto che a casa, mentre gli uomini hanno maggiori aspettative di ricevere le cure a casa, assistiti dalle proprie mogli, tradizionalmente e socialmente associate al ruolo di caregivers. Molto spesso, infatti, quello del caregiver è un volto femminile e ciò dipende da vari fattori quali le aspettative rispetto al ruolo di genere (uomini “che portano il pane a casa” vs donne “addette alla casa”), le differenze nella gestione dello stress, l'assenza di politiche di welfare e la disparità salariale. Sulle donne ricadono infatti maggiori aspettative e responsabilità nel loro ruolo di caregivers, anche a causa del personale sanitario che spesso è portato, inconsapevolmente, a delegare i compiti dell'assistenza alle donne. Le donne caregivers inoltre ricevono un minore supporto in tale ruolo, poiché

considerato come un compito scontato e naturale, a differenza del caregiver uomo, visto come straordinario ed eroico⁶. Analoghe richieste e aspettative colpiscono nel mondo sanitario, anche le infermiere donne, che rappresentano più della maggioranza del personale infermieristico. L'assistenza infermieristica nelle cure palliative rappresenta il massimo esempio della cura, sostegno, empatia e accudimento, doti culturalmente associate alle donne e madri.

In conclusione, nell'ottica di trattare la persona nella sua interezza, anche e soprattutto “stando con la persona” come promulgava Cicely Saunders, figura chiave nella diffusione delle Cure Palliative a livello internazionale, una maggiore conoscenza e ricerca sulle differenze di genere può rappresentare per le cure palliative una possibilità di cura culturalmente competente e priva di disuguaglianze di genere.

1. *J Pain Symptom Manage.* 2002; 24: 91-96
2. *J Pain Symptom Manage.* 2018; 56: 1-6.e1
3. *BMC Palliat Care.* 2014; 13: 8
4. *J Palliat Care.* 2023; 38: 78-96
5. *Palliat Med.* 2012; 26: 696-702
6. *Qual Health Res.* 2016; 26: 907-20



Prof. Graziano Onder

**Direttore UOC Cure Palliative,
Fondazione Policlinico
Universitario A. Gemelli IRCCS,
Direttore Scuola di
Specializzazione in Medicina e
Cure Palliative, Università
Cattolica del Sacro Cuore -
Roma**



Dott.ssa Angela Iurlaro

**Scuola di Specializzazione in
Medicina e Cure Palliative,
Università Cattolica del
Sacro Cuore - Roma**



Dott.ssa Eleonora Meloni

**UOC Cure Palliative,
Fondazione Policlinico
Universitario A. Gemelli IRCCS**

Gemelli



**Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli
Università Cattolica del Sacro Cuore**

Rapporto neutrofili - linfociti: analisi e variazione nelle differenze di sesso

Vi sono numerosi dati che indicano sostanziali diversità nelle risposte immuni, incluse le vaccinazioni, tra soggetti dei due sessi¹. In generale, le femmine mostrano una migliore risposta del sistema immune sia innato che adattativo. Le basi cellulari dei due sistemi sono rappresentate in larga parte da alcuni tipi di leucociti, polimorfonucleati neutrofili e monociti nel primo, e linfociti nel secondo. Il numero di questi leucociti è facilmente ottenuto dalla conta differenziale (= formula leucocitaria) nell'esame emocromocitometrico; tuttavia, le informazioni desumibili dalla conta sono poco interpretabili, primo perché raramente si forniscono valori di riferimento separati per maschi e femmine (a differenza dei valori di emoglobina ed ematocrito), e secondo, perché i valori normali hanno un range molto esteso e largamente sovrapponibile. Ancor meno frequentemente si forniscono valori aggiustati per età, esclusi quelli riguardanti l'infanzia e l'adolescenza. La conta dei neutrofili nelle femmine è mediamente superiore, così anche quella dei linfociti (in particolare i T linfociti CD4+). Questo sembra dovuto a fattori ormonali e forse genetici, perché si osserva anche nell'infanzia, mentre invece il ruolo del genere e quindi delle influenze ambientali e degli stili di vita è stato meno studiato. Da numerosi autori sono stati proposti degli indici composti dai rapporti tra i vari tipi di leucociti, tra cui principalmente *Neutrophil-to-lymphocyte ratio* (NLR) e *monocyte-to-lymphocyte ratio* (MLR) sono stati applicati come indicatori dello stato immune (rapporto tra immunità innata ed adattativa) e dello stato infiammatorio (maggiore quanto maggiore NLR). Questi indici si sono rivelati sorprendenti predittori della prognosi nelle condizioni più diverse, dalla sepsi alle malattie cardiocircolatorie, ai disturbi depressivi e alla sopravvivenza in vari tipi di cancro² e dopo interventi chirurgici o chemioterapia. Tuttavia, il loro significato non è stato indagato a fondo, né sono state approfondite le variabili che ne influenzano i cambiamenti.

Il numero e la durata in circolo di neutrofili e linfociti è molto diversa, e dipende dalla loro produzione midollare (e maturazione timica ed extratimica per i linfociti) e dal loro passaggio nei tessuti, eventi che differiscono grandemente nelle varie età e a seconda della situazione di stress o di patologia. Tuttavia, i numeri tendono a tornare verso valori costanti per i singoli soggetti, ed anche i rapporti tra i diversi tipi.

Fattori di crescita, ambiente stromale, circuiti endocrini e influenze estrinseche (ambientali e/o stile di vita), influenzano questi valori che sono a tutti gli effetti riassuntivi di numerosi componenti, che tendono a variare nel corso del tempo.

Nel nostro studio³ abbiamo esaminato le variazioni del NLR nello studio InChianti comprendente 1453 soggetti all'arruolamento nel 1998-2000 e seguiti per diversi anni, l'ultimo follow-up svolto nel 2015-2018. Abbiamo trovato che nel sesso femminile vi era un numero maggiore di neutrofili ed un più elevato NLR rispetto ai maschi. Tuttavia, con l'aumentare dell'età, nei diversi follow-up nell'arco di venti anni, queste differenze tendevano ad attenuarsi, anche in relazione ai cambiamenti ormonali ed al generale rimodellamento del sistema immune che avviene nell'invecchiamento. Abbiamo inoltre osservato che i valori di neutrofili e NLR erano più alti in soggetti che sviluppavano cardiopatia cronica ma anche qui solo nel sesso femminile, mentre non vi erano differenze tra i sessi per altre comuni patologie quali diabete, malattie neoplastiche ed ictus. Infine, per quanto riguarda gli stili di vita, abbiamo riscontrato che all'aumentare del BMI anche i valori di NLR aumentavano nelle femmine, mentre diminuivano nei maschi. Questi risultati indicano che un indice composito sia più informativo del dato numerico dell'emocromo, e che i valori debbano essere rapportati al sesso ed all'età dei pazienti per un approccio personalizzato alla prevenzione e cura delle patologie, in particolare quelle legate alla senescenza.

1. *Nat Rev Immunol.* 2016; 16: 626–638

2. *BMC Med.* 2020; 18: 360

3. *Immun Ageing.* 2023; 20: 46

Prof. Roberto Paganelli

**Medicina Interna,
UniCamillus International
Medical University in Rome**



***In collaborazione con il Prof. Angelo Di Iorio – Dipartimento di Tecnologie Innovative in Medicina e Odontoiatria, Università "G. D'Annunzio", Chieti**

Gli indicatori di genere nella personalizzazione dell'iter diagnostico-terapeutico delle spondilodisciti

La spondilodiscite (SD), o osteomielite vertebrale, costituisce un processo infettivo che interessa il rachide, potendo coinvolgere il disco intervertebrale (discite), le vertebre adiacenti (spondilite) o entrambe le componenti (spondilodiscite).

Nel complesso, le SD rappresentano dal 2 al 7% delle infezioni muscolo-scheletriche¹. Dal punto di vista eziologico, i microrganismi maggiormente coinvolti nelle SD piogene sono Gram positivi (*S. aureus* più frequentemente) e Gram negativi; nelle SD granulomatose prevalgono micobatteri, *Brucella* e miceti¹.

Il sospetto di SD deve essere posto in presenza di una rachialgia ingravescente con concomitante piressia, tenendo conto che quest'ultima può essere assente in un paziente immunodefeso.

La SD è gravata da un elevato tasso di disabilità cronica e di mortalità, per cui risulta essere cruciale la presa in carico tempestiva del paziente da parte di un team multidisciplinare che, tenendo conto degli indicatori di genere (IdG) paziente-specifici biologici e non-biologici, proceda all'avvio di un iter diagnostico-terapeutico personalizzato per genere.

La valutazione degli IdG paziente-specifici biologici – ovvero sesso, età, comorbidità (obesità; diabete; malnutrizione; insufficienza renale; insufficienza epatica; anemia; cardiopatie; artrite reumatoide; immunodepressione; paziente sottoposto a trapianto di organo...), condizione clinica del paziente (status nutrizionale; deficit neurologici periferici; modalità di comparsa, caratteristiche e timing della rachialgia; caratteristiche della piressia; sintomatologia extra-vertebrale concomitante), fattori di rischio genetici – dovrebbe essere eseguita dal medico che pone il sospetto clinico di SD (MMG, medico di pronto soccorso, medico specialista), al fine di individuare le figure da coinvolgere tempestivamente nella valutazione multidimensionale del paziente.

La concomitante valutazione degli IdG paziente-specifici non-biologici – ovvero anamnesi patologica positiva per infezioni e/o neoplasie maligne (solide o ematologiche), pregresse procedure chirurgiche/interventistiche vertebrali e non vertebrali, paziente portatore di dispositivo impiantabile (pacemaker, ICD, endoprotesi vascolare, endo-/artroprotesi articolare, mezzi di sintesi...) anamnesi farmacologica, anamnesi positiva per politrauma, precedente ricovero in terapia intensiva, tabagismo, etilismo, tossicodipendenza, fattori di rischio ambientali-professionali (residenza o lavoro in comunità, residenza o lavoro in ambito rurale, fattori di rischio per zoonosi, viaggi in zone endemiche per specifiche patologie infettive...), condizione socio-economica, accessibilità alle

cure, credo religioso che possa influire sull'iter terapeutico, regime alimentare – consente di valutare i fattori di rischio paziente-specifici e di orientare l'iter diagnostico-terapeutico.

L'iter diagnostico-strumentale prevede l'esecuzione di esami di laboratorio (comprensivi di emocromo, indici di flogosi, funzionalità renale ed epatica, CPK, sierodiagnosi di Vidal-Wright, test Quantiferon TB gold), almeno tre set di emocolture per aerobi ed anaerobi, RM rachide con mezzo di contrasto e/o PET-TC. La biopsia vertebrale, eseguita con metodica percutanea nel paziente in *wash-out* antibiotico, risulta essere necessaria nel momento in cui le emocolture non consentono l'individuazione del microrganismo responsabile della SD.

Il trattamento delle SD prevede l'assunzione di antibiotico-terapia mirata, il trattamento ortopedico vertebrale, secondo quanto previsto dalla Classificazione di Pola et al.², eventuali procedure chirurgiche/terapie mediche associate (in presenza di comorbidità infettive, come ad esempio endocarditi, polmoniti, infezioni delle vie urinarie...) e la correzione di eventuali fattori di rischio. Dal punto di vista vertebrale, lo *Spinal Instability Spondylodiscitis Score* (SISS) descritto da Schömig et al.³ è utile per valutare la stabilità meccanica della SD, al fine di orientare la scelta tra il trattamento ortopedico, conservativo o chirurgico, nei quadri in cui entrambe le opzioni risultano essere ugualmente valide. In tale situazione, la scelta del tipo di trattamento deve prevedere la valutazione di diversi IdG, tra cui lo stato di salute generale del paziente, il quadro infettivologico locale e generale, l'obiettività neurologica, le richieste funzionali del paziente, l'eventuale necessità di ridurre i tempi di recupero e la volontà del paziente di sottoporsi, o meno, ad una procedura chirurgica.

Il paziente sarà successivamente sottoposto ad un follow-up clinico-strumentale infettivologico e vertebrale, fino alla remissione del quadro clinico.

1. *J Clin Med.* 2023; 12:3373

2. *Lo Scalpello Journal* 2022; 36:122-130

3. *Eur Spine J.* 2022; 31:1099-1106

Davide Bizzoca, MD, PhD

UOSD Chirurgia Vertebrale, Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Bari, Bari

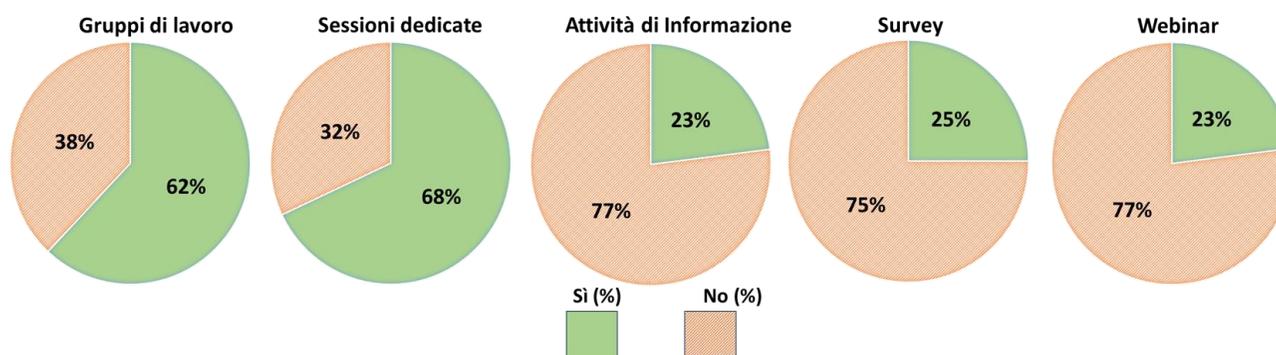
da.bizzoca@gmail.com



L'Osservatorio dedicato alla Medicina di Genere e le Società Scientifiche

Nell'ambito delle tante attività dell'Osservatorio dedicato alla Medicina di Genere (MdG), il Gruppo di lavoro Ricerca e Innovazione ha istituito un tavolo di lavoro con le Società Scientifiche a vario titolo interessate alla Medicina di Genere. L'obiettivo di tale tavolo è avere un quadro della situazione italiana e dell'interesse allo sviluppo della MdG e condividere strategie e metodi di lavoro per l'applicazione della MdG. A questo scopo sono state contattate numerose Società e Associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie accreditate dal Ministero della Salute (Legge n.24, 2017 aggiornata al 27 settembre 2022). Alle Società che hanno risposto positivamente alla nostra richiesta di partecipazione al tavolo di lavoro è stato richiesto di identificare un/a rappresentante per la Medicina di Genere. Ad oggi sono stati organizzati due incontri, il primo nel novembre 2022 e il secondo nel novembre 2023 ai quali i/le rappresentanti sono stati invitati/e a presentare quanto fosse stato fatto e quanto fosse previsto riguardo ad una concreta attenzione alle differenze di sesso e genere da

parte delle Società di appartenenza. I risultati sono stati molto interessanti, soprattutto alla luce dell'aumentato interesse suggerito dal confronto tra il primo e il secondo incontro. Infatti, le Società partecipanti sono state 30 nel 2022 e 55 nel 2023. L'invio di abstract da parte delle Società ha consentito un'analisi dettagliata che, considerando i dati del 2022 come punto zero, evidenzia un'importante crescita delle attività dedicate alla tematica. Ad oggi sappiamo che il 62% delle società ha un gruppo di lavoro dedicato alla Medicina di Genere, e il 68% ha organizzato sessioni dedicate alla MdG all'interno del proprio Congresso Nazionale. Inoltre, è emersa un'importante attenzione ad attività di informazione (il 23% delle Società ha organizzato eventi informativi), alla predisposizione di survey (25%) e all'organizzazione di webinar e seminari (23%). Durante gli incontri, i/le partecipanti hanno brevemente presentato le attività delle rispettive Società Scientifiche focalizzandosi su nuove prospettive, criticità e metodi condivisi".



Tra gli obiettivi, perseguiti fin dalla prima riunione, la proposta di un aggiornamento delle linee guida con l'inclusione dei determinanti di salute legati al sesso e genere. All'incontro del 2022 aveva infatti partecipato il Centro nazionale per l'eccellenza clinica, la qualità e la sicurezza delle cure dell'ISS per illustrare l'iter richiesto per la presentazione di linee guida per la pratica clinica e per scelte di salute pubblica (Legge n. 24/2017). È stato, quindi, un grande risultato l'inserimento nella versione 3.1 del Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG, marzo 2023) della necessità di verificare l'eventuale presenza di differenze di sesso e/o di genere nell'epidemiologia, nelle manifestazioni cliniche, nella prognosi e nella risposta ai trattamenti e produrre, ove necessario, raccomandazioni sesso e genere specifiche. Il gruppo di lavoro ha infine

evidenziato una serie di punti di interesse che vanno dalla necessità di fare formazione sulla Medicina di Genere, alla importanza di divulgare il Piano nazionale per l'applicazione e la diffusione della MdG e i documenti prodotti dall'Osservatorio, alla esigenza di fornire dati disaggregati per sesso e genere. Grande attenzione è stata data al coinvolgimento dei/delle giovani nelle attività delle Società Scientifiche. Il gruppo di lavoro ha rinnovato, infine, la disponibilità dell'Osservatorio e dei Gruppi di Lavoro a fornire supporto e collaborazione alle Società Scientifiche.

<https://www.iss.it/osmg-l-osservatorio>

<https://www.iss.it/documents/20126/0/Medicina+di+Genere+e+Societa%CC%80+scientifiche+2023.pdf/944d4b8c-2de1-f0eb-dc95-8fe5edc6cb23?t=1707311222755>

Valutazione del rischio di morte nei pazienti COVID-19: differenze di genere

L'identificazione delle caratteristiche personali e cliniche che aumentano il rischio di infezione da SARS-CoV-2 e gli esiti avversi rimane una priorità per contrastarne la diffusione e migliorare l'efficacia delle strategie di prevenzione. Nonostante l'importanza di sviluppare approcci personalizzati che tengano conto delle differenze di genere per la prevenzione e il trattamento, le attuali evidenze non forniscono un'indicazione chiara di come il genere possa influenzare la manifestazione e gli esiti del COVID-19. Le evidenze scientifiche esistenti suggeriscono che, sebbene l'incidenza dei casi di COVID-19 sia simile tra uomini e donne, una percentuale più elevata di uomini sono stati ricoverati in ospedale o in terapia intensiva rispetto alle donne. Alcuni studi hanno dimostrato che i pazienti di sesso maschile tendono a manifestare una malattia più grave e tassi di mortalità più elevati rispetto alle pazienti di sesso femminile^{1,2}.

L'età avanzata e la presenza di condizioni preesistenti sono stati identificati come i fattori di rischio più significativi che potrebbero influenzare il livello di gravità di COVID-19. Da un punto di vista biologico, alcune differenze tra i sessi - ad esempio fattori genetici, riproduttivi, ormonali e altri - potrebbero influenzare la suscettibilità al COVID-19 e la sua progressione. Pertanto, sono necessarie ulteriori ricerche per sviluppare programmi di screening personalizzati, strategie preventive e trattamenti che tengano conto delle potenziali differenze di genere. Per rispondere a questa esigenza, nell'ambito dello studio "Modelli innovativi per l'Analisi dati della Sorveglianza Sanitaria Integrata COVID-19" (MASSI), che ha avuto l'obiettivo di analizzare la distribuzione e le caratteristiche dei pazienti positivi per SARS-CoV-2 diagnosticati nella provincia di Catania tra febbraio 2020 e novembre 2021 e sorvegliati dalla Struttura commissariale dell'Azienda Sanitaria Provinciale (ASP) di Catania, è stata condotta un'analisi retrospettiva per comprendere eventuali differenze tra i sessi nella distribuzione delle comorbidità preesistenti e valutare quale di queste poneva gli individui a maggior rischio di morte. Le fonti di dati sono state costituite dal sistema gestionale dell'ASP di Catania e dal portale della Sorveglianza COVID-19 dell'ISS. I risultati di tale studio sono stati pubblicati nel 2023 sulla rivista Heliyon³. In particolare, lo studio epidemiologico ha previsto l'analisi dei dati riferiti a 1.424 pazienti con almeno una comorbidità di base, che sono risultati positivi al test per l'infezione da SARS-CoV-2 nel periodo in studio.

Complessivamente, i maschi rappresentavano il 59,5% del campione totale ed erano significativamente più giovani rispetto alle femmine - età media: 68 anni *versus* 72 anni. Nessuna differenza significativa è stata rilevata rispetto alla percentuale di vaccinati tra maschi e femmine. Il confronto della frequenza di comorbidità per genere ha mostrato differenze significative nella presenza di diabete, di altre malattie metaboliche e di obesità.

Sebbene non fosse evidente alcuna differenza nella mortalità tra i pazienti COVID-19 dei due sessi, sia i maschi che le femmine avevano un rischio di morte significativamente più elevato se presentavano comorbidità quali malattie cardiovascolari, malattie renali o malattie neurologiche croniche. Inoltre, il diabete e le malattie respiratorie croniche erano fattori di rischio significativi per la mortalità a seguito di COVID-19 tra gli uomini, mentre il cancro rappresentava un fattore significativo tra le donne. Ciò sottolinea l'importanza di considerare la distribuzione e l'impatto delle comorbidità preesistenti per valutare il rischio di COVID-19 e le sue complicanze. La conferma di questi risultati, mediante ulteriori ricerche metodologicamente appropriate, e il miglioramento della consapevolezza sull'utilità della medicina e della prevenzione specifica per genere, potrebbero potenzialmente ridurre le disparità, supportare lo sviluppo di indicazioni, raccomandazioni e linee guida sulle misure da attuare, tenendo conto delle caratteristiche e dei bisogni specifici di sottogruppi di popolazione all'interno di ciascun genere.

1. *Front Public Health* 2020; 8: 152

2. *Cardiovasc Res* 2020; 116: 2197-2206

3. *Heliyon* 2023; 9: e18109

Prof.ssa Martina Barchitta

Prof.ssa Antonella Agodi

Dipartimento di Scienze Mediche, Chirurgiche e Tecnologie Avanzate "G.F. Ingrassia", Università degli Studi di Catania

Gruppo di lavoro "Prevenzione di Genere" della Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica, SItI



Infopoint e cardiologie ospedaliere aperte: il segreto nel cuore delle donne

La campagna di prevenzione delle malattie cardiovascolari promossa dalla Fondazione per il Tuo Cuore - HCF Onlus e dall'ANMCO (Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri), si è espressa in una giornata dedicata alla Cardiologia di Genere in data 13 dicembre 2023 con l'attivazione di un Infopoint; una mail dedicata alle istanze dei cittadini in merito all'argomento a cui hanno risposto numerosissimi cardiologi ANMCO. Un grande successo in termini di partecipazione anche mediatica. Inoltre, tale iniziativa è stata rafforzata da una successiva promozione, con un'ulteriore giornata dedicata al medesimo aspetto proprio nel giorno del "cuore", il 14 febbraio 2024, nell'ambito del progetto "Cardiologie Aperte", traducendosi in attenzione alle donne ed ai fattori di rischio genere specifici. Ogni cardiologia ha sviluppato questa finalità in modo variegato: distribuzione di opuscoli informativi, dibattiti sul tema, counselling su argomenti genere specifici anche mediante una diffusa e capillare capacità di ascolto, organizzata tramite il numero verde 800 05 22 33. L'obiettivo predominante, anche in questo caso, è promuovere lo sviluppo della conoscenza nel settore medico scientifico di genere.

Avvicinando sempre di più le donne all'ospedale e offrendo loro ascolto, si è cercato di sensibilizzarle a non sottovalutare i sintomi ed evitare un'erogazione ritardata di terapie farmacologiche o interventistiche e, quindi, un'aumentata morbilità e mortalità femminile. Molte sono state le domande rivolte dalle utenti ai sanitari sui fattori di rischio genere specifici, così come molte sono state le istanze dei medici del territorio e di altre specialità su questa profilazione della cardiologia.

È necessario diffondere la conoscenza della medicina personalizzata partendo proprio dal genere, compendio del profilo biologico ed ambientale-comportamentale. Riconsiderare quell'errata convinzione che le donne rappresentino una popolazione a basso rischio cardiovascolare è il primo passo per ridurre l'impatto epidemiologico delle patologie in oggetto. L'obiettivo del futuro è l'implementazione nella pratica clinica dei percorsi diagnostico-terapeutici specifici in modo da ottimizzare anche la programmazione sanitaria, l'appropriatezza e l'efficacia delle terapie e contribuire a rinsaldare l'equità delle cure, un pilastro fondamentale del Servizio Sanitario Nazionale.

I cardiologi italiani sono pronti a sfidare il gender gap e rendere così paritario il trattamento e la gestione delle patologie cardiovascolari per le donne e non solo, questa modalità di approccio ai problemi di salute rappresenterà la medicina del futuro ove ogni paziente sarà un piccolo specifico universo, posto al centro di terapie, stilate in modo esclusivo e peculiare.

Dott. Fabrizio Oliva
Presidente ANMCO
Direttore Cardiologia 1 – Emodinamica Asst Ospedale
Metropolitano Niguarda - Milano

Prof. Domenico Gabrielli
Presidente Fondazione per il Tuo cuore – HCF Onlus
Direttore Cardiologia Ospedale San Camillo - Roma

Dott.ssa Maria Teresa Manes
Chairperson Area Cardiologia di Genere ANMCO
Direttore Cardiologia Ospedale Spoke - Paola-Cetraro (CS)



Disagio mentale, il genere come fattore di diversità

Il peso globale dei disturbi mentali è in continua crescita, con un conseguente impatto sulla salute e sui principali aspetti sociali, umani ed economici in tutti i Paesi. In questo contesto, l'Indice di Salute Mentale, ottenuto dalla sintesi dei punteggi totalizzati da ciascun individuo di età 14 anni ed oltre, a cinque quesiti estratti dal questionario SF36 (*36-Item short form survey*), permette di quantificare lo stato di salute mentale di un individuo e di una popolazione. I quesiti fanno riferimento alle quattro dimensioni principali della salute mentale (ansia, depressione, perdita di controllo comportamentale o emozionale e benessere psicologico). L'indice varia tra 0 e 100, con migliori condizioni di benessere psicologico al crescere del valore dell'indice.

Nel 2022 l'Indice di Salute Mentale assume in Italia il valore di 68,7, in lieve miglioramento rispetto ai valori del 2019 (+0,9%; uomini +1,0% vs donne +0,8%). Tale indice decresce con l'età, a indicare peggiori condizioni tra i più anziani. Inoltre, dal punto di vista del genere, le donne presentano, in tutti gli anni considerati, valori minori rispetto agli uomini (Tabella).

In generale, la pandemia COVID-19 ha avuto un forte impatto sugli individui soprattutto anziani, ma anche tra i

giovani che, in una fase già delicata della loro vita, sono stati esposti ad un forte disagio e ad una compromissione del benessere mentale.

Nonostante ciò, nel 2022 si osservano per il genere maschile aumenti in tutte le classi di età considerate (range 0,7-1,8%) ad eccezione delle classi di età 20-24 anni (-0,3%) e 75 anni ed oltre (-0,6%). Per il genere femminile, invece, gli aumenti si registrano a partire dai 35 anni ed oltre (range 1,4-2,1%), mentre le diminuzioni si osservano nella fascia di età 14-34 anni. Nello specifico, il decremento maggiore si registra nella classe di età 20-24 anni (-2,3%), seguita dalle classi di età 25-34 anni (-1,6%) e 14-19 anni (-1,1%) (Tabella).

L'analisi dell'evoluzione dell'indice di salute mentale nelle diverse fasce di età ed in base al genere, integrata con i dati del territorio e le caratteristiche sociali e storiche peculiari degli anni di riferimento, può fornire dati utili agli interventi di promozione della salute mentale, miglioramento dell'offerta e programmazione dei servizi in un approccio globale di Sanità Pubblica orientato alla riduzione delle disuguaglianze e discriminazioni.

Tabella Indice di salute mentale (SF36 - Punteggi medi) per genere ed età - Anni 2019-2022

Età	Maschi				Femmine				Totale			
	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022
14-19	74,9	76,5	74,1	75,4	70,6	71,2	66,6	69,8	72,9	73,9	70,3	72,6
20-24	71,5	72,0	72,1	71,3	69,3	66,8	65,9	67,7	70,4	69,6	69,2	69,6
25-34	70,3	71,1	71,3	71,1	70,0	69,0	68,2	68,9	70,1	70,1	69,8	70,0
35-44	71,2	73,1	71,4	72,5	67,7	69,3	68,6	69,3	69,5	71,2	70,0	70,9
45-54	69,8	71,0	71,3	70,7	66,3	66,3	66,3	67,1	68,0	68,6	68,8	68,9
55-64	69,0	69,8	69,9	69,8	64,8	64,9	65,1	65,5	66,9	67,3	67,4	67,6
65-74	69,8	70,2	70,9	71,0	64,8	63,7	64,9	65,9	67,1	66,8	67,7	68,3
75+	67,9	66,8	66,7	67,5	60,8	60,4	61,4	61,9	63,6	63,0	63,5	64,2
Totale	70,2	71,0	70,8	70,9	66,1	65,9	65,7	66,6	68,1	68,4	68,2	68,7

Fonte dei dati: BES Rapporto 2022. Anno 2023

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



UNIVERSITÀ
 CATTOLICA
 del Sacro Cuore



Monitoraggio ambulatorio della pressione arteriosa e differenze di sesso

Il monitoraggio ambulatorio della pressione arteriosa è la metodica di riferimento per una stima accurata della pressione arteriosa¹. La tecnica consiste nella misurazione automatica nel corso delle 24 ore, ad intervalli prefissati (in genere ogni 15-20 minuti), della pressione arteriosa mediante un misuratore automatico da braccio. Rispetto alla misurazione in ambiente clinico, il monitoraggio ambulatorio della pressione arteriosa ha il vantaggio di essere quasi completamente esente dall'effetto camice bianco e di permettere una stima del livello pressorio del soggetto in condizioni dinamiche, con un valore prognostico superiore a quello della pressione arteriosa clinica. Esso permette inoltre di identificare i vari fenotipi pressori tra i quali spiccano per importanza l'ipertensione mascherata, una condizione caratterizzata da valori pressori normali in ambiente clinico ed elevati nel corso delle 24 ore ed associata ad un aumentato rischio di eventi cardiovascolari, e l'ipertensione da camice bianco (valori elevati in clinica e normali nelle 24 ore), una condizione più innocua, ma che può essere causa di errata diagnosi di ipertensione arteriosa.

E' noto come la pressione arteriosa sia modulata nel corso della vita in maniera differente tra i sessi, a causa di differenze nei meccanismi di controllo neuroendocrino del circolo. Di fatto la prevalenza di ipertensione arteriosa è meno frequente nelle donne rispetto agli uomini prima della menopausa, mentre supera quella degli uomini dopo i 65 anni di età, associandosi inevitabilmente ad un aumentato rischio di eventi cardiovascolari (in particolar modo infarto miocardico e ictus)¹. Al momento sono pochi gli studi che hanno analizzato possibili differenze tra i sessi nel controllo pressorio delle 24 ore. Il più rilevante di essi, condotto in Spagna su 29.148 soggetti (48% donne), ha documentato una più elevata frequenza di ipertensione da camice bianco ed una minore prevalenza di ipertensione mascherata nelle donne². Tuttavia, questo ed altri studi basati su campioni più piccoli non hanno mai sistematicamente analizzato nel dettaglio differenze nelle complesse componenti del profilo pressorio delle 24 ore, la cui conoscenza potrebbe aiutare a migliorare la gestione dell'ipertensione arteriosa e prevenire efficacemente gli eventi cardiovascolari.

Nello studio *TEMPLAR (TEleMonitoring of blood Pressure in Local phARmacies)* – www.templarnet.org) abbiamo analizzato registrazioni ambulatorie della

pressione arteriosa ottenute in 52.911 soggetti (54% donne)³. In questo studio, che rappresenta il primo su larga scala del suo genere, il controllo pressorio nel corso delle 24 ore e nei sottoperiodi diurno e notturno era migliore nelle donne, che tuttavia mostravano una variabilità pressoria aumentata, condizione che può esporre ad un aumentato rischio cardiovascolare a parità di valori pressori medi. Di contro gli uomini mostravano un ridotto calo pressorio notturno ed un marcato incremento pressorio mattutino (al risveglio), condizioni entrambe associate ad un aumentato rischio cardiovascolare. Per quanto riguarda i fenotipi pressori, la prevalenza di ipertensione arteriosa sostenuta (elevata sia in ambiente clinico che nelle 24 ore) e mascherata era maggiore nei maschi (47% e 16% rispetto a 31% e 14% nelle femmine) e quella dell'ipertensione da camice bianco nelle femmine (17% rispetto a 13% nei maschi). Le differenze tra i sessi nei livelli e nei profili pressori delle 24 ore erano confermate in tutti i sottogruppi ad alto rischio cardiovascolare che includevano pazienti in trattamento antiipertensivo, diabetici, dislipidemici e pazienti con precedente malattia cardiovascolare.

La nostra analisi ha quindi evidenziato l'esistenza di complesse differenze tra i sessi nei profili pressori ambulatori, con un quadro in genere migliore nelle donne rispetto agli uomini, ed ha confermato l'importanza del monitoraggio ambulatorio della pressione arteriosa come strumento per rendere la diagnosi di ipertensione arteriosa più accurata. La conoscenza di tali differenze tra i sessi può aiutare il medico a personalizzare la gestione del paziente iperteso.

1. *J Hypertens* 2023; 41:1874-2071

2. *Am J Med.* 2008; 121:1078-1084

3. *Hypertension* 2023; 80:1417-1426.

**Prof. Stefano Omboni,
MD, FESC, ISHF**

**Istituto Italiano di
Telemedicina, Solbiate Arno,
Varese
Dipartimento di Cardiologia,
Sechenov First Moscow State
Medical University, Mosca,
Federazione Russa**



Rischi all'interfaccia uomo-animale-ambiente: integrazione dell'analisi di genere nel quadro One Health

La salute del pianeta e dell'umanità sono minacciate dalla perdita di biodiversità, malattie, crisi climatiche e modelli di produzione insostenibili, in particolare quelli alimentari¹.

L'approccio "One Health" considera l'interdipendenza tra gli aspetti ambientali, la salute umana e animale, e promuove una collaborazione multisetoriale di politiche, sistemi e processi che sono messi in atto per prevenire e mitigare i rischi emergenti all'interfaccia uomo-animale-ambiente. One Health ed "Ecohealth", integrazione degli aspetti di sostenibilità ambientale e salute, convergono in un approccio focalizzato sulla resilienza dei sistemi biologici a tutti i livelli².

In questo quadro analizzare la variabile di genere consente di integrare in maniera trasversale, olistica e transdisciplinare la politica One Health.

Il genere si definisce come la somma dei ruoli e comportamenti determinati dal contesto sociale appreso e adottato dagli uomini e donne che portano a identità e ruoli diversi considerati adatti per ognuno di essi³. Recenti studi hanno analizzato la dimensione di genere all'interfaccia uomo-animale-ambiente tramite diversi approcci metodologici di analisi. Alcuni autori hanno rappresentato due scenari di rischio di malattie all'interfaccia uomo-animale-ambiente, specifici per genere; nei due casi, che definiscono il rischio di infezione da influenza aviaria e leptospirosi, la dinamica dell'esposizione e della conseguente infezione sono influenzate da fattori ambientali e di salute animale. In entrambi gli scenari gli autori si focalizzano sul ruolo del genere in termini di attività, comportamenti e ruoli sociali che guidano l'esposizione e il rischio di infezione che risulta diverso tra uomo e donna a seconda dei contesti e della comunità analizzata². Gli stessi autori, proponendo un approccio ecologico, hanno scoperto che il divario di genere, nel livello di istruzione seguito dall'empowerment politico, era elevato ed era fortemente correlato con l'aspettativa di vita, la salute ambientale e la vitalità dell'ecosistema. Garnier e co-autori, invece, hanno sviluppato un quadro per integrare l'analisi di genere, basato sui diritti umani e approccio sanitario a tutti i livelli della società, al fine di proteggere la natura, migliorare la salute e il benessere e prevenire l'emergere di minacce all'interfaccia uomo-animale-ambiente. Gli autori hanno esaminato i rapporti tra i

rischi all'interfaccia ed il genere inteso come ruoli, responsabilità sociali, disuguaglianze sociali nella salute e nell'ambiente, anche in un contesto di cambiamento climatico, analizzando le differenze di genere e valutando i gap ancora da colmare. Tra i rischi evidenziati, citano 1) le malattie infettive emergenti e zoonosi endemiche, nelle quali esistono differenze specifiche di genere nei rischi e nell'esposizione tra uomini e donne; 2) i conflitti uomo-fauna selvatica, che nascono dalla perdita economica nel settore agricolo e dalla competizione per il cibo e risorse idriche; 3) le disuguaglianze tra uomini e donne rispetto ai ruoli in agricoltura, in cui la presenza delle donne, in molti paesi a basso e medio reddito, sta diventando sempre più rilevante ma è sottovalutata e sottopagata con conseguenti maggiori barriere nell'accesso all'educazione sanitaria, ai servizi e alle finanze, a causa delle norme di genere. Inoltre, in uno scenario di cambiamento climatico, si è evidenziata la vulnerabilità delle donne indigene a causa della forte dipendenza dalle risorse naturali e della discriminazione razziale¹.

In conclusione, uomini e donne sono sistematicamente esposti a una serie di fattori che possono condizionare il loro benessere; questa esposizione è influenzata dal genere, dalle regole sociali e dai comportamenti. Ne consegue che l'analisi di genere è un elemento essenziale per massimizzare il potenziale del One Health, costituendo una lente per analizzare, prevenire e mitigare i rischi all'interfaccia uomo-animale-ambiente, più efficacemente, identificando in dettaglio i gruppi target coinvolti in specifici contesti.

1. *One Health Outlook*. 2020; 2: 22

2. *One Health*. 2023; 16:100530

3. *Soc Sci Med*. 2012;74: 1675-83

Dott.ssa Claudia Cataldo

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



- **The influence of gender on the epidemiology of and outcome from sepsis associated acute kidney injury in ICU: a retrospective propensity-matched cohort study**

Eur J Med Res. 2024; 29: 56
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38229118/>

La sepsi è una condizione potenzialmente letale ed è causata da una disregolata risposta immunitaria ad una infezione che porta ad una disfunzione multipla degli organi. I reni sono tra gli organi più vulnerabili e più frequentemente colpiti, con conseguente danno renale acuto (SA-AKI). Gli autori dello studio valutano l'effetto del genere sull'epidemiologia e sugli esiti clinici di pazienti con SA-AKI sottoposti a terapia intensiva. I risultati dimostrano che i pazienti maschi hanno un'incidenza più alta di SA-AKI rispetto alle donne che invece presentano un rischio più alto di mortalità in terapia intensiva e intraospedaliera. Gli autori suggeriscono ulteriori studi al fine di approfondire l'effetto delle differenze di genere sui pazienti con SA-AKI.

- **Sex hormone signaling and regulation of immune function**

Immunity. 2023; 56: 2472-2491
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37967530/>

L'influenza degli ormoni sessuali sulle funzioni delle cellule del sistema immunitario rappresenta un aspetto cruciale alla base della diversa risposta immunitaria tra uomini e donne. L'effetto degli estrogeni, androgeni e progestinici sulla risposta immunitaria dipende sia dalla loro concentrazione sia dalla densità e distribuzione dei recettori ormonali. In questa review, gli autori descrivono i pathways cellulari e molecolari regolati dal signaling dei recettori degli ormoni sessuali nelle cellule immunitarie suggerendo inoltre il loro possibile contributo nel determinare differenze di sesso, età e stato riproduttivo nella funzione immunitaria e negli esiti delle malattie immunomediate.

- **Sex-specific differences in intestinal microbiota associated with cardiovascular diseases**

Biol Sex Differ. 2024; 15: 7
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38243297/>

Il microbiota intestinale influenza lo sviluppo delle malattie cardiovascolari che hanno una prevalenza maggiore negli uomini rispetto alle donne. Gli autori dello studio dimostrano che la composizione del microbiota intestinale è diversa negli uomini e nelle donne e che la disbiosi del microbiota intestinale associata alla cardiopatia coronarica (CHD) è parzialmente sesso-specifica. Questi risultati contribuiscono a spiegare l'influenza del dimorfismo sessuale nell'incidenza della CHD e sono particolarmente importanti per lo sviluppo di strategie e terapie efficaci sesso-specifiche volte a ridurre l'incidenza e la recidiva delle malattie metaboliche e cardiovascolari.

- **Sex differences in coronary artery bypass graft surgery outcomes: a narrative review**

J Thorac Dis 2023; 15: 5041-5054
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37868858/>

Il bypass aorto-coronarico (BPAC) è l'intervento chirurgico più eseguito nel mondo. Tale intervento ha esiti clinici peggiori nella donna rispetto all'uomo. In questa review narrativa, gli autori indagano sui possibili fattori responsabili delle differenze di sesso negli esiti clinici del BPAC, suggerendo l'importanza di future ricerche mirate per colmare il gap tra uomini e donne.

- **Elevated systolic pulmonary artery pressure is a substantial predictor of increased mortality after transcatheter aortic valve replacement in males, not in females**

Clin Res Cardiol. 2024; 113: 138-155
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37750991/>

L'ipertensione polmonare (PH) in pazienti con stenosi della valvola aortica grave (SA) è associata ad un aumento della mortalità dopo sostituzione transcatterale della valvola stessa (TAVR). In questo studio retrospettivo e multicentrico gli autori valutano, nei due sessi, l'effetto prognostico della PH prima dell'intervento, sulla sopravvivenza dei pazienti con TAVR. I risultati dimostrano che il sesso maschile è un fattore di rischio di morte prematuro dopo TAVR in pazienti con PH e grave SA. Dunque, negli uomini con SA grave ed elevata pressione dell'arteria polmonare sistolica, l'indicazione alla TAVR dovrebbe essere valutata in modo più critico, mentre nelle donne la PH non dovrebbe rappresentare un criterio di esclusione per l'intervento di TAVR.

- **Sex and gender differences on the impact of metabolism-disrupting chemicals on obesity: A systematic review**

Nutrients. 2024; 16: 181
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38257074/>

L'obesità rappresenta un importante problema di salute pubblica, ed è causata da fattori genetici, ambientali e comportamentali. In particolare, sostanze chimiche che alterano il metabolismo (MDC) possono influenzare lo sviluppo e la funzione del tessuto adiposo. Questa revisione sistematica ha analizzato l'associazione tra l'esposizione a MDC ed obesità, con un focus specifico sulle risposte sesso e genere specifiche, evidenziando che gli MDC possono determinare effetti diversi in uomini e donne e nelle diverse fasi della vita. I risultati ottenuti mostrano la necessità di condurre studi epidemiologici che tengano conto del sesso e del genere, per poter sviluppare strategie di prevenzione mirate sesso/genere specifiche al fine di ridurre l'esposizione e migliorare le politiche di sanità pubblica.

5° Congresso Nazionale sulla Medicina di Genere

Padova, 03-05 ottobre 2024

è aperta la sottomissione degli abstracts, deadline 15 Luglio 2024

Per informazioni
segreteria@sabiwork.it

<https://www.sabiwork.it/evento/5-congresso-nazionale-sulla-medicina-di-genere/>

➔ **Ulteriori notizie in ultima pagina**



TEMI DEL CONGRESSO
Nuove sfide della medicina di genere in:

- Oncologia
- Immunologia
- Farmacologia
- Neuroscienze
- Pediatria
- Cardiologia
- Malattie infettive
- Malattie respiratorie
- Medicina generale
- Ricerca preclinica
- Rapporto medico-paziente
- Genetica ed Epigenetica
- Epidemiologia
- Identità di genere
- Prevenzione (One Health)
- Bioetica
- Dispositivi sanitari
- Intelligenza Artificiale
- Economia sanitaria e HTA
- Formazione e diffusione
- Comunicazione e fake news
- Società Scientifiche
- Regioni
- Altre specialità

Presidente del Congresso:
Giovanna Baggio
Presidente del Centro Studi Nazionale
su Salute e Medicina di Genere

Profilo e Segreteria Organizzativa:
Saba Work Srl - via Ospedale Civile n° 33
Padova - Tel. 049 7187069
segreteria@sabiwork.it - www.sabiwork.it

Segreteria Scientifica:
Centro Studi Nazionale su Salute e Medicina di Genere
(medicinadi genere@sabiwork.it)

Isolazioni e Accredimento ECM:
L'iscrizione è obbligatoria attraverso il link
www.sabiwork.it/convegno-medicina-di-genere-2024-registrazione/

Quota di partecipazione: € 200,00
Dottorandi, Specializzandi e Soci
del Centro Studi Nazionale su Salute
e Medicina di Genere in regola
con la quota associativa 2024: € 100,00
Studenti: Gratuito

L'evento è accreditato per 150 partecipanti
e rivolto a Medici e a tutte le Professioni Sanitarie.

Abstracts (orali/poster) sulle tematiche del Congresso:
Termine per l'invio: 15 luglio attraverso il link
www.sabiwork.it/convegno-medicina-di-genere-2024-abstract/

Eventi e corsi in Italia

- **Convegno Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Brescia - Commissione Medicina Genere-Specifica I Fattori di rischio delle malattie cardiocerebro-vascolari: differenze di genere**
Brescia, 6 aprile 2024
Per tutte le informazioni: <https://www.ordinemedici.brescia.it/>
- **Convegno Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Rimini Differenze di genere nelle patologie intestinali**
Rimini, 6 aprile 2024
Per tutte le informazioni: <https://www.omceo.rn.it/formazione/>
- **6° Incontro di reumatologia percorsi innovativi e medicina di precisione Oncologia e Genere in Reumatologia**
Capaccio Paestum, 12 – 13 aprile 2024
Per tutte le informazioni: <https://www.reumatologia.it/>
- **Evento Associazioni Regionali Cardiologi Ambulatoriali Medicina di Genere**
Roma, 12-13 aprile 2024
Per tutte le informazioni: <https://www.arcacardio.eu/>
- **La pediatria di genere**
Roma, 19 aprile 2024
Per tutte le informazioni: <https://formazione.ospedalebambinogesu.it/>
- **XLII Congresso Nazionale AIDM Curare il cuore e custodire il cervello. Dalla Medicina di Genere alla Medicina Integrata dei Sistemi**
Parma, 26-28 aprile 2024
Per tutte le informazioni: <https://www.donnemedico.org/notizie/>
- **4° Congresso nazionale SIMEGEN Neuroscienze di genere: terapie, nuove tecnologie e intelligenza artificiale**
Milano, 8-9 maggio 2024
Per tutte le informazioni: <https://biomedia.net/8397/>
- **Corso di alta formazione in oncofertilità'**
Roma, 8-11 maggio • 3-5 ottobre (sessione dedicata alla MdG) 2024
Per tutte le informazioni: <https://www.ellesseeventi.it/>
- **La medicina di genere in pneumologia - focus-on Prevenzione, diagnosi e cura delle malattie respiratorie**
Bologna, 7-8 giugno 2024
Per tutte le informazioni: <https://aiporicerche.it/it/>

Eventi internazionali

- **Meeting annuale OSSD**
Bergen, Norway, 6-9 maggio 2024
Per tutte le informazioni: <https://www.ossdweb.org/>

Corsi FAD

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

XIII CONCORSO A.M.M.I. 2024

Concorso Ricerca di Medicina e Farmacologia di Genere Specifiche

Per tutte le informazioni:

<https://www.ammiitalia.it/concorsi-ammi/concorso-di-ricerca-di-medicina-e-farmacologia-genere-specifico>

Verso un'equità di genere nella salute e nella ricerca: il Libro bianco di Fondazione Onda 2023

Uguaglianza ed equità: due pilastri del nostro SSN, talvolta erroneamente intesi come sinonimi. L'uguaglianza presuppone di poter fruire dei medesimi diritti, mentre l'equità si basa sulla modulazione degli interventi in relazione alle specificità, tenendo conto delle differenze. Ed è proprio sulla valorizzazione delle differenze che si fonda la Medicina di Genere, al fine di assicurare pari opportunità nell'ambito della prevenzione, della diagnosi e della cura.

La Medicina di Genere è il fil rouge anche di questo libro che, partendo dall'analisi dei determinanti sociali che impattano sulla salute, in uno scenario fortemente connotato da differenze regionali e in cui sta prendendo forma quanto previsto dal DM 77/2022, approfondisce il ruolo di un approccio sesso e genere-specifico nelle diverse fasi della vita con particolare riferimento all'età pediatrica, all'età fertile e a quella geriatrica. Sono poi trattate le differenze di genere e salute, mettendo a fuoco alcuni ambiti specifici, come quello del lavoro, delle malattie rare, della disabilità, della violenza, nonché della popolazione straniera e carceraria. In contesti pur così diversificati, il comune denominatore è l'ottica di genere, quale presupposto irrinunciabile per impostare politiche orientate ad affrontare e superare le disuguaglianze. L'ultima parte del libro è dedicata al gender gap nella sanità, nella ricerca scientifica e nell'innovazione digitale: siamo in una fase ormai di profonda consapevolezza, in cui il cambiamento è in atto, ma ancora c'è molta strada da percorrere. Il volume è integralmente scaricabile dal sito dell'editore FrancoAngeli <https://www.francoangeli.it>

A cura di Dott.ssa Francesca Merzagora
Presidente Fondazione Onda



**VERSO UN'EQUITÀ
DI GENERE
NELLA SALUTE
E
NELLA RICERCA**

Libro bianco 2023



FrancoAngeli 

Medicina di Genere Newsletter

Ideato dal Prof. Walter Malorni

Responsabile: Luciana Giordani

REDAZIONE

Federica Delunardo e Beatrice Scazzocchio

COMITATO EDITORIALE

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

Elena Ortona e Giovannella Baggio (Centro Studi Nazionale su Salute e Medicina di Genere)

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

CONTATTACI

Centro di Riferimento per la
Medicina di Genere

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

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

La riproduzione degli articoli è autorizzata, tranne che per fini commerciali, citando la fonte. I pareri o le posizioni espressi in questa Newsletter non rispecchiano necessariamente in termini legali la posizione ufficiale del Centro di Riferimento per la Medicina di Genere (ISS), del Centro Studi Nazionale su Salute e Medicina di Genere e del Gruppo Italiano Salute e Genere. Tutti i link sono aggiornati al momento della pubblicazione. Ogni responsabilità sul contenuto dei contributi pubblicati nella Newsletter è completamente a carico degli autori/autrici, che sono responsabili anche delle dichiarazioni relative alle affiliazioni.

5^o CONGRESSO NAZIONALE

sulla **MEDICINA di GENERE**

**3-5
OTTOBRE
2024**

Hotel
Best Western
Galileo
PADOVA

TEMI DEL CONGRESSO

Nuove sfide della medicina di genere in:

- Oncologia
- Immunologia
- Farmacologia
- Neuroscienze
- Pediatria
- Cardiologia
- Malattie infettive
- Malattie respiratorie
- Medicina generale
- Ricerca preclinica
- Rapporto medico-paziente
- Genetica ed Epigenetica
- Epidemiologia
- Identità di genere
- Prevenzione (*One Health*)
- Bioetica
- Dispositivi sanitari
- Intelligenza Artificiale
- Economia sanitaria e HTA
- Formazione e diffusione
- Comunicazione e *fake news*
- Società Scientifiche
- Regioni
- Altre specialità

Presidente del Congresso:

Giovanella Baggio

*Presidente del Centro Studi Nazionale
su Salute e Medicina di Genere*

Provider e Segreteria Organizzativa:

Sabi Work Srl - via Ospedale Civile n° 33
Padova - Tel. 049 7387069

segreteria@sabiwork.it - www.sabiwork.it

Segreteria Scientifica:

Centro Studi Nazionale su Salute e Medicina di Genere
(medicinadigenere@aopd.veneto.it)

Iscrizioni e Accredimento ECM:

L'iscrizione è obbligatoria attraverso il link
www.sabiwork.it/convegno-medicina-di-genere-2024-registrazione/

Quota di partecipazione: € 200,00

*Dottorandi, Specializzandi e Soci
del Centro Studi Nazionale su Salute
e Medicina di Genere in regola
con la quota associativa 2024:*

€ 100,00

Studenti:

Gratuita

L'Evento è accreditato per 150 partecipanti
e rivolto a Medici e a tutte le Professioni Sanitarie.

Abstracts (orali/poster) sulle tematiche del Congresso:

Termine per l'invio: 15 luglio attraverso il link

www.sabiwork.it/convegno-medicina-di-genere-2024-abstract/