



theFuture ofScience andEthics

Rivista scientifica a cura del Comitato Etico
della Fondazione Umberto Veronesi

Volume 1 numero 2 ■ novembre 2016



**Fondazione
Umberto Veronesi**
– per il progresso
delle scienze

**Documenti del
Comitato Etico
della
Fondazione
Umberto Veronesi**

Decalogo dei diritti delle donne a una medicina delle differenze

1 ■ Diritto a cure fondate su una ricerca scientifica attenta alle differenze di genere e ai fattori di rischio sanitario specifici per le donne e diritto a farmaci e dispositivi medico-chirurgici clinicamente sperimentati su donne.

2 ■ Diritto a vedere riconosciuta la specificità di genere nella formazione permanente dei medici e degli operatori sanitari.

3 ■ Diritto a conoscere i principali determinanti sociali e culturali dei fattori di rischio sanitario e delle malattie maggiormente diffuse nella popolazione femminile, nonché diritto a iniziative mirate di promozione della consapevolezza circa il proprio stato di salute o la propria malattia.

4 ■ Diritto alla gratuità delle cure appropriate in gravidanza, ivi compresi gli atti diagnostici, e alla centralità per il Sistema Sanitario Nazionale delle strutture e dei presidi dedicati alla maternità, nonché diritto a forme di sostegno psicologico in condizioni di fragilità durante la gestazione e il post partum o in caso di eventi emotivamente stressanti quali le gravidanze a rischio e la nascita di neonati prematuri o con disabilità.

5 ■ Diritto a un equo accesso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita economicamente sostenibili e di qualità nonché diritto all'appropriatezza dei trattamenti e a un'informazione trasparente anche sulle percen-

tuali di successo delle tecniche.

6 ■ Diritto a un'informazione diffusa e declinata in un'ottica di genere su sessualità, riproduzione, prevenzione e cura dell'infertilità, contraccezione e misure di protezione da infezioni sessualmente trasmissibili.

7 ■ Diritto a un accesso sicuro a servizi sanitari pubblici ove effettuare l'interruzione di gravidanza che garantisca la disponibilità di luoghi protetti e la presenza di operatori sanitari non obiettori in proporzione alla popolazione femminile residente.

8 ■ Diritto a cure culturalmente ed eticamente accettabili in base al proprio libero orientamento religioso, soprattutto se riguardanti la sfera sessuale e riproduttiva e in generale la relazione medico-paziente.

9 ■ Diritto a non subire mutilazioni genitali o interventi penalizzanti l'integrità fisica e psichica nonché diritto a non subire pressioni psicologiche o imposizioni riguardo al proprio corpo e alla gestione della salute.

10 ■ Diritto a ricevere cure e interventi di medicina estetica di qualità, certificata e aderente agli standard di biosicurezza dei materiali e diritto alla consulenza psicologica per l'esplorazione delle motivazioni e dell'eventuale dispercezione corporea che sono a fondamento della richiesta di intervento.

Il diritto delle donne alla salute

Women's right to health

Rita El Khayat

ritaalkhayat@gmail.com

AFFILIAZIONE

Medico psichiatra,
scrittrice, antropologa

ABSTRACT

Il testo prende le mosse dal *Decalogo dei diritti delle donne a una medicina delle differenze* del Comitato Etico della Fondazione Umberto Veronesi per descrivere lo stato di salute delle donne nel mondo e nei paesi in via di sviluppo, sottolineando che il diritto all'istruzione di tutte le ragazze è la condizione essenziale per l'eliminazione delle disparità di salute nel mondo.

ABSTRACT

This text departs from the Decalogue on women's rights for a gender-based medicine, published by the Ethics Committee of the Fondazione Umberto Veronesi, to describe the health status of women around the world and in developing countries, underscoring that the right to receive an education is an essential precondition for erasing global health-inequalities.

KEYWORDS

Diritti delle donne
Women's rights

Medicina delle differenze
Gender-based medicine

Disparità di salute
Health inequalities

Analfabetismo
Illiteracy

Povertà
Poverty

La mia profonda rivolta contro i compagni di università e alcuni dei miei professori di medicina è un grido contro la molestia sessuale, sistematica e tabù, per cui ho molto sofferto: il campo scientifico è un mondo maschile e maschilista, il Sapere e il Potere una prerogativa maschile. Senza la femminilizzazione paritaria di tali campi, la condizione delle donne non evolverà.

A - LA SALUTE DELLE DONNE NEL MONDO.

Le donne vivono in media quattro anni più degli uomini e la loro speranza di vita alla nascita è pari a 80 anni in 46 paesi e di soli 58 anni in Africa. Le ragazze rischiano molto più dei ragazzi di essere vittime di abusi sessuali, gli incidenti stradali sono la prima causa di decesso degli adolescenti nei paesi con alto reddito. Le malattie cardiovascolari sono la prima causa di decesso delle donne. Il cancro del seno è il più mortale nelle donne tra i 20 e i 59 anni, quello del collo dell'utero è il secondo più frequente nel 99% dei casi, dovuto all'infezione genitale per papilloma virus umano a trasmissione sessuale e il 90% dei casi riguarda le donne dei paesi a basso reddito, per mancanza di diagnosi precoce e di trattamento. Da 0 a 9 anni, il tasso di mortalità e le cause di decesso sono le stesse per ragazzi e ragazze, quelli dai 10 ai 19 anni sono spesso depressivi e muoiono per ferite autoinflitte, incidenti stradali e annegamenti.

Per le donne tra i 15 e i 44 anni, in età di procreazione, l'HIV/AIDS è la causa principale della loro mortalità nel mondo: i rapporti sessuali non protetti sono il primo fattore di rischio nei paesi poveri. I fattori biologici, l'assenza di accesso all'informazione e ai servizi sanitari, la vulnerabilità economica e l'ineguaglianza dei rapporti di forza nelle relazioni sessuali, espongono le donne all'infezione da HIV insieme alla tubercolosi ad essa legata e che rappresenta una delle cinque cause principali del loro decesso nei paesi poveri.

Le gravidanze precoci, il cui numero si è ridotto, aumentano i rischi per le madri e i loro neonati. Tra 135 milioni di nascite registrate nel mondo, 15 milioni riguardano le ragazze dai 15 ai 19 anni che costituiscono altri 3 milioni di aborti a rischio ogni anno, causando morti o problemi di salute duraturi. Un terzo delle ragazze dai 15 ai 19 anni ha un'anemia per carenza di ferro, con il rischio di emorragia e infezione durante il parto, deficit cognitivi e fisici del bambino e riduzione della produttività dell'adulto.

I decessi materni sono la seconda causa di mortalità tra le donne in età di procreazione, 287.000 donne muoiono per complicazioni della gravidanza e del parto, di cui il 99% nei paesi in via di sviluppo. Malgrado l'incremento della contraccezione nel corso degli ultimi trent'anni, queste non vi hanno sempre accesso. Nell'Africa subsahariana, una donna su quattro non ha alcun metodo di contraccezione.

I traumi a causa di incidenti stradali sono tra le prime 10 cause di decesso delle donne adulte nel mondo. Nel sud-est dell'Asia, le ustioni sono una delle cause principali di decesso tra le donne dai 15 ai 44 anni, a causa di incidenti durante la cottura degli alimenti, o per la violenza inflitta dal partner o dalla famiglia.

La violenza contro le donne esiste in tutto il mondo, dove il 38% degli omicidi delle donne vengono perpetrati dal partner: il 35% ha subito sia violenze dal proprio partner, sia violenze sessuali da un'altra persona nel corso della loro vita, il 30% che ha vissuto in coppia ha conosciuto una qualsiasi forma di violenza fisica o sessuale da parte del partner. Queste presentano, rispetto alle altre, tassi più alti di malattie mentali, di gravidanze non desiderate, di aborti, e di aborti spontanei; sono due volte più depressive o infette dall'HIV o altra infezione sessuale. Il 42% ha subito traumi connessi alla violenza sessuale, che diventa arma di guerra.

Le donne sono più vulnerabili alla depressione e all'ansia rispetto agli uomini, causa principale di morbidità tra le donne dei paesi poveri, di cui il 20% vive una depressione postnatale, cifra molto superiore a quella dei paesi ricchi. Ogni anno, vi sono 800.000 decessi per suicidio nel mondo e la maggioranza sono uomini. I tentativi di suicidio, 20 volte più numerosi dei suicidi, sono frequenti tra le donne, e comportano un carico di inabilità non riconosciuto. Gli adolescenti che consumano tabacco e

alcol sono sempre più numerosi e le donne fanno sempre più uso di droghe.

L'handicap, il 15% della popolazione mondiale, è più diffuso tra le donne che tra gli uomini. Queste sono in cattiva salute, riescono meno bene nei loro studi, sono meno attive e più povere delle donne in buona forma, ed hanno almeno 1,5 di rischio in più, rispetto a loro, di essere vittime di violenza.

Le donne vivono più a lungo, sono una proporzione crescente di persone anziane, il 54% ha più di 60 anni, il 60% più di 75 anni e il 70% più di 90 anni, spesso in precarietà materiale o affettiva. Le malattie non trasmissibili, cardiovascolari (46% di decessi di donne anziane nel mondo) e nel 14% dei casi il cancro ai polmoni, al seno, al colon e allo stomaco, sono le cause principali di mortalità delle donne anziane, qualunque sia il livello di sviluppo economico del loro paese. Le affezioni respiratorie croniche, il 9% di decessi delle donne, sono le conseguenze dei rischi della loro vita da adulte: tabagismo, stile di vita sedentario e cattiva alimentazione. Le deficienze visive, uditive, l'artrite, la depressione e la demenza diminuiscono il funzionamento fisico e cognitivo delle donne anziane. Queste sono meno in grado rispetto agli uomini di potersi far curare o di beneficiare dei dispositivi di aiuto, sono più esposte alle inabilità a causa di norme e politiche non egualitarie e sfavorevoli per le donne, della disintegrazione delle strutture familiari, del tasso più elevato d'impiego nel settore informale o non remunerato, fattori che accrescono le vulnerabilità, riducendo l'accesso ai servizi sanitari necessari ed efficaci.

B - NEI PAESI «IN VIA DI SVILUPPO», avvengono il 99% dei 287.000 decessi materni ogni anno, e il 60% delle 820.000 persone dai 15 ai 24 anni infettate dal virus dell'HIV sono donne che vivono lì. Le donne, dappertutto, sono due volte più esposte all'AIDS rispetto agli uomini della stessa età, a causa di un'attività sessuale non desiderata o sotto costrizione. Le malattie sessuali sono molto diffuse, non dichiarate e non trattate a causa di tabù sessuali.

1 - L'analfabetismo delle donne è un grave ostacolo al loro livello di salute. La madre analfabeta non può leggere una prescrizione medica, informarsi sui consigli igienici e dietetici, comprendere l'utilità dei vaccini, le tradizioni di cura che compromettono la salute dei loro figli (coprire un bam-

bino con la febbre molto alta invece di rinfrescarlo, operazione cui seguono convulsioni e poi epilessia). I due terzi degli adulti, 520 milioni di analfabeti nel mondo, sono donne, un numero enorme (UNESCO). La loro alfabetizzazione avrebbe conseguenze positive sulla salute, quella dei figli, diminuendo il numero dei matrimoni precoci.

2 - La povertà delle donne (2,2 miliardi di individui nel mondo a prevalenza femminile), fattore determinante, gravemente pesante sulla loro salute, sulle gravidanze non seguite, sui bambini privati di cure, sull'alimentazione di cattiva qualità che provoca obesità, ipertensione e diabete: 1,5 miliardi di donne, in 91 paesi, vivono in situazioni di povertà con carenze cumulate in materia di salute, di educazione e di livello di vita. Povere e analfabete, vittime di statuti e di ruoli femminili tradizionali che esigono madri che mettono al mondo un gran numero di figli, soprattutto maschi, queste hanno molti più figli di quelle che sono istruite e benestanti. La prostituzione è un corollario della povertà.

3 - Le credenze tradizionali in fatto di salute, ben radicate, impediscono l'accesso ad una salute ottimale. Una ragazza o una donna nel periodo della mestruazione è impura e non può compiere certe azioni della vita quotidiana; l'uomo non è mai sterile e ha il diritto di ripudiare una donna che non gli fa dei figli; una donna in menopausa non ha più il diritto alla sessualità (in arabo, il termine medico per menopausa «*sin el ya'ss*» è «*l'età della rinuncia*»); l'uomo non vive l'andropausa; non esiste lo stupro del marito sulla moglie, poiché il diritto alla sessualità è sovrano; sessualità e sesso della donna sono pericolosi per l'uomo. 140 milioni di ragazze e di donne hanno subito una mutilazione sessuale (OMS). In Africa, 91,5 milioni di donne e ragazze di più di 9 anni vivono mutilate e 3 milioni di ragazze rischiano ogni anno di subirla per «rendere la donna più pulita, meno avida di sesso e pura».

Analfabetismo, povertà e credenze tradizionali sono intrinsecamente legate ed hanno come conseguenza:

- la mancanza di educazione sessuale, vietata dai religiosi, da cui deriva un altissimo numero di bambini abbandonati;
- l'esplosione demografica che mina ogni progresso dei paesi sottosviluppati: le donne fanno figli per premunirsi; i ragazzi restano i soli ad essere valorizzati come progenie;
- i matrimoni precoci delle bambine,

raccomandati dalle tradizioni per premunirle contro il libero esercizio sessuale e per sbarazzarsi di un onere. Questo è un crimine contro l'umanità e un'abitudine di pedofilia «legale»;

- l'esplosione di malattie psichiche tra le donne tra cui la più frequente è la depressione. Lo squilibrio sociale e familiare comparso dall'introduzione della modernità nelle società tradizionali, ha provocato una prevalenza molto marcata di disturbi mentali di ogni eziologia.

Quindi, il diritto imprescrittibile all'istruzione di tutte le ragazze è la condizione essenziale per l'eliminazione delle disparità di salute, traguardo cui mira il *Decalogo dei diritti delle donne a una medicina delle differenze* del Comitato Etico della Fondazione Umberto Veronesi che sostengo con tutta me stessa, e lo sviluppo del mondo può solo essere un sistema globale: senza la Donna e i suoi Diritti questo non accadrà.

Commento al *Decalogo dei diritti delle donne a una medicina delle differenze*

Commentary on the Decalogue on women's rights for gender equality in healthcare

Francesca Merzagora
info@ondaosservatorio.it

AFFILIAZIONE

Onda - Osservatorio nazionale sulla salute della donna

ABSTRACT

Il testo commenta il decalogo del Comitato Etico della Fondazione Umberto Veronesi dedicato a i diritti delle donne a una medicina delle differenze. In particolare, il testo ricostruisce la storia recente della medicina di genere in Italia, individuando i problemi di oggi e le sfide per il futuro.

ABSTRACT

This papers analyses the position paper written by the Fondazione Veronesi's Ethics Committee and dedicated to women's right for gender equality in healthcare. In particular, the text reconstructs the recent history of gender-based medicine in Italy, individuating today problems and future challenges.

KEYWORDS

Medicina di genere
Gender-based medicine

Diritti delle donne
Women's rights

Eguaglianza di genere
Gender equality

Il Decalogo elaborato dal Comitato Etico della Fondazione Umberto Veronesi rappresenta un nuovo e prezioso contributo alla promozione di una Medicina di genere che valorizza sempre di più le differenze a garanzia di equità, appropriatezza e personalizzazione delle cure.

Da quando, agli inizi degli anni Novanta, sono stati compiuti i primi studi in ambito cardiovascolare che hanno evidenziato differenze significative tra donne e uomini in termini di manifestazioni cliniche, responsabilità ai trattamenti e prognosi, accessibilità alle cure, la medicina tradizionale – da sempre caratterizzata da un'impostazione androcentrica, secondo la quale le donne erano in pratica considerate "piccoli uomini" e valutate limitatamente agli aspetti specifici correlati alla riproduzione – ha subito una profonda evoluzione attraverso un approccio innovativo mirato a studiare l'impatto del genere e di tutte le variabili che lo caratterizzano (biologiche, ambientali, culturali e socio-economiche) sulla fisiologia, sulla fisiopatologia e sulle espressioni cliniche delle malattie. Nel 2000, la Medicina di genere è stata inserita dall'OMS nell'*Equity Act* a testimonianza che il principio di equità deve essere applicato all'accesso e all'appropriatezza delle cure, considerando l'individuo nella sua specificità e come appartenente a un genere con caratteristiche ben definite e specifiche. Da allora sono state avviate, a livello mondiale, europeo e nazionale, numerose ricerche *gender-oriented* che hanno contribuito a far maturare una nuova sensibilità verso le differenze di genere nell'ambito della medicina clinica e della farmacologia.

Proprio su questa scia, dieci anni fa, con alcuni colleghi decisi di costituire a Milano, Onda, un Osservatorio nazionale dedicato alla salute della donna. Eravamo infatti convinti che l'esperienza e le competenze di ciascuno potessero essere unite per

dare un contributo alla promozione in Italia della Medicina di genere e richiamare l'attenzione delle Istituzioni, del mondo scientifico-accademico e sanitario-assistenziale nonché della popolazione sulla salute femminile. E da allora qualche passo avanti è stato compiuto: dall'istituzione nel 2012 della prima – e ad oggi unica – Cattedra di Medicina di genere a Padova, alle numerose Mozioni approvate in Parlamento sulle principali tematiche di salute femminile, alla presentazione in EXPO 2015 del primo Manifesto per la salute della donna (elaborato dal Comitato tecnico-scientifico di Onda), alla celebrazione della prima Giornata nazionale dedicata alla salute della donna il 22 aprile 2016 da parte del Ministro Lorenzin fino ad arrivare, pochi mesi fa, alla proposta di legge alla Camera a firma dell'On. Paola Boldrini per la promozione e la diffusione della Medicina di genere. Tra gli obiettivi enunciati nella proposta di legge, emerge la promozione di una ricerca scientifica attenta alle differenze di genere e di una formazione permanente di medici e operatori sanitari sul tema, due aspetti cruciali enunciati ai primi due punti del Decalogo della FUV.

Ancora ad oggi la ricerca preclinica effettuata su modelli animali non tiene conto della rilevanza del sesso: la maggior parte dei risultati pubblicati su riviste scientifiche internazionali sono ottenuti su gruppi con rapporti sbilanciati maschio vs. femmina che arrivano fino a 4 a 1. Le donne, come noto, sono sottorappresentate nei *trial* per la sperimentazione clinica dei farmaci. Le ragioni di ciò sono molteplici; anzitutto etiche ma anche economiche, poiché le donne non sono una categoria omogenea in ragione delle fluttuazioni ormonali e ciò aumenta il numero dei campioni, prolungando i tempi e aumentandone i costi. Eppure le donne sono le maggiori consumatrici di farmaci (i dati contenuti nel Rapporto OsMed 2015 confermano un trend già osservato negli ultimi anni: le donne mostrano livelli di esposizione e consumo dei farmaci più elevati di circa il 10% rispetto agli uomini in quasi tutte le fasce di età tra i 15 e i 54 anni) e proprio nelle donne si registra una maggiore frequenza di reazioni avverse da farmaci (circa 1,7 volte), spesso di gravità superiore rispetto agli uomini e talvolta di tipologia specifica. Del resto, l'organismo maschile e quello femminile rispondono diversamente ai farmaci quale conseguenza delle diversità fisiologiche e anatomiche: le donne hanno un minore peso corporeo, una maggiore massa grassa e

hanno più difficoltà nell'assorbimento gastrico dei farmaci. Altri fattori da annoverare sono la politerapia, l'età avanzata, la maggiore vulnerabilità verso specifiche classi di farmaci e, non ultimi, i fattori socio-culturali.

Venendo alla formazione sanitaria, la Medicina di genere non è stata finora inserita nei programmi dei corsi di laurea in Medicina e Chirurgia e nelle Scuole di Specializzazione, ad eccezione in Italia della Facoltà di Padova e, in Europa, delle facoltà di Parigi, Berlino ed Helsinki che hanno istituito la Cattedra in Medicina di genere. L'inclusione del determinante genere nei percorsi di formazione e aggiornamento è ormai un'esigenza cogente per costituire un patrimonio di cultura sanitaria consolidata e condivisa, alla base del sapere medico e della pratica clinica al fine di offrire un approccio di diagnosi e di cura genere-specifico, dunque più appropriato ed efficace.

Se da un lato è necessario preparare adeguatamente gli operatori, dall'altro è fondamentale garantire alle donne, come enunciato al punto 3 del Decalogo, una corretta informazione sui principali fattori di rischio per la salute femminile e sulle malattie maggiormente diffuse. Dall'ultima indagine conoscitiva svolta da Onda sul rapporto delle donne italiane con la propria salute (2016), i tumori risultano la principale fonte di preoccupazione, eppure la prima causa di morte per le donne, ancora prima del tumore al seno, sono le malattie cardiovascolari; un fatto che molte donne ancora oggi ignorano, considerandole erroneamente appannaggio del genere maschile. Oltre ad avere un'errata percezione del rischio clinico, le donne tendono ad avere con maggior frequenza sintomi "atipici" e dunque di difficile inquadramento diagnostico per gli stessi clinici, procrastinando in molti casi l'intervento terapeutico. Un altro problema di salute femminile emergente, misconosciuto alle donne, è il tumore al polmone che continua a registrare un incremento in termini di incidenza e mortalità nella popolazione femminile. E sono tantissimi ancora gli esempi che si potrebbero portare per sottolineare quanto ci sia ancora da fare per sensibilizzare le donne sull'importanza delle strategie di prevenzione primaria e secondaria.

Nell'ambito della salute femminile meritano particolare attenzione tutti gli aspetti associati alla salute sessuale e riproduttiva che sono stati puntualmente richiamati nel Deca-

logo ai punti 4, 5, 6 e 7: dal diritto alla gratuità delle cure appropriate in gravidanza all'equo accesso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita, dal diritto a una corretta informazione per una sessualità consapevole, una contracccezione responsabile e un'efficace protezione dalle malattie sessualmente trasmissibili. Anche in questo caso c'è ancora molto da fare; basti considerare l'attuale "composizione" e distribuzione dei punti nascita in Italia (si stima che circa il 10% dei parti avvengano ancora in luoghi considerati non sicuri, impreparati alle emergenze, dove non è garantita la presenza h24 dell'anestesista e del neonatologo/pediatra, oltre al ginecologo), l'offerta disomogenea dei servizi anche all'interno della medesima regione, l'elevata percentuale di parti chirurgici (la media nazionale è pari a 35.5%), l'impossibilità per molte donne di godere del diritto di un parto indolore, le difficoltà di accesso all'interruzione volontaria di gravidanza per l'elevato numero di medici obiettori, la mancanza di un progetto organico e strutturato di educazione alla sessualità, alla salute riproduttiva e alla scelta contraccettiva (solo il 16% delle donne italiane usa regolarmente la pillola contro il 28% del Regno Unito, il 40% della Francia, il 50% dell'Olanda), il continuo trend di crescita della diffusione di malattie a trasmissione sessuale associato a una persistente sottovalutazione del rischio da parte delle più giovani che sono oltretutto le più esposte. Certamente la recente pubblicazione del Piano nazionale della fertilità e l'inserimento dell'analgesia epidurale e della PMA eterologa nei nuovi LEA rappresentano passi in avanti molto significativi che auspichiamo possano trovare in tempi rapidi concreta ed uniforme applicazione.

Nel decalogo si fa riferimento anche all'importanza del supporto psicologico nel periodo perinatale. Non disponiamo di dati epidemiologici italiani aggiornati sul fenomeno, ma si stima che nel nostro Paese siano oltre 90.000 le donne che soffrono di disturbi depressivi e di ansia in gravidanza fino a un anno dal parto; a esserne colpite sono circa il 16% delle donne nel periodo della maternità, con percentuali dal 10-16 al 14-23% in gravidanza e dal 10-15 al 20-40% nel post partum, ma si tratta di stime molto approssimative, dal momento che i sintomi sono frequentemente sottovalutati dalle pazienti ma anche dagli stessi clinici e che solo in circa la metà dei casi viene riconosciuto il disturbo e data risposta adeguata. Si tratta di una tematica su cui tanto ab-

biamo fatto in questi anni per sensibilizzare le donne, gli operatori sanitari e le Istituzioni, ma che necessita ancora di molto lavoro per superare lo stigma che ancora avvolge le problematiche afferenti alla salute mentale.

Mi preme sottolineare in chiusura quanto sia fondamentale promuovere un approccio di genere nella definizione e nella programmazione strategica dei servizi socio-sanitari per garantire il diritto alla salute e alle cure più appropriate. Per questo dal 2007 vengono segnalati e premiati con i Bollini Rosa gli ospedali italiani che sono particolarmente attenti alla salute femminile, offrendo servizi dedicati di prevenzione, diagnosi e cura.

Commento
al Decalogo
dei diritti delle
donne a una
medicina delle
differenze

Decalogo
dei diritti
delle donne
a una medicina
delle differenze



**Fondazione
Umberto Veronesi**
– per il progresso
delle scienze