

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

In questo numero



FOCUS SCIENTIFICO

Differenze molecolari e comportamentali sesso-specifiche dei disturbi dello spettro autistico nel modello murino BTBR

Pagina 3



FOCUS CLINICO

Diagnostica e trattamento interventistico nella cardiopatia ischemica e differenze di genere

Pagina 4



OCCHIO SULL'ITALIA

Salute e Medicina di Genere in Toscana: oltre 10 anni d'impegno

Pagina 5



OSSERVASALUTE

Mortalità e sopravvivenza per genere

Pagina 6



APPROFONDIAMO

Ormoni sessuali e differenze di sesso nella malattia di Parkinson ad esordio precoce

Pagina 7



MDG E' ANCHE...

Medicina di Genere in pediatria dell'emergenza

Pagina 8

EFFETTO DEL MICROBIOTA INTESTINALE SULLO STATO DI SALUTE E MALATTIA: DIFFERENZE DI GENERE

Il microbiota intestinale (gut microbiota, GM) rappresenta un complesso ecosistema microbico che svolge un ruolo fondamentale nella regolazione della salute umana, influenzando una vasta gamma di processi, tra cui il metabolismo energetico, la funzione immunitaria e l'omeostasi endocrina¹. Le differenze di genere, determinate principalmente da variazioni nei livelli degli ormoni sessuali, hanno un impatto significativo sulla composizione e sulla funzione del GM, con implicazioni profonde per lo stato di salute e la suscettibilità alle malattie². Studi recenti hanno dimostrato che gli estrogeni modulano positivamente la diversità microbica intestinale, promuovendo la crescita di batteri benefici come i produttori di acidi grassi a catena corta (SCFA), i quali svolgono un ruolo cruciale nella protezione della mucosa intestinale, nella regolazione dell'infiammazione sistemica e nel miglioramento del metabolismo energetico. Gli androgeni, d'altra parte, sono stati correlati a una ridotta diversità batterica e a un incremento di taxa potenzialmente pro-infiammatori, che possono contribuire all'aumento del rischio di malattie metaboliche come il diabete di tipo 2, l'obesità e le patologie cardiovascolari. L'interazione tra GM e sistema endocrino è bidirezionale: mentre gli ormoni sessuali influenzano direttamente o indirettamente il GM, quest'ultimo contribuisce alla regolazione degli ormoni stessi attraverso processi di metabolizzazione e trasformazione dei precursori steroidei. Ad esempio, nel fegato, tramite il processo di glucuronidazione, gli estrogeni sono coniugati con acido glucuronico formando glucuronidi inattivi che vengono escreti con bile, urine e feci. Tuttavia, enzimi batterici come la β -glucuronidasi possono deconiugare questi metaboliti, favorendone il riassorbimento e incrementandone così i livelli circolanti. Quando questo processo enzimatico è compromesso a causa della disbiosi, l'alterazione della deconiugazione determina variazioni nei livelli circolanti degli ormoni sessuali. Analogamente, il GM è coinvolto nella deglucuronidazione degli androgeni (i.e., diidrotestosterone e testosterone), aumentandone in maniera significativa i livelli.

Un altro esempio sono le idrossisteroide deidrogenasi di origine batterica che, convertendo reversibilmente i gruppi idrossilici degli steroidi in gruppi chetonici, regolano l'interazione degli ormoni steroidei con i loro recettori nucleari, agendo come attivatori o inibitori. Questa interazione dinamica tra GM e ormoni sessuali è particolarmente evidente durante le fasi della vita caratterizzate da fluttuazioni ormonali significative, come la pubertà, la gravidanza e la menopausa, in cui i cambiamenti ormonali influenzano drasticamente la composizione del GM³.

Il dimorfismo sessuale è una condizione che caratterizza anche alcune patologie, in cui l'interazione tra GM e ormoni sessuali gioca un ruolo cruciale. Le patologie metaboliche, come obesità, sindrome metabolica, diabete di tipo 2 e alcune malattie cardiovascolari, mostrano un chiaro dimorfismo sessuale nella prevalenza e nello sviluppo, attribuibile in larga parte al ruolo degli steroidi sessuali, principalmente estrogeni e testosterone^{4,5}. Inoltre, studi recenti hanno identificato un legame significativo tra il dimorfismo sessuale del GM e l'insorgenza delle patologie di cui sopra. Una ridotta attività dell'enzima batterico β -glucuronidasi può contribuire allo sviluppo di condizioni patologiche come obesità, sindrome metabolica, malattie cardiovascolari e declino delle funzioni cognitive. Al contrario, un aumento dell'abbondanza di batteri produttori di β -glucuronidasi può portare all'insorgenza di patologie legate all'iperestrogenismo, come l'endometriosi e alcuni tipi di cancro (i.e., ovarico e alla mammella). Nel contesto del

cancro del colon-retto gli androgeni hanno un effetto pro-tumorigenico aumentando la proporzione di patogeni opportunistici⁶.

La complessa interazione bidirezionale tra ormoni sessuali e GM è cruciale per comprendere il dimorfismo sessuale nelle patologie. L'approfondimento di questa relazione apre nuove prospettive terapeutiche che considerano le differenze di genere e che sono mirate alla modulazione del GM e dei pathway ormonali. Terapie come l'uso di probiotici, prebiotici o il trapianto di microbiota fecale potrebbero favorire l'instaurarsi di un profilo eubiotico del GM, mitigando gli effetti metabolici negativi legati a disfunzioni ormonali. Inoltre, le terapie ormonali potrebbero essere ottimizzate nell'ottica di una medicina personalizzata tenendo conto della composizione microbica individuale, massimizzando i benefici e riducendone gli effetti collaterali. In sintesi, il microbiota intestinale rappresenta una dimensione cruciale e ancora in gran parte inesplorata delle differenze di genere nella salute e nella malattia, con un enorme potenziale per lo sviluppo di interventi personalizzati volti a migliorare la qualità della vita e a ridurre il carico di malattia nelle diverse popolazioni.

1. *Signal Transduct Target Ther.* 2022; 7: 135
2. *Maturitas* 2018; 116: 43–53
3. *Front Neuroendocrinol.* 2021; 61: 100912
4. *Mol Nutr Food Res.* 2019; 63: e1800870
5. *Int J Mol Sci.* 2022; 23: 7154
6. *Cell Commun Signal.* 2024; 22: 167



Dott.ssa Alice Bernardi

**Università di Bologna,
Dipartimento di Scienze Mediche
e Chirurgiche, Human
Microbiomics Unit
alice.bernardi15@unibo.it**



Dott.ssa Sara Roggiani

**Università di Bologna,
Dipartimento di Scienze Mediche
e Chirurgiche, Human
Microbiomics Unit
sara.roggiani3@unibo.it**



Prof.ssa Patrizia Brigidi

**Università di Bologna,
Dipartimento di Scienze Mediche
e Chirurgiche, Human
Microbiomics Unit
patrizia.brigidi@unibo.it**



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

Differenze molecolari e comportamentali sesso-specifiche dei disturbi dello spettro autistico nel modello murino BTBR

I disturbi dello spettro autistico sono un gruppo di patologie del neurosviluppo altamente eterogenee, i cui sintomi principali includono comportamenti stereotipati, disfunzioni sociali e disturbi del linguaggio, insieme a numerose comorbidità, tra cui iperattività, impulsività e alterazioni cognitive. Negli studi epidemiologici effettuati finora è stato evidenziato che ai maschi vengono diagnosticati disturbi dello spettro autistico quattro volte più frequentemente rispetto alle femmine. Pertanto, sulla base di questo rapporto, sono state sviluppate diverse teorie sulla patogenesi dei disturbi dello spettro autistico, tutte orientate verso il genere maschile, come la "Teoria del Cervello Maschile Estremo" e la "Teoria dell'Effetto Protettivo Femminile", che pongono l'accento su una focalizzazione maschile dei sintomi dei disturbi dello spettro autistico e della formulazione dei test diagnostici, sia per quanto riguarda la ricerca preclinica, che quella clinica. Recentemente, è emersa l'ipotesi che le femmine possano avere un fenotipo sesso-specifico, manifestando caratteristiche comportamentali diverse da quelle tipicamente osservate e studiate nei maschi, suggerendo così che la maggior prevalenza maschile di disturbi dello spettro autistico potrebbe essere, di fatto, dipendente da una diagnosi dubbia. A tal riguardo, è stato riportato che il sesso femminile potrebbe essere in grado di eludere i classici test usati per la diagnosi di disturbi dello spettro autistico, mettendo in pratica una tecnica chiamata "camouflaging", che consiste nel mascherare le difficoltà sociali e gli interessi ristretti tipici dei disturbi dello spettro autistico, e che possa avere un repertorio di comportamenti ripetitivi meno marcato rispetto alla controparte maschile, rendendo di conseguenza meno efficaci gli attuali strumenti diagnostici. Pertanto, l'individuazione di uno specifico fenotipo femminile di disturbi dello spettro autistico risulta essere di rilevante interesse, soprattutto considerando che la diagnosi di disturbi dello spettro autistico è ancora esclusivamente basata su criteri comportamentali, a causa della mancanza di marcatori biologici consolidati. In questo contesto, i modelli animali di disturbi dello spettro autistico rappresentano uno strumento prezioso per studiare i meccanismi patologici alla base delle disfunzioni comportamentali. Tuttavia, ad oggi, sulla falsariga degli studi clinici, la maggior parte degli studi preclinici si è concentrata su animali maschi. A tal riguardo, i topi maschi appartenenti al ceppo murino BTBR T + tf/J (BTBR, "Black and Tan BRachyury") rappresentano un modello animale di autismo idiopatico ampiamente utilizzato, grazie al loro profilo comportamentale in grado di mimare le alterazioni tipiche dei disturbi dello spettro autistico, mentre la

controparte femminile è stata spesso tralasciata, giustificandone l'esclusione con i possibili eccessivi effetti confondenti che il ciclo estrale e altre potenziali variabili ormonali avrebbero potuto indurre. Al fine di colmare questo divario di genere, nel nostro studio, svolto presso il laboratorio di Farmacologia del Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale dell'Università di Foggia, abbiamo valutato e, successivamente identificato, le principali differenze comportamentali e molecolari sesso-specifiche dei disturbi dello spettro autistico, utilizzando topi BTBR di entrambi i sessi. I nostri risultati hanno mostrato che le femmine di topo BTBR non presentano gli stessi pattern di comportamenti ripetitivi e stereotipati osservati nei topi maschi. Inoltre, abbiamo esaminato le differenze di sesso nei parametri relativi allo stress ossidativo nell'ippocampo di topi BTBR maschi e femmine, identificando importanti differenze in alcuni enzimi pro- e anti-ossidanti ed evidenziando una riduzione della capacità antiossidante ed una conseguente alterazione dell'equilibrio redox specifica del sesso maschile dei topi BTBR. Questi risultati sottolineano l'urgenza di una più approfondita caratterizzazione delle traiettorie fenotipiche femminili, al fine di migliorarne l'accuratezza diagnostica, e suggeriscono, inoltre, che il ripristino dell'equilibrio redox potrebbe essere un obiettivo terapeutico rilevante nei maschi affetti da disturbi dello spettro autistico, contribuendo, quindi, allo sviluppo di una medicina di precisione sesso-specifica.

Behavioral Brain Research. 2013; 251: 25-34
Frontiers in Psychiatry. 2022; 13: 889636
Neuropharmacology. 2024; 260: 110134

Prof.ssa Luigia Trabace

**Dip. Medicina clinica e
sperimentale
Università degli Studi di
Foggia**



**In collaborazione con Dott.ssa Maria Bove, Dip. Medicina
clinica e sperimentale, Università degli Studi di Foggia**

Diagnostica e trattamento interventistico nella cardiopatia ischemica e differenze di genere

Benché nell'opinione comune l'infarto sia stato per lungo tempo ritenuto una patologia prevalentemente "maschile", la cardiopatia ischemica colpisce sia gli uomini che le donne e rappresenta la principale causa di mortalità in entrambi i sessi.

Ci sono, tuttavia, significative differenze correlate al genere in termini di presentazione, fattori di rischio ed outcome della cardiopatia ischemica nei due sessi, che rappresentano l'espressione di diversità genetiche ed ormonali.

Le donne tendono a manifestare la patologia in età più avanzata rispetto agli uomini e i loro sintomi sono meno tipici e più aspecifici, condizionando talvolta un ritardo nella diagnosi.

Più frequentemente nelle donne la sintomatologia è rappresentata da fastidio addominale e nausea, ansia, dolore cervicale o alle spalle, astenia. Il dolore toracico è più comune nelle donne giovani, mentre le donne più anziane manifestano spesso dispnea.

Alcuni fattori di rischio tradizionali per le malattie cardiovascolari (fumo, ipertensione, diabete, dislipidemia) sono meno rappresentati nelle donne, mentre è più frequente l'obesità; inoltre, nelle donne giocano un ruolo importante fattori di rischio "sesso-specifici" legati all'assetto ormonale.

Sono stati descritti alcuni meccanismi che correlano la carenza estrogenica post-menopausa alla cardiopatia ischemica, quali la distribuzione del grasso corporeo e l'aumento della pressione.

Le fluttuazioni ormonali nel corso della vita della donna ne giustificano alcune manifestazioni cliniche più frequenti: in gravidanza e puerperio la dissezione coronarica spontanea rende conto della maggior parte degli infarti, mentre dopo la menopausa c'è una maggiore suscettibilità alla sindrome di Takotsubo.

Dopo la menopausa le donne sono più soggette a disordini della vasomotilità coronarica per una maggior prevalenza di infiammazione sistemica. Questo rende anche conto del fatto che la cardiopatia ischemica si manifesti più frequentemente in assenza di malattia coronarica ostruttiva, configurando quei quadri clinici definiti come INOCA, ANOCA e MINOCA (Ischemia/Angina/Infarto Miocardico senza coronaropatia ostruttiva). La prevalenza di queste condizioni cliniche è in aumento, per l'utilizzo sempre più estensivo di test di imaging non invasivi (come la TC coronarografia). La conferma diagnostica, tuttavia, richiede lo studio invasivo della vasomotilità coronarica ("*full-physiology*"), che consente di impostare una terapia di precisione.

La malattia coronarica ostruttiva "classica", invece, tende a manifestarsi nelle donne in età più avanzata e con più comorbidità rispetto agli uomini e presenta caratteristiche fisiopatologiche differenti: l'erosione di placca è

maggiormente rappresentata rispetto alla rottura di placca con trombosi occlusiva. Proprio per il differente profilo di rischio, nelle donne con coronaropatia ostruttiva, l'infarto miocardico presenta una mortalità intraospedaliera e a 12 mesi più elevata rispetto al sesso maschile. L'outcome peggiore persiste anche dopo aggiustamento del rischio per età e comorbidità. L'esordio dell'infarto con un quadro di shock è più comune nelle donne rispetto agli uomini.

Anche per quanto riguarda il trattamento della cardiopatia ischemica si evidenziano importanti differenze di genere. L'utilizzo della terapia medica indicata dalle linee guida rimane più bassa nelle donne rispetto agli uomini, come anche il riferimento alla coronarografia e alla rivascolarizzazione miocardica. Il sesso femminile è anche ampiamente sottorappresentato nei trial clinici sulle strategie di trattamento interventistico.

Inoltre, quando sottoposte a rivascolarizzazione percutanea, le donne sono maggiormente soggette a complicanze emorragiche a causa delle differenze correlate all'età e alle comorbidità che predispongono al sanguinamento: età più avanzata di esordio della sindrome coronarica acuta, ridotta funzionalità renale, basso peso nelle donne molto anziane con rischio di sovradosaggio dei farmaci antitrombotici, vasi periferici di minor calibro (con maggior rischio di spasmo dell'arteria radiale e di complicanze dell'accesso femorale). Anche i vasi coronarici epicardici tendono a essere più piccoli e tortuosi, con rischio più elevato di complicanze procedurali, quali perforazione/rottura del vaso e dissezioni iatrogene. Una maggior comprensione delle differenze di sesso e di genere potrà contribuire a migliorare l'outcome della cardiopatia ischemica nelle donne.

J Geriatr Cardiol 2021; 18: 289-296

CJC Open. 2021; 4: 243-262

Heart 2024; 110: e3-e15

Dott.ssa Simona Pierini

**Consiglio Direttivo Nazionale
SICI-GISE**

**Direttore SC CARDIOLOGIA e
UCC ASST Nord Milano
Sesto San Giovanni**



**In collaborazione con Dott. Alfredo Marchese, Presidente
eletto SICI-GISE, Resp. UOC Interventistica, Ospedale S. Maria
GVM Care & Research - Bari**

SALUTE E MEDICINA DI GENERE IN TOSCANA: OLTRE 10 ANNI D'IMPEGNO



La Toscana, anticipando i tempi, è stata la prima Regione ad inserire nel suo Piano socio-sanitario l'elemento di "genere", un argomento che pareva riservato a pochi addetti ai lavori. Nel 2014, con una delibera della Giunta regionale, è stato costituito il Centro di coordinamento regionale Salute e Medicina di Genere (SMdG)¹. Da oltre 10 anni il nostro Centro rappresenta un'eccellenza a livello nazionale, con la volontà di diffondere ed applicare la Medicina di Genere (MdG) nel Servizio Sanitario Regionale con un modello organizzativo "a rete"; tutto ciò, anticipando la legge n. 3/2018 e la normativa nazionale di riferimento². Il Centro predispone annualmente una programmazione costante ed un monitoraggio delle azioni relative ai percorsi sanitari, alla formazione e alla comunicazione nell'ambito della SMdG che viene inviata alla Giunta regionale. In questi anni numerose delibere della Giunta regionale hanno delineato questo percorso all'interno del sistema regionale.

In attuazione dell'obiettivo A.1.2 della normativa nazionale in materia, la MdG è presente all'interno del sito web regionale, con una pagina dedicata all'organizzazione sanitaria ed una rivolta più direttamente ai cittadini³. In aderenza a quanto previsto dal Piano nazionale per la MdG (nota del 06/06/2019), la Direzione sanità, welfare e coesione sociale della Regione Toscana ha dato mandato alle Aziende sanitarie di costituire i Centri di coordinamento aziendali. In particolare, i Centri di coordinamento sono fondamentali nella definizione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) aziendali, nonché nella programmazione delle attività formative e dei progetti inerenti all'area dell'educazione alla salute in un'ottica di genere. In attuazione dell'obiettivo C1.1 e C.1.2 del piano nazionale sono stati inseriti ogni anno, nel Piano formativo regionale e nei Piani formativi aziendali, numerosi eventi formativi riguardanti la SMdG, in quanto obiettivo strategico per la formazione regionale. In collaborazione con le istituzioni universitarie toscane, al fine di promuovere e sostenere l'insegnamento della MdG, sono attivi il master di II livello in SMdG presso l'UNIFI e il corso di perfezionamento Salute e Genere presso l'UNIPI. A dicembre del 2023, il Centro regionale è stato invitato ad un evento organizzato dal Programma Mattone Internazionale Salute in collaborazione con il Parlamento europeo a Bruxelles, per parlare del rafforzamento dei servizi sanitari ponendo il genere al centro della cura.

L'obiettivo principale del Centro è includere in tutte le aree mediche una nuova dimensione basata sulle differenze di sesso e/o genere, non solo in termini biologici e clinici, ma anche culturali e socio-psicologici, ai fini di migliorare la salute di tutti attraverso una medicina realmente personalizzata, più efficace ed attenta alle esigenze reali delle persone.

1. Delibera n.144 del 24.02.14- istituzione del centro regionale di coordinamento
2. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2860_allegato.pdf
3. <https://www.regione.toscana.it/-/centro-di-coordinamento-salute-e-medicina-di-genere>

Dott.ssa Mojgan Azadegan

**Responsabile del Centro di coordinamento
Salute Medicina di Genere della Regione
Toscana**



Mortalità e sopravvivenza per genere

La mortalità e la speranza di vita sono due importanti indicatori epidemiologici che descrivono lo stato di salute della popolazione. L'analisi presentata intende documentare le differenze di genere riscontrabili rispetto a questi due indicatori. Su questo aspetto, il rapporto *World Health Statistics 2025* dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, evidenzia il cosiddetto "paradosso di salute uomo-donna", secondo il quale le donne tendono a vivere più a lungo degli uomini, ma con maggiore prevalenza di malattie croniche. Secondo le più recenti analisi, nel 2019 le donne vivevano in media 5,1 anni più degli uomini (75,7 vs 70,6 anni), e il divario è stato ulteriormente ampliato dalla pandemia da COVID-19, durante la quale la mortalità femminile è risultata inferiore a quella maschile. Anche in Italia si è osservata una dinamica analoga a quella internazionale. Nel 2020, nel pieno della pandemia, il tasso di mortalità maschile è stato di 119,4 ogni 10.000 abitanti, superiore del 53,6% rispetto a quello femminile, pari a 77,7 per 10.000. Il divario si è confermato anche nel 2021: pur in calo a 111,7 per 10,000, il tasso maschile era

superiore del 51,2% rispetto a quello femminile (73,9 per 10.000).

Queste dinamiche si riflettono anche nei dati più recenti sulla speranza di vita. Nel 2024, in Italia, la speranza di vita alla nascita è stimata a 81,4 anni per gli uomini e 85,5 anni per le donne, in aumento di 0,4 anni rispetto al 2023 per entrambi i generi. Per gli uomini la speranza di vita risulta aumentata rispetto ai livelli pre-pandemia. Tuttavia, i dati mostrano la presenza di disuguaglianze territoriali: al Nord, gli uomini vivono in media 1,8 anni in più rispetto al Mezzogiorno (82,1 vs 80,3); per le donne il divario è di 1,4 anni (86,0 vs 84,6).

Questi dati, pur mostrando una ripresa dai livelli pre-pandemici, segnano un miglioramento della salute della popolazione su tutto il territorio nazionale, richiamano l'urgenza di politiche sanitarie capaci di rispondere in modo mirato alle specificità di genere e di contesto, colmando i divari territoriali e garantendo pari opportunità di salute per tutta la popolazione.

Tabella - Speranza di vita alla nascita e variazioni assolute (valori in anni) per genere e area geografica - Anni 2019-2024

Genere	Area geografica	2019	2020	2021	2022	2023	2024*	Δ 2024-2023	Δ 2024-2019
Maschi	Italia	81,1	79,8	80,3	80,6	81,0	81,4	0,4	0,3
	Nord	81,4	79,6	80,8	81,0	81,6	82,1	0,5	0,7
	Centro	81,5	80,8	80,8	81,1	81,4	81,8	0,4	0,3
	Mezzogiorno	80,3	79,5	79,4	79,7	79,9	80,3	0,4	0,0
Femmine	Italia	85,4	84,5	84,8	84,8	85,1	85,5	0,4	0,1
	Nord	85,8	84,4	85,3	85,2	85,7	86,0	0,3	0,2
	Centro	85,6	85,1	85,1	85,2	85,4	85,7	0,3	0,1
	Mezzogiorno	84,6	84,1	83,8	83,9	84,2	84,6	0,4	0,0

*Valori Stimati.

Fonte dei dati: Elaborazioni su dati Istat disponibili sul sito: <https://esploradati.istat.it>. Anno 2025

Dott.ssa Chiara Scarfagna, Dott.ssa Tindara Scirocco, 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



Ormoni sessuali e differenze di sesso nella malattia di Parkinson ad esordio precoce

La malattia di Parkinson (MP) è una malattia neurodegenerativa molto comune i cui cardini neuropatologici sono la perdita di una specifica popolazione neuronale con riduzione della dopamina nel cervello ed un accumulo diffuso nel sistema nervoso di aggregati di una proteina, alfa-synucleina, all'interno dei corpi di Lewy. La MP si manifesta con una sindrome complessa ed eterogenea che comprende disturbi motori e non motori con decorso progressivo ed invalidante. Sebbene compaia tipicamente con l'avanzare dell'età, in una percentuale superiore al 10% dei casi può esordire più precocemente, convenzionalmente prima dei 50 anni, configurando la cosiddetta "MP ad esordio precoce" (MPEP). Il maggior contributo della genetica nella patogenesi, lo spettro sintomatologico, e la risposta alle terapie rendono MPEP un'entità peculiare, distinta per molti aspetti dalla più classica forma ad esordio tardivo. D'altra parte, interessando persone in una fase attiva della vita, nel pieno degli impegni familiari e professionali, anche l'impatto sulla qualità di vita e, più in generale, le ripercussioni socioeconomiche della MPEP sono particolarmente rilevanti e gravose¹.

Un altro aspetto significativo di MPEP riguarda la possibilità di colpire persone in età fertile, prima del declino ormonale tipico della senescenza, quando le differenze biologiche di sesso sono più nette ed il classico dimorfismo sessuale della malattia più marcato. Infatti, la MP si manifesta in modo distinto in maschi e femmine. I maschi hanno un rischio maggiore di ammalare e progrediscono in modo più veloce e severo; le femmine hanno invece una sensibilità maggiore alla terapia con un tasso di complicanze maggiore ed un'incidenza di disturbi dell'umore e del sonno più elevata². Parimenti, gli ormoni sessuali, attraverso il loro effetto sul sistema nervoso centrale, condizionano diversamente i meccanismi fisiopatologici della MP. Ad esempio, gli estrogeni, i principali ormoni femminili, regolano positivamente il sistema dopaminergico del cervello il cui ruolo è cruciale nella MP².

In questo studio abbiamo quindi voluto esplorare specificamente il dimorfismo sessuale e le relazioni tra i livelli di ormoni sessuali e le caratteristiche cliniche di persone con MPEP³, considerando che le evidenze attualmente disponibili riguardano persone con MP ad esordio classico, più tardivo, ovvero donne di sovente in menopausa. Analizzando una popolazione selezionata di 34 persone con MPEP, composta da 20 maschi e 14 femmine di età media inferiore ai 50 anni, abbiamo

confermato come anche nella forma ad esordio precoce, la fenomenologia della MP differisca significativamente tra uomini e donne e come i livelli degli ormoni sessuali incidano sulla fisiopatologia dei disturbi. Abbiamo infatti osservato che le donne, rispetto agli uomini, avevano una maggiore prevalenza di distonia (disturbo motorio particolarmente disabilitante) e di sintomi non motori riguardanti soprattutto le funzioni gastrointestinali, sessuali e del sonno. Inoltre, sempre nelle donne, livelli maggiori di estradiolo erano associati ad una minore severità motoria e minori complicanze della terapia, mentre la presenza di distonia corrispondeva a livelli medi di testosterone più elevati. Negli uomini, invece, non è emersa alcuna correlazione rilevante tra ormoni e fenomeni clinici.

I circuiti cerebrali e gli assi ormonali delle persone con MPEP sono sostanzialmente differenti dalle persone in cui la MP esordisce più tardivamente, determinando delle interazioni biologiche specifiche e significative. Nelle donne, in particolare, i livelli estrogenici sembrano condizionare il carico di disturbi motori in modo coerente con la nota capacità di supportare la trasmissione dopaminergica, così come il testosterone, probabilmente attraverso una mediazione del tono gabaergico, pare contribuire alla comparsa di distonia. Questi dati, pertanto, rimarcano la necessità di approcciare la MPEP in modo specifico a seconda del sesso, sottolineando come il profilo ormonale delle donne possa di per se incidere sulla sintomatologia e la risposta alla terapia.

1. *Mov Disord Clin Pract.* 2022; 9: 869–878

2. *J Parkinsons Dis.* 2019; 9: 501–515

3. *J Neural Transm.* 2024; 132: 61–66

Dott. Tommaso Schirinzi

**Università di Roma
Tor Vergata
Unità di Neurologia
Policlinico Tor Vergata**



In collaborazione con Dott.ssa Roberta Bovenzi: Università di Roma Tor Vergata

Medicina di Genere in pediatria dell'emergenza

Nel corso degli ultimi anni l'attenzione alle differenze di sesso e genere negli adulti che accedono in Pronto Soccorso (PS) è in aumento; gli studi in età pediatrica, invece, restano esigui soprattutto in Medicina d'Urgenza.

Uno dei lavori più interessanti in Tossicologia di genere pediatrica è uno studio retrospettivo del 2018 sull'analisi di 590 cartelle di pazienti (< 18anni), condotti per intossicazione presso il PS di Taiwan dal 2011 al 2015¹: M 309 (52.3%) e F 281 (47.7%), distribuzione genere/età M < 11anni e F 11-17 anni; il domicilio è riportato nel 94.7% come luogo dell'evento; 35 casi di esposizione intenzionale con età media di 15 anni, di cui F 57,1%.

Il primo studio osservazionale prospettico in Medicina d'Urgenza pediatrica è del 2020². Gli autori, analizzando le cartelle per età, codice d'urgenza e presentazione clinica di una coorte multicentrica e internazionale di circa 100.000 visite (< 16anni), riscontrano differenze genere-specifiche. I maschi rappresentano la maggior parte degli accessi durante l'infanzia e hanno maggiore necessità di farmaci inalatori, mentre nell'adolescenza il rapporto si inverte. Le femmine ricevono più esami diagnostici, soprattutto se presentano sintomi respiratori, e più imaging per traumi o problemi muscoloscheletrici.

Uno studio del 2022 condotto in 12 PS di 8 paesi europei, comprendente 19.781 bambini da 0 - 18 anni, con febbre e sintomi respiratori³, mostra che il 54% sono M, il 58% ha un'età compresa tra 1 e 5 anni e il 67% si presenta con un codice di urgenza minore. Le femmine ricevono meno farmaci inalatori, ma più frequentemente antibioticotera.

In Pediatria dell'Emergenza presso l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù sono in corso tre studi retrospettivi con l'obiettivo di approfondire il ruolo del sesso in condizioni specifiche, comprendere e valorizzare le differenze e ottimizzare i percorsi clinici in PS. Di seguito i dati preliminari:

I. Dall'analisi delle cartelle di 670 pazienti (< 19 anni) condotti in PS in codice rosso dal 2022 al 2025, in linea con i pochi dati della letteratura, emerge la netta maggioranza maschile. Questa distribuzione si conserva in tutte le età, ma è più marcata per gli adolescenti, a differenza di quanto riscontrato in letteratura in casistiche comprendenti tutti gli accessi in PS anche con codici di priorità inferiore al triage, in cui vi è una

maggioranza femminile in età adolescenziale.

II. Dal 2016 al 2024, esclusi 2019-2021, sono stati ricoverati in Ospedale 1.032 pazienti per bronchiolite, di questi, 315 ricoverati per bronchiolite tra il 2022 e il 2024 in Pediatria dell'Emergenza, 235 con bronchiolite moderata-grave, 70 hanno necessitato di *Helmet Continuous Positive Airway Pressure* (HCPAP). Dall'analisi statistica sui 315 pazienti, l'unica differenza significativa tra maschi e femmine è nella variabile età, in giorni all'ingresso (F > M, p = 0,049). L'analisi della durata dell'assistenza in HCPAP ha evidenziato una tendenza, ovvero che il maschio < 3 mesi ha necessitato per più tempo di HCPAP, mentre la tendenza si inverte ad un'età > 3 mesi.

III. Nel 2024 sono stati condotti in PS per intossicazione 388 pazienti < 18 anni (F 203 e M 185). La distribuzione per sesso femminile è maggiore per un'età inferiore ad 1 mese e maggiore di 12 anni. La causa più frequente è l'ingestione di farmaci in entrambi i sessi e in tutte le fasce d'età, ma nelle femmine di età superiore a 12 anni ci sono anche le sostanze d'abuso.

La Medicina di Genere, anche nell'età evolutiva, sta offrendo la possibilità di migliorare il percorso assistenziale, in molte patologie. Dall'età neonatale all'adolescenza è sempre più evidente l'importanza e il beneficio di un nuovo approccio che sappia valutare con competenza e attenzione il genere.

1. *Pediatr Neonatol.* 2019; 60: 59-67

2. *BMJ Open* 2020; 10: e035918

3. *PLoS One.* 2022; 17: e0271934

Dott.ssa Lelia Rotondi Aufiero

**UOC Pediatria generale e DEA
II livello
Ospedale Pediatrico Bambino
Gesù-IRCCS
Roma**



Centro Studi Nazionale su Salute e Medicina di Genere

Vincitore del premio per giovani ricercatori/ricercatrici impegnati/e in progetti riguardanti l'identità di genere e criticità delle cure 2025



Mi chiamo Chiara Ceolin, sono laureata in Medicina e Chirurgia e specializzata in Geriatria presso l'Università degli Studi di Padova. Attualmente sto completando un dottorato di ricerca in Scienze Cliniche e Sperimentali, durante il quale ho avuto l'opportunità di trascorrere un anno come *visiting researcher* presso il *Karolinska Institutet – Aging Research Center* di Stoccolma. Sono attualmente assegnista di ricerca e mi occupo principalmente di invecchiamento biologico, con un'attenzione particolare allo studio di nuovi biomarcatori e delle alterazioni osteo-metaboliche nei soggetti fragili — fragilità intesa non solo come età avanzata, ma come condizione biologica complessa. Proprio per questo, la mia attività di ricerca si estende anche a popolazioni giovani che, per motivi clinici, presentano segni di invecchiamento precoce: persone sottoposte a trapianto d'organo, affette da malattie reumatiche o transgender.

In questo ambito si inserisce il mio progetto, risultato vincitore del bando per giovani ricercatori/ricercatrici impegnati/e in progetti riguardanti l'identità di genere e criticità delle cure promosso dal Centro Studi Nazionale su Salute e Medicina di Genere. Il progetto, intitolato "Variazioni della forza muscolare e della densità minerale ossea durante la *Gender Affirming Hormone Therapy* (GAHT) nelle persone transgender: potenziali implicazioni per l'invecchiamento", nasce da studi *cross-sectional* condotti presso l'UOC di Geriatria, in collaborazione con l'UOC di Andrologia e Medicina della Riproduzione.

In particolare, ci siamo concentrati sull'analisi della salute osteo-muscolare in persone transgender prima dell'inizio della terapia ormonale di affermazione di genere (GAHT). I nostri dati, coerenti con le poche evidenze disponibili in letteratura, mostrano che gli individui transgender assegnati maschi alla nascita (AMAB) presentano, già in fase pre-GAHT, livelli significativamente ridotti di densità minerale ossea, forza e massa muscolare rispetto ai coetanei cisgender. Uno stile di vita spesso caratterizzato da sedentarietà, abitudine tabagica e dieta povera di calcio potrebbe compromettere il pieno sviluppo della massa ossea e muscolare.

Al momento, le conoscenze sull'effetto a lungo termine della GAHT sulla salute osteo-muscolare sono limitate, e non è ancora chiaro se la somministrazione di ormoni esogeni sia in grado di compensare efficacemente questo deficit. Inoltre, in una prospettiva di medicina dell'invecchiamento, emerge la necessità di comprendere se questi individui possano essere esposti precocemente al rischio di condizioni tipiche della senescenza, come osteoporosi e sarcopenia, specie in relazione alla naturale riduzione degli ormoni sessuali che si osserva con la menopausa e l'andropausa. Il progetto intende colmare questo vuoto di conoscenza esaminando, a distanza di 2-3 anni dall'inizio della GAHT, le variazioni nella forza muscolare e nella densità ossea di persone transgender. L'analisi si avvarrà di metodologie statistiche avanzate e tecniche di intelligenza artificiale, con l'obiettivo di costruire modelli predittivi sull'evoluzione dei parametri osteo-muscolari nel corso della terapia. L'integrazione tra dati reali e letteratura scientifica ci permetterà di offrire nuovi strumenti per una valutazione più accurata del rischio biologico e delle traiettorie di invecchiamento in questa popolazione ancora poco studiata.



- **Magnesium: exploring gender differences in its health impact and dietary intake**

Nutrients. 2025; 17: 2226.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40647330/>

Il magnesio riveste un ruolo essenziale in numerose funzioni fisiologiche, tuttavia l'influenza delle differenze di genere sul suo metabolismo rimane ancora poco chiara. Questa review mette in luce come ormoni, composizione corporea e stile di vita modulino il metabolismo del magnesio in modo distintivo tra uomini e donne, con rilevanti ripercussioni su patologie quali osteoporosi e malattie cardiovascolari. Comprendere tali differenze risulta fondamentale per sviluppare strategie nutrizionali e terapeutiche personalizzate, mirate a ottimizzare l'apporto di magnesio e a prevenire l'insorgenza di malattie croniche

- **The roles of binge gaming in social, academic and mental health outcomes and gender differences: A school-based survey in Hong Kong**

PLoS One. 2025; 20: e0327365.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40802602/>

Il *binge gaming*, ovvero giocare più di cinque ore consecutive, è un problema emergente tra bambini e adolescenti a Hong Kong, con una prevalenza del 31,7% (38,3% nei maschi, 24% nelle femmine). Lo studio su 2.592 studenti ha rilevato che i *binge gamer*, rispetto ai non giocatori, mostrano maggiori disturbi da gioco, depressione, ansia, stress, peggior qualità del sonno e minore autostima educativa. Le ragazze *binge gamer* presentano anche maggiore solitudine e minore supporto sociale. Il *binge gaming* può essere un indicatore e fattore di rischio per problemi sociali, accademici e di salute, richiedendo interventi preventivi mirati.

- **Astroglial CB1 reveal sex-specific synaptic effects of amphetamine**

Glia. 2025; 73: 1673–1691.
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12185978/>

Il Nucleo Accumbens (NAc) è una regione cerebrale chiave per studiare gli effetti delle droghe psicoattive. I recettori cannabinoidi di tipo 1 (CB1) regolano la plasticità sinaptica anche negli astrociti. Questo studio dimostra che l'anfetamina altera una forma di plasticità sinaptica dipendente da CB1 negli astrociti del NAc nei topi maschi, ma non nelle femmine. Inoltre, gli effetti motori dell'anfetamina nei maschi richiedono la presenza di questi recettori astrogliali, mentre nelle femmine non sembrano essere coinvolti. Questi risultati evidenziano meccanismi specifici per genere negli effetti dell'anfetamina, offrendo nuove prospettive per comprendere meglio le diverse risposte alle droghe psico-stimolanti tra uomini e donne.

- **Effect of ultra-processed food consumption on male reproductive and metabolic health**

Cell Metab. 2025; S1550-4131: 00360-2.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40882621/>

Il consumo di cibi ultra-processati provoca l'aumento di peso e peggiora il profilo lipidico indipendentemente dalle calorie. Inoltre, influisce negativamente sugli ormoni legati a metabolismo e spermatogenesi, riducendo la motilità degli spermatozoi. La dieta altera anche l'accumulo di sostanze inquinanti nel sangue. In sintesi, gli alimenti ultra-processati danneggiano salute cardiometabolica e riproduttiva a prescindere dall'apporto calorico.

- **Hippocampal subfields in aging: Sex-specific trajectories in structure and hemodynamics**

Neuroimage. 2025; 317: 121343.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40544898/>

L'invecchiamento dell'ippocampo è influenzato in modo differente nei due sessi, con le donne che mostrano una maggiore vulnerabilità alla neurodegenerazione, specialmente dopo la menopausa. In particolare, nelle donne si osservano riduzioni più marcate del flusso sanguigno cerebrale e un prolungamento del tempo di transito arterioso in specifiche aree ippocampali, fenomeni associati a cambiamenti ormonali regolati dall'ipotalamo. Queste differenze strutturali e vascolari sottolineano l'importanza del ruolo del sesso e degli ormoni nell'invecchiamento cerebrale, fornendo un prezioso contributo per la comprensione e la prevenzione di malattie neurodegenerative come l'Alzheimer.

- **Sex differences in the risk of Mycobacterium tuberculosis infection: a systematic review and meta-analysis of population-based immunoreactivity surveys**

Lancet Public Health. 2025; 10: e588-e598.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40602858/>

Questa metanalisi, condotta su quasi 480.000 persone in 38 paesi ad alta incidenza di tubercolosi, ha mostrato che fino ai 10 anni non ci sono differenze tra maschi e femmine nell'immunoreattività al *Mycobacterium tuberculosis*. Dai 10 anni in poi, gli uomini hanno un rischio maggiore di esposizione e infezione, che aumenta con l'età. Questo spiega perché la tubercolosi colpisce più gli uomini rispetto alle donne. Le cause principali sembrano essere comportamenti sociali che espongono maggiormente gli uomini al contagio. Interventi mirati agli uomini sono quindi fondamentali per ridurre il rischio della malattia tubercolare.

IGM 2025: Avanzamenti e Innovazioni nella Medicina di Genere a Magdeburgo

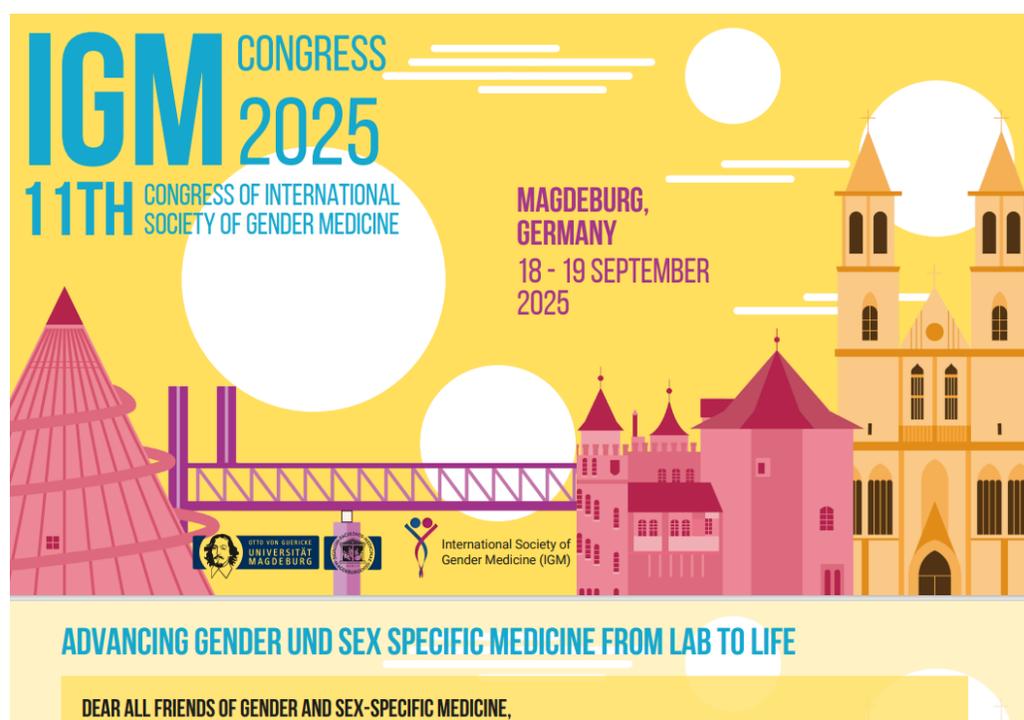
L'11° Congresso Internazionale della International Society for Gender Medicine (IGM), svoltosi a Magdeburgo dal 18 al 19 settembre 2025, organizzato dalla Professoressa Ute Seeland, Presidente della Società Tedesca per la Medicina di Genere, ha rappresentato un appuntamento fondamentale per il progresso della medicina sensibile alle differenze di sesso e genere. L'incontro ha radunato esperti di livello mondiale con l'obiettivo di trasformare le evidenze scientifiche di base e cliniche in pratiche personalizzate e più efficaci, capaci di rispondere alle specificità biologiche, culturali e sociali dei pazienti.

Il congresso ha presentato un programma multidisciplinare, con specifici focus su cardiologia, neurologia, immunologia, endocrinologia, oncologia, tossicologia e nutrizione, integrati da approfondimenti su digitalizzazione, medicina ambientale e prevenzione. Ampio spazio è stato dedicato agli aspetti psicosociali, all'inclusione e alle strategie di uguaglianza nella cura. Tra i relatori di punta, si sono distinti la Prof.ssa Klein della Johns Hopkins University, USA, e la Prof.ssa Legato, pioniera della medicina di genere. La prof.ssa Baggio e la prof.ssa Ortona hanno illustrato la situazione della Medicina di Genere in Italia; la delegazione italiana era numerosa e autorevole, con 14 presentazioni orali, di cui 5 provenienti dal Centro di Medicina di Genere dell'ISS.

Tra le innovazioni scientifiche di maggior rilievo presentate al congresso si segnalano:

- L'impiego crescente di digitalizzazione e intelligenza artificiale per affinare diagnosi, personalizzare trattamenti e analizzare dati con un'attenta correzione dei bias legati al sesso biologico;
- Nuove strategie farmacologiche sesso-specifiche, mirate a massimizzare l'efficacia terapeutica e minimizzare gli effetti collaterali differenziati tra uomini e donne;
- L'analisi delle diverse risposte a esposizioni ambientali e alimentari, che evidenzia l'urgenza di sviluppare strategie preventive ad hoc per i due sessi;
- Approfondimenti sul ruolo cruciale degli androgeni, come il testosterone, e dei cromosomi sessuali nella regolazione dell'espressione genica nelle cellule immunitarie;
- Studi innovativi su meccanismi epigenetici modulatori della risposta immunitaria sesso-specifica ai vaccini, con differenze di genere nelle reazioni avverse influenzate dagli ormoni sessuali.

Il congresso ha rappresentato una piattaforma internazionale di dialogo tra ricercatori e clinici, sottolineando come la medicina di genere rappresenti una disciplina chiave per un'assistenza sanitaria più giusta, mirata e inclusiva. La Prof.ssa Seeland, presidente dell'evento, ha evidenziato come l'integrazione di biomedicina, tecnologia e aspetti psicosociali apra nuove strade per sostenere una medicina traslazionale che valorizzi le differenze biologiche e culturali tra i sessi lungo tutto l'arco della vita. In sintesi, l'IGM 2025 ha rafforzato il ruolo della medicina di genere come ponte essenziale tra ricerca e pratica, con impatti concreti nella personalizzazione delle cure, nella prevenzione e nella salute pubblica, aprendo nuove prospettive per il futuro.



Eventi e corsi in Italia

Congresso nazionale GISEG organizzato in collaborazione con LILT

La prevenzione in ottica di genere: stato dell'arte e nuove sfide per il futuro

Sala degli Atti Parlamentari,
Biblioteca del Senato "Giovanni Spadolini"
Roma, 14-15 ottobre 2025

<https://www.giseg.it/wp-content/uploads/2025/08/SavetheDate.pdf>

- **Commissione Medicina genere-specifica - Ordine dei Medici di Brescia**
Convegno "Prevenzione, diagnosi e cure dell'infertilità"
18 ottobre 2025, residenziale e da remoto
Per le iscrizioni: <https://omceobs.iredeweb.it/events>
Per tutte le informazioni: formazione@ordinemedici.brescia.it
- **Centro di Formazione Medicina di Genere Omceo Rimini**
"Ambiente e differenze di genere: quale ruolo sullo stato di salute"
Rimini, 18 ottobre
Per tutte le informazioni: www.omceo.rn.it
- **Congresso "La Cardiologia sotto la lente della Medicina Genere-Specifica Pillole di novità"**
Rimini, 25 ottobre, 2025
Per tutte le informazioni:
<https://www.rivieracongressi.com/event/>
- **Congresso "Medicina di Genere: Un Cammino Multidisciplinare verso l'Equità"**
Milano, 30 ottobre 2025
Per le iscrizioni: www.mzevents.it
- **Convegno ECM Commissione Medicina di Genere OMCEO Cremona e AIDM Sez. Crema**
"Fermare e formare - Focus multidisciplinare sulla violenza non solo di genere: domestica e sul lavoro in sanità"
Cremona, 22 novembre 2025
Per le informazioni: www.omedcr.it

- **42° Congresso Nazionale SIMG**
Sessioni ibride
Firenze, 27-29 novembre 2025
Per tutte le informazioni:
<https://congresso2025.simgvirtualcongress.it/>
- **Convegno Nazionale AIDM**
"Medicina genere-specifica nelle malattie oncologiche: dalle cure appropriate alla lungo-sopravvivenza"
Napoli, 27-29 novembre 2025
Per tutte le informazioni:
<https://eventi.congressotop.it/aidm2025>

Corsi FAD

E' attivo il Corso ECM FAD da 16 crediti "Differenze di Genere nei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione" per Medici Chirurghi, Psicologi, Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica, Biologi Nutrizionisti, e Dietisti. Disponibile dal 21 luglio al 15 dicembre 2025. Organizzato dall' Istituto Superiore di Sanità - Centro di Riferimento per la Medicina di Genere. Responsabile scientifica: dott.ssa Angela Ruocco Tutte le informazioni saranno disponibili su: www.eduiss.it

E' attivo il Corso ECM FAD da 16 crediti "Oncologia e Medicina di Genere" per Medici Chirurghi e Psicologi. Disponibile dal 21 luglio al 15 dicembre 2025. Organizzato dall' Istituto Superiore di Sanità - Centro di Riferimento per la Medicina di Genere. Responsabile scientifica: dott.ssa Paola Matarrese Tutte le informazioni saranno disponibili su: www.eduiss.it

Ringraziamento e Saluto

La Redazione e il Comitato editoriale della NewsLetter ringraziano la Dott.ssa Luciana Giordani, che con la pensione inizia un nuovo percorso della sua vita.

Luciana, con eccezionale impegno, dieci anni fa ha accettato una nuova sfida personale e professionale, la direzione della appena nata NewsLetter per la medicina di genere, mettendo a disposizione con passione e rigore tutta la sua esperienza e competenza. E' sotto la sua direzione che la NewsLetter ha continuato a crescere sia nel numero dei lettori, sia nella qualità e quantità degli articoli, in questi primi dieci anni, rendendola un punto di riferimento riconosciuto e apprezzato nel panorama della Medicina di Genere in Italia.

Le rivolgiamo un sentito grazie per il suo impagabile lavoro e per il suo servizio alla divulgazione e conoscenza della Medicina di Genere. Le auguriamo un futuro ricco di soddisfazioni, sperando che la stessa passione ed entusiasmo continuino a guidarla nella sua vita personale.

Un caro saluto da tutti noi, Luciana!

Beatrice, Federica, il Comitato Editoriale della NL e il Centro di Riferimento per la Medicina di Genere (ISS).

Ruolo dell'ISS nel progetto Europeo BRAVE_WOW

Cosa è BRAVE-WOW? È un progetto EU-CERV lanciato nel maggio 2025 che mira a costruire ambienti di lavoro rispettosi, liberi dalla violenza e inclusivi dal punto di vista del genere. Il progetto coinvolge 14 partner provenienti da 4 paesi dell'UE, uniti nell'impegno di contrastare la violenza di genere (GBV) e le molestie sul posto di lavoro.

L'iniziativa si concentra sul settore sanitario, particolarmente esposto alla GBV, con l'obiettivo di testare interventi concreti capaci di generare cambiamenti strutturali ed effetti moltiplicatori a lungo termine su vasta scala geografica.

Perché ora? La violenza di genere e le molestie sul lavoro rimangono spesso invisibili o sottostimate nelle segnalazioni ufficiali. BRAVE-WOW affronta questa criticità sviluppando una comprensione approfondita delle cause del fenomeno attraverso strumenti innovativi

Il progetto introduce il Questionario sulla Violenza di Genere sul Lavoro, uno strumento specifico per migliorare la comprensione e la prevenzione della violenza nei luoghi di lavoro. Questo questionario, insieme al Questionario sul Lavoro Dignitoso, sarà sperimentato in contesti sanitari in Portogallo, Italia, Slovenia e Spagna, con l'obiettivo di un futuro utilizzo esteso a livello europeo.

Obiettivi principali → Il progetto adotta un approccio globale attraverso diverse azioni strategiche integrate. La prima dimensione riguarda la promozione di un dialogo inclusivo con gli stakeholder per prevenire la violenza di genere nei luoghi di lavoro e sviluppare una cultura del rispetto, della diversità e della responsabilità. Parallelamente, l'iniziativa prevede l'implementazione di progetti pilota nelle organizzazioni sanitarie dei quattro paesi partner per raccogliere dati, sviluppare strategie di prevenzione e creare meccanismi di supporto replicabili per le vittime. In questo contesto, l'Istituto Superiore di Sanità, in qualità di leader del Work Package 4, è responsabile dell'implementazione dello studio pilota in Italia. Il progetto si propone inoltre di sviluppare una roadmap politica per i quattro paesi partner, finalizzata a rivedere e integrare politiche, linee guida e procedure per garantire un cambiamento sostenibile. Infine, BRAVE-WOW mira a elaborare un piano innovativo di diffusione e sostenibilità per il miglioramento continuo di politiche e processi.

Dott. Marco Giustini, Dott.ssa Anna Carannante, Dott.ssa Simona Gaudi
Dipartimento Ambiente e Salute, Istituto Superiore di Sanità



BRAVE-WOW
BUILDING RESPECTFUL AND VIOLENCE-FREE GENDER-INCLUSIVE ENVIRONMENTS IN THE WORLD OF WORK

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.