

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

Stress e dieta in gravidanza: come cambia il cervello di maschi e femmine alla nascita

Pagina 3



FOCUS CLINICO

Le incretine nel trattamento dell'obesità: differenze di genere

Pagina 4



OCCHIO SULL'ITALIA

Workshop "Prevenzione e Medicina di Genere: stato dell'arte nelle regioni"

Pagina 5



OSSERVASALUTE

Genere, malattie ischemiche del cuore e cerebrovascolari

Pagina 6



APPROFONDIAMO

Stili di vita e salute nella popolazione over 65: una prospettiva di genere

Pagina 7



MDG E' ANCHE...

Livelli plasmatici di transaminasi e gamma GT nella popolazione pediatrica: differenze di genere

Pagina 8

IL VALORE STRATEGICO DELLA MEDICINA DI GENERE PER IL BENE DEL PAESE

Negli ultimi anni si sono consolidate due consapevolezze fondamentali: la prima, che non è possibile immaginare una medicina personalizzata che non sia anche una Medicina di Genere; la seconda, che un approccio alla salute sesso-genere-specifico è un fattore di sostenibilità sociale ed economica, oltre che di equità. Comprendere e gestire correttamente le differenze, infatti, significa garantire cure più efficaci, ridurre gli sprechi e costruire sistemi sanitari più resilienti. Eppure, il potenziale di questo approccio è ancora lontano dall'essere pienamente realizzato.

L'Italia, come noto, è un caso emblematico. Nonostante donne e uomini continuino ad avere oltre 4 anni di differenza in termini di speranza di vita alla nascita, il "vantaggio" rimane puramente numerico: le donne continuano a vivere un terzo della loro vita in condizioni di salute compromessa (32%), un quarto gli uomini (25,4%)¹. Questo dato riflette un quadro più ampio: maggiore esposizione alle patologie croniche, carico più elevato di disabilità e, di conseguenza, impatto significativo su partecipazione lavorativa e qualità della vita.

A ciò si aggiungono diverse criticità strutturali. La sotto-rappresentazione femminile negli studi clinici, la maggiore probabilità di sperimentare reazioni avverse ai farmaci e il rischio di sotto-diagnosi in diversi ambiti di patologia contribuiscono a creare percorsi di cura spesso meno tempestivi e adeguati. Il risultato è un insieme di inefficienze che gravano sia su cittadine e pazienti sia sul sistema sanitario, con un impatto economico non trascurabile.

Le analisi realizzate da The European House – Ambrosetti (TEHA) nell'ambito della Community Salute delle Donne stimano che il cattivo stato di salute femminile costi ogni anno 144 miliardi di euro, equivalenti al 6,8% del PIL italiano². Un burden che comprende al suo interno costi relativi all'assistenza sanitaria, giornate di lavoro perse e ridotta produttività, e che si concentra per il 44% in età lavorativa, con effetti diretti su competitività e crescita del Paese.

Una piena integrazione della Medicina di Genere nei protocolli sanitari rappresenta, in questo quadro, una leva strategica. Secondo le stime di TEHA, un insieme coordinato di interventi in prevenzione (stili di vita, screening, immunizzazione), diagnosi

tempestiva e trattamenti adeguati potrebbe contribuire a liberare un potenziale economico inespresso pari al 2% del PIL³. Questo risultato non richiede trasformazioni radicali quanto piuttosto un utilizzo più efficiente delle risorse già disponibili: percorsi di screening più equi, una migliore aderenza terapeutica, interventi precoci su fattori di rischio e patologie ad alta incidenza femminile, e una distribuzione più mirata delle risorse in base ai bisogni reali delle pazienti.

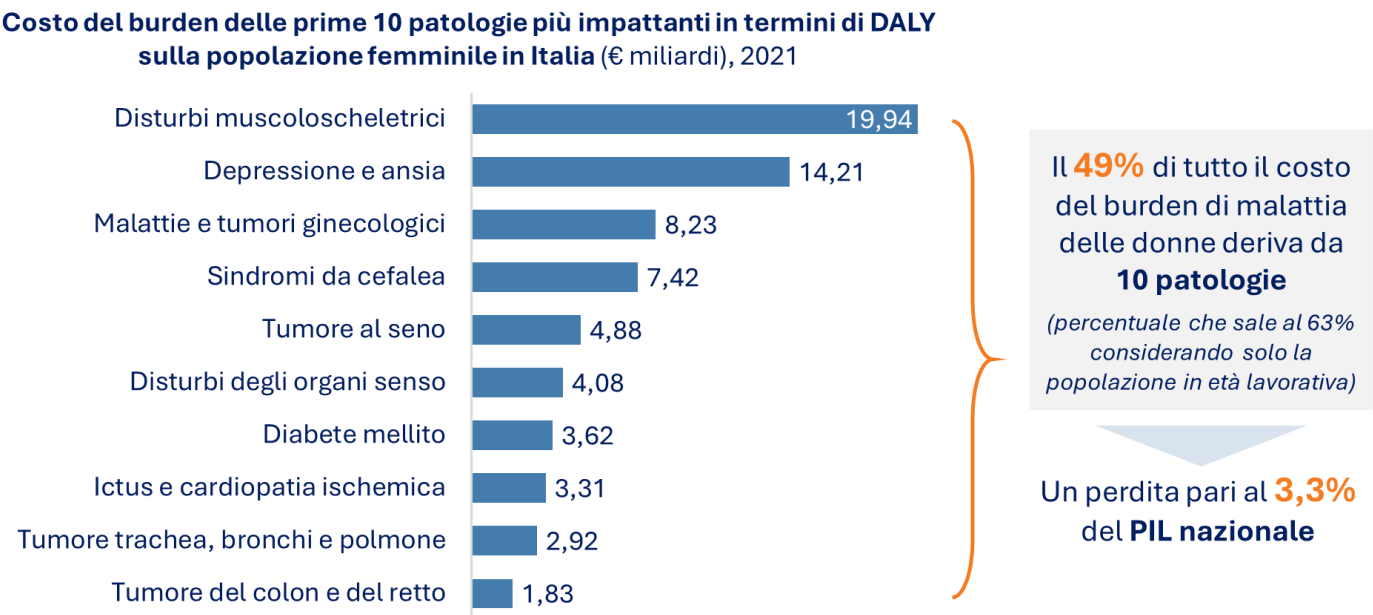
Andando a colmare le lacune di alcune iniziative esistenti e sfruttando le infrastrutture già presenti per la loro erogazione, interventi di questo tipo comporterebbero non solo un investimento limitato, ma anche un beneficio significativo nel medio-lungo periodo. Significa, a conti fatti, ridurre gli errori diagnostici, personalizzare i percorsi di cura, evitare trattamenti poco efficaci o inappropriati.

In questa prospettiva, la Medicina di Genere dovrebbe essere considerata non come un ambito specialistico, ma

come principio organizzativo del sistema sanitario in grado di liberare valore oggi disperso. Per un Paese come l'Italia, caratterizzato da un forte invecchiamento e da una crescente pressione sul sistema sanitario, si tratta di un investimento strategico, capace di generare benefici duraturi che si estendono oltre il piano clinico. Una piena implementazione della Medicina di Genere, e ancor di più di una Medicina delle Differenze, permetterebbe di considerare le persone nella loro interezza mettendo a valore tutte le variabili che determinano la salute, con un impatto positivo, come dimostrano i dati, sulla popolazione femminile e sul resto della collettività. Investire nella Medicina di Genere non è dunque un costo aggiuntivo, ma l'opportunità concreta di fare un investimento che genera valore.

1 <https://www.istat.it/wp-content/uploads/2025/11/01-Salute.pdf>
2 https://healthcare.ambrosetti.eu/it/community_salutedelledonne
3 Ibid.

Figura: Costo del burden delle prime 10 patologie più impattanti in termini di DALY (*Disability-Adjusted Life Year*) sulla popolazione femminile* in Italia (euro miliardi), 2021



(*) Considerata solo la popolazione in età lavorativa e una partecipazione parziale all'attività lavorativa del 40%. Dall'analisi sono stati esclusi i DALY associati al COVID-19.
Fonte dei dati: Elaborazioni su dati Global Burden of Disease disponibili sul sito: <https://vizhub.healthdata.org/> e dati Istat disponibili sul sito: <https://esploradati.istat.it>. Anno 2025



Dott.ssa Irene Gianotto
The European House - Ambrosetti,
Practice Healthcare
Project Coordinator,
Community Salute delle Donne
irene.gianotto@ambrosetti.eu



Stress e dieta in gravidanza: come cambia il cervello di maschi e femmine alla nascita

La salute mentale è il risultato di una complessa interazione tra fattori genetici e ambientali. Numerosi studi hanno dimostrato che l'ambiente intrauterino durante la gravidanza svolge un ruolo cruciale nello sviluppo del cervello fetale e condizioni non ottimali possono aumentare il rischio d'insorgenza di disturbi neuropsichiatrici nel corso della vita, con esiti diversi in maschi e femmine.

Tra i principali fattori prenatali avversi rientrano lo stress e la depressione materna. Tuttavia, la ricerca scientifica ha rivolto crescente attenzione ad altre condizioni. Infatti, sempre più studi evidenziano una preoccupante associazione tra l'aumento dell'obesità in gravidanza e l'insorgenza di disturbi del neurosviluppo, suggerendo un legame causale tra questi fenomeni¹. Tuttavia, i meccanismi biologici precoci che influenzano lo sviluppo del cervello fetale rimangono ancora in gran parte sconosciuti. L'ipotesi più accreditata suggerisce che i meccanismi direttamente coinvolti nell'obesità, come stress ossidativo e infiammazione, possano trasmettere al cervello fetale segnali di stress che possono comprometterne il corretto sviluppo².

L'ipotesi centrale della nostra ricerca è che l'obesità materna possa attivare nel feto risposte simili a quelle causate dallo stress psicologico o dalla depressione, alterandone lo sviluppo e aumentando il rischio per la salute mentale in età adulta. Pur essendo condizioni di natura molto diversa, ipotizziamo che queste due forme di stress materno (psicologico e metabolico) possano agire attraverso meccanismi comuni. L'obiettivo principale del nostro studio è quello di identificare strategie di prevenzione efficaci per mitigare tali effetti negativi sulla prole. Per validare questa ipotesi abbiamo utilizzato modelli preclinici esposti a stress o dieta ricca di grassi in gravidanza, analizzando il ruolo della placenta e i precoci cambiamenti nel cervello fetale, considerando le differenze di sesso. I risultati mostrano che sia lo stress che la dieta grassa della madre causano effetti simili, ma diversi a seconda del sesso del feto. Nei feti di sesso maschile, la placenta mostrava segni più pronunciati di alterazioni funzionali, come evidenziato dall'analisi proteomica, la quale ha identificato arricchimenti differenziali in pathway associati al rischio cardiometabolico, in particolare insulin signaling, insulin resistance, glycolysis/gluconeogenesis, fructose and mannose metabolism, diabetic cardiomyopathy e hypertrophic cardiomyopathy pathways. Nei feti di sesso femminile, invece, l'organo maggiormente colpito era il cervello, con un'aumentata espressione di geni associati ai processi infiammatori e allo stress ossidativo, tra cui IL-1 β , IL-6, CD68, iNOS, Arg-1³.

Un risultato promettente del nostro lavoro è che la somministrazione materna di N-acetilcisteina, un noto antiossidante, ha attenuato gli effetti negativi sulla placenta e sul cervello fetale. La N-acetilcisteina aiuta a neutralizzare i radicali liberi e potrebbe avere effetti positivi nel ridurre l'infiammazione e migliorare la trasmissione dei segnali nel cervello. Nel complesso questi studi indicano che lo stress ossidativo rappresenta un meccanismo chiave innescato da stimoli avversi differenti sperimentati precocemente. I nostri risultati rafforzano l'ipotesi che la vulnerabilità ai disturbi neuropsichiatrici abbia origini molto precoci con diverse manifestazioni in maschi e femmine, evidenziando la necessità di sviluppare strategie di prevenzione personalizzate basate sulle differenze di genere.

Le nostre ricerche contribuiscono a identificare nuovi target farmacologici e potenziali elementi nutrizionali protettivi, con l'obiettivo di prevenire le conseguenze negative associate all'esposizione a condizioni avverse durante la gravidanza. Il nostro gruppo si sta concentrando sullo sviluppo di interventi mirati a migliorare complessivamente lo stile di vita della donna in gravidanza. In donne a rischio di obesità o esposte a stress psicologico l'introduzione nella dieta di antiossidanti o acidi grassi polinsaturi (omega-3), naturalmente presenti in molti alimenti, rappresenta un approccio praticabile e potenzialmente efficace in gravidanza. L'integrazione di supporto psicologico e interventi sullo stile di vita potrebbe amplificare gli effetti benefici delle strategie nutrizionali, promuovendo il benessere della madre e del bambino.

1. *Prenat Diagn.* 2017; 37: 95-110

2. *Transl Psychiatry.* 2025; 15: 306

3. *Mol Psychiatry.* 2025; 30: 5072-5083

Dott.ssa Chiara Musillo

Centro di Riferimento per le Scienze comportamentali e la Salute mentale, Istituto Superiore di Sanità



In collaborazione con Dott.ssa Alessandra Berry, Dott.ssa Francesca Cirulli, Centro di Riferimento per le Scienze comportamentali e la Salute mentale, Istituto Superiore di Sanità

Le incretine nel trattamento dell'obesità: differenze di genere

Negli ultimi anni, l'uso delle incretine, soprattutto agonisti del recettore glucagon-like peptide-1 (GLP-1RA) (semaglutide, liraglutide, dulaglutide) e duplici agonisti dei recettori di GLP-1 e GIP (glucose-dependent insulinotropic polypeptide), - tirzepatide -, ha rivoluzionato il trattamento dell'obesità anche in soggetti non diabetici. Questi farmaci inducono un calo ponderale rilevante, ma soprattutto esercitano significativi effetti cardio e nefroprotettivi.

Studi preclinici e clinici recenti mostrano come l'entità della risposta terapeutica alle incretine possa variare a seconda del genere. Questo aspetto sembra essere legato alla interazione tra incretine ed estrogeni, che determina una risposta metabolica, in termini di perdita di peso, superiore di circa il 5% nelle donne rispetto agli uomini. Tale evidenza, a parità di dose e durata del trattamento, è stata dimostrata sia per i GLP-1RA che per i duplici agonisti.

L'interazione tra estrogeni e incretine si esplica a livello intestinale, pancreatico e del sistema nervoso centrale. Gli estrogeni, soprattutto il 17 β -estradiolo, potenziano la secrezione di GLP-1 con effetti genomici (modulazione della trascrizione di geni coinvolti nella sintesi e secrezione di GLP-1) e non genomici (modulazione rapida dei canali ionici e delle vie di segnale intracellulare). In particolare, l'attivazione del recettore ER β risulta cruciale per la stimolazione della secrezione di GLP-1 dalle cellule L intestinali, con una migliore regolazione della glicemia attraverso l'aumento dell'insulina (viene stimolata sia la neogenesi che la sopravvivenza delle β -cellule) e la riduzione della secrezione di glucagone da parte delle cellule α , con netta riduzione della produzione epatica di glucosio. Inoltre, gli estrogeni agiscono modulando l'espressione e la funzionalità dei recettori GLP-1RA a livello del sistema nervoso centrale, soprattutto nelle aree coinvolte nella regolazione dell'appetito (nucleo paraventricolare dell'ipotalamo, nucleo del tratto solitario, area postrema) facilitando la trasduzione del segnale del GLP-1 e regolando in questo modo il senso di sazietà e il comportamento alimentare. Tutti questi effetti protettivi sono amplificati nei soggetti di sesso femminile in età fertile e si riducono dopo la menopausa, in assenza di terapia estrogenica sostitutiva. Infatti, la produzione di GLP-1 nelle donne è ulteriormente aumentata nella fase luteale del ciclo mestruale rispetto alla fase follicolare, suggerendo anche una associazione della produzione di GLP-1 con il progesterone.

Al contrario, gli androgeni e, in particolar modo il testosterone, non sembrano potenziare la secrezione di

incretine, pur modulando la risposta metabolica negli uomini. Infatti, livelli più elevati di testosterone sono associati a una minore progressione da prediabete a diabete, mentre bassi livelli favoriscono insulino-resistenza e peggioramento del metabolismo glucidico. Attualmente non vi sono evidenze di una relazione tra i livelli di testosterone e la modulazione della composizione corporea in pazienti trattati con GLP-1RA. Infine, recenti osservazioni cliniche suggeriscono che la perdita di peso più pronunciata negli individui di sesso femminile possa essere in parte legata al fatto che le donne sperimentano più frequentemente eventi avversi gastrointestinali con questi farmaci.

Va comunque sottolineato come, a fronte di queste piccole differenze di efficacia legate al sesso, non vi siano differenze clinicamente rilevanti o statisticamente significative tra uomini e donne nella protezione cardiovascolare e renale determinata dalla terapia incretinica, vero valore aggiunto di questi farmaci nella pratica clinica.

In conclusione, l'uso delle incretine nel trattamento dell'obesità va raccomandato e sostenuto anche nelle donne non diabetiche con obesità, auspicando in un prossimo futuro un ridimensionamento del loro elevato costo, oggi a totale carico del paziente per questa categoria di soggetti.

- *Diabetes, Obesity & Metabolism*. 2024; 26: 4178-4196

- *Endocrinology*. 2025; 166: bqae165

- *Acta Physiologica (Oxford, England)*. 2025; 241: e70091

Prof.ssa Anna Solini

**Dipartimento di Patologia
Chirurgica, Medica,
Molecolare e dell'Area
Critica
Università di Pisa**



In collaborazione con Dott.ssa Alice Del Zoppo, Dipartimento di Patologia Chirurgica, Medica, Molecolare e dell'Area Critica, Università di Pisa

WORKSHOP "PREVENZIONE E MEDICINA DI GENERE: STATO DELL'ARTE NELLE REGIONI"

21 NOVEMBRE 2025 PRESSO L'ISS



L'adozione di un approccio di genere alla salute e alla prevenzione rappresenta oggi una priorità strategica per migliorare l'efficacia, l'equità e la sostenibilità dei sistemi sanitari. Integrare sistematicamente l'attenzione alle differenze di sesso e di genere nelle politiche di prevenzione, e in particolare nei Piani Regionali della Prevenzione, non costituisce soltanto un adempimento normativo, ma una leva concreta per rendere le azioni preventive più mirate, appropriate e capaci di rispondere ai bisogni reali delle diverse popolazioni. Considerare il genere significa infatti riconoscere che malattie, fattori di rischio, accesso ai servizi e adesione agli interventi di prevenzione non sono identici per tutti, ma variano in relazione a caratteristiche biologiche, condizioni sociali, ruoli e opportunità.

Un approccio di genere consente di leggere i determinanti di salute - biologici, sociali, culturali e comportamentali - in modo più articolato e dinamico, valorizzando le specificità e contribuendo a ridurre le disuguaglianze che ancora persistono tra donne e uomini nelle diverse fasi della vita. Ciò implica ripensare la programmazione della prevenzione, dallo screening alle vaccinazioni, dalla promozione di stili di vita salutari alla prevenzione delle malattie croniche, affinché gli interventi siano realmente inclusivi e adeguati ai diversi contesti di vita.

Per rafforzare questo percorso, il Centro di Riferimento per la Medicina di Genere ha promosso un incontro dedicato ai Referenti regionali per la Medicina di Genere, con l'obiettivo di favorire un confronto strutturato sulle attività sviluppate nei diversi territori nell'ambito di una prevenzione attenta alle differenze di genere. L'incontro, svoltosi il 21 novembre 2025, ha rappresentato un'occasione preziosa per dare visibilità alle esperienze regionali, stimolare il dialogo tra ambiti professionali differenti e valorizzare il ruolo di raccordo tra Medicina di Genere e programmazione della prevenzione a livello istituzionale.

Le relazioni presentate dai referenti regionali hanno restituito una panoramica eterogenea ma complementare di approcci, strumenti e metodologie, mostrando come l'attenzione al genere possa essere concretamente declinata all'interno dei programmi preventivi. Sono emerse esperienze che riguardano la formazione degli operatori sanitari, l'uso dei dati disaggregati per sesso e genere, la comunicazione mirata alla popolazione e la progettazione di interventi più sensibili alle differenze.

L'obiettivo finale di questa iniziativa è fare rete, condividere buone pratiche e promuovere metodi di lavoro comuni, capaci di facilitare l'applicazione della Medicina di Genere nei diversi contesti territoriali. La costruzione di un patrimonio condiviso di esperienze e conoscenze rappresenta un passaggio fondamentale per sostenere l'implementazione della Medicina di Genere nella prevenzione e rafforzare la capacità delle Regioni di tradurre i principi in azioni efficaci, valutabili e misurabili, a beneficio della salute di tutta la popolazione, nel rispetto delle differenze e della dignità di ogni persona.

Dott.ssa Elena Ortona

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



Genere, malattie ischemiche del cuore e cerebrovascolari

Le malattie cardiovascolari rappresentano la principale causa di morte in Europa, con oltre il 30% dei decessi totali, nonostante il calo della mortalità registrato negli ultimi decenni grazie ai progressi nella prevenzione, diagnosi e cura. Anche in Italia il quadro è analogo: le malattie cardiovascolari sono la prima causa di morte e responsabili di circa il 35% dei decessi, con un burden elevato in termini di mortalità per le malattie ischemiche del cuore. Accanto a queste, anche le malattie cerebrovascolari costituiscono un rilevante problema di Sanità Pubblica: a livello europeo l'ictus è la seconda causa di morte (9% dei decessi negli uomini e 13% nelle donne) e, in Italia, presenta tassi di letalità a 30 giorni compresi tra il 18-33%.

L'analisi per genere mostra differenze rilevanti nel rischio, nelle manifestazioni cliniche e negli esiti. Le caratteristiche biologiche, ormonali e comportamentali modulano in modo distinto la suscettibilità alle malattie ischemiche del cuore e alle patologie cerebrovascolari. Gli uomini tendono a sviluppare malattie cardiovascolari in età più giovane e presentano una maggiore incidenza di infarto miocardico, mentre nelle donne il primo evento cardiovascolare è più frequentemente rappresentato da ictus o scompenso cardiaco. Inoltre, nella popolazione femminile alcune condizioni, come menopausa precoce, preeclampsia, diabete gestazionale o sindrome dell'ovaio policistico, sono associate ad un aumento del rischio cardiovascolare nel corso della vita. A ciò si aggiunge una sintomatologia più spesso atipica, che può ritardare la diagnosi e influenzare

negativamente gli esiti.

I dati più aggiornati relativi alla mortalità risalgono al 2022, anno in cui le malattie ischemiche del cuore hanno causato 58.648 decessi. Il quadro complessivo evidenzia un netto svantaggio maschile, sia per numero di decessi sia per intensità del rischio. Il tasso grezzo risulta più elevato negli uomini (10,98 per 10.000), ma tale valore risente della diversa struttura per età della popolazione. Il confronto corretto, basato sul tasso standardizzato, conferma comunque un rischio coronarico più elevato nel genere maschile: nel 2022 gli uomini hanno registrato oltre 31.600 decessi, con un tasso standardizzato pari a 10,30 per 10.000, quasi il doppio rispetto a quello delle donne (5,09 per 10.000).

Per quanto riguarda le malattie cerebrovascolari, nel 2022 sono stati registrati 54.452 decessi con numeri assoluti più elevati nelle donne (32.308 vs 22.144). Tuttavia, i tassi standardizzati risultano più simili (6,12 per 10.000 nelle donne vs 7,22 per 10.000 negli uomini), indicando che la maggiore mortalità femminile complessiva è legata soprattutto alla maggiore longevità.

Nel complesso, le differenze di genere nella mortalità cardio-cerebrovascolare sottolineano la necessità di strategie di prevenzione specifiche: negli uomini è prioritario intensificare il controllo dei fattori di rischio tradizionali, mentre nelle donne è fondamentale aumentare la consapevolezza dei sintomi, spesso meno tipici, e del rischio che cresce significativamente nelle età più avanzate.

Tabella – Decessi (valori assoluti), tasso (grezzo e standardizzato per 10.000) di mortalità per malattie ischemiche del cuore e malattie cerebrovascolari per genere - Anno 2022

Genere	Tipologia di malattia					
	Malattie ischemiche del cuore			Malattie cerebrovascolari		
	N decessi	Tasso grezzo mortalità	Tasso std mortalità	N decessi	Tasso grezzo mortalità	Tasso std mortalità
Maschi	31.636	10,98	10,30	22.144	7,68	7,22
Femmine	27.012	8,95	5,09	32.308	10,70	6,12
Totale	58.648	9,94	7,26	54.452	9,23	6,62

Fonte dei dati: IstatData. Anno 2022.

Stili di vita e salute nella popolazione over 65: una prospettiva di genere

Il gruppo “Stili di vita” della Community Alumni del Master in Salute e Medicina di Genere dell’Università degli Studi di Firenze, composto dalle Dott.sse Carlotta Biglia, Beatrice Cazzetta, Laura Cinel, Michela Cirillo, Cristina Conti, Teresa De Falco, Rosa D’Amico, Maria Gabriella De Silvio, Anna Paola Furcas, Maria Francesca Guidi, Miriam Iezzi, Luisa Mazzotta, Angela Sorrentino e Cecilia Stefanelli, con il supporto della coordinatrice del Master, Prof.ssa Daniela Massi e della Presidente del GISeG Prof.ssa Anna Maria Moretti, ha elaborato il seguente contributo.

I comportamenti legati allo stile di vita costituiscono un elemento fondamentale nella prevenzione delle patologie cronico-degenerative, soprattutto tra gli anziani. I dati PASSI d’Argento 2023–2024, che monitorano la salute e gli stili di vita degli ultra 65enni in Italia, evidenziano un quadro caratterizzato da comportamenti a rischio e da persistenti disuguaglianze legate a genere, livello socioeconomico e area geografica.

Più della metà della popolazione anziana presenta una condizione di eccesso ponderale: il 54% è in sovrappeso o obeso (40,4% e 13,6%). La condizione è più frequente negli uomini (M 60,7% vs. F 50,6%) e tra chi ha basso livello di istruzione o difficoltà economiche. Le differenze territoriali sono marcate: si passa da valori inferiori al 50% in Toscana e Valle d’Aosta, ad una media superiore al 60% nel Meridione. L’eccesso ponderale tende, comunque, a ridursi con l’età in entrambi i sessi.

Il consumo di frutta e verdura, pilastro del pattern dietetico mediterraneo, resta insufficiente: solo il 9% degli anziani raggiunge le 5 porzioni giornaliere raccomandate. Le donne mostrano una maggiore aderenza rispetto agli uomini (9% vs. 8%), ma la differenza si attenua con l’età. Tra le donne con basso livello d’istruzione o che vivono sole, tale vantaggio scompare, a causa di barriere economiche e sociali. Anche qui emerge un chiaro divario Nord-Sud (10% vs. 8%).

Per quanto riguarda il consumo di alcol, il 63% degli over 65 non beve abitualmente, ma il 17% presenta un consumo considerato “a rischio”. Gli uomini sono nettamente più esposti (28% vs. 8% delle donne) e il fenomeno è più comune nelle classi sociali più elevate, confermando che si tratta spesso di un’abitudine radicata e culturalmente accettata. In Friuli-Venezia Giulia e Piemonte oltre un quarto degli anziani rientra nei consumatori a rischio. Nella maggior parte dei casi (10% del totale) il consumo non supera le due unità alcoliche al giorno, tipicamente durante i pasti, comportamento spesso non percepito come nocivo. Inoltre, solo l’8% di chi ha un consumo a rischio riceve dagli operatori sanitari il consiglio di ridurre l’assunzione.

Il fumo, pur essendo meno diffuso, interessa il 10% degli anziani. La prevalenza è più alta negli uomini (13%) rispetto

alle donne (10%), differenza che si riduce dopo gli 80 anni anche per effetto della mortalità selettiva. L’abitudine è più frequente tra chi ha difficoltà economiche (14% vs. 11%), mentre la cessazione è più comune tra le persone istruite e con reddito più elevato (34% fra i laureati vs. 20% tra chi ha solo la licenza elementare).

La sedentarietà rappresenta uno dei fattori più critici. L’attività fisica, valutata tramite la scala PASE (*Physical Activity Scale for Elderly*), mostra livelli in calo con l’età: le donne risultano meno attive degli uomini e i punteggi peggiorano tra chi ha basso livello di istruzione, difficoltà economiche o vive solo. Le donne sono particolarmente penalizzate da minori opportunità di movimento, maggiore carico di cura e minore autonomia. Anche in questo ambito, il divario territoriale è marcato: nelle province autonome di Trento e Bolzano e in Veneto la quota di inattivi è inferiore al 26%, mentre nel Sud supera il 50%.

Complessivamente, i dati della sorveglianza PASSI d’Argento offrono un quadro dettagliato ma preoccupante dello stato di salute comportamentale della popolazione anziana italiana. L’eccesso ponderale, la scarsa aderenza alle raccomandazioni alimentari, la sedentarietà, il consumo a rischio di alcol ed il fumo, rappresentano fattori di rischio ben presenti. Le differenze di genere sono sistematiche: gli uomini tendono ad adottare comportamenti più rischiosi (fumo e alcol), mentre le donne risultano più attente all’alimentazione, ma svantaggiate per sedentarietà e limitazioni funzionali. A queste disuguaglianze si aggiungono forti disparità socioeconomiche e territoriali, con il Sud in condizioni più critiche.

Promuovere la salute in questa fascia di popolazione richiede un approccio intersettoriale che integri genere, età, status economico e territorio. In un Paese in rapido invecchiamento (Istat) investire in prevenzione e invecchiamento attivo rappresenta una priorità di sanità pubblica.

- Istituto Superiore di Sanità EpiCentro – PASSI d’Argento
<https://www.epicentro.iss.it/passi-argento/>
- Istat – Rapporto annuale 2025
<https://www.istat.it/wp-content/uploads/2025/05/Sintesi-Rapporto-Annuale-2025.pdf>

Dott.ssa Michela Cirillo
Assegnista di Ricerca, Università degli Studi di Firenze

Dott.ssa Rosa D’Amico
Chirurgia Oncologica AORN S. Anna e S. Sebastiano, Caserta

Dott.ssa Maria Gabriella De Silvio
Vicepresidente GISeG

Livelli plasmatici di transaminasi e gamma GT nella popolazione pediatrica: differenze di genere

Le transaminasi (ALT e AST) e la gamma GT (GGT) sono marker di danno epatico fondamentali nella diagnosi e nel monitoraggio delle epatopatie, rispettivamente suggestive di citolisi e colestasi.

Numerosi studi condotti sulla popolazione adulta hanno evidenziato significative differenze nei livelli di questi enzimi tra maschi e femmine, con valori mediamente più elevati nei soggetti di sesso maschile, per cui l'impiego di cut-off laboratoristici differenziati tra i due sessi è ampiamente validato in letteratura. Tale discrepanza presenta un'origine multifattoriale: tra i fattori determinanti figurano le differenze nella composizione corporea (in particolare la massa muscolare), la maggiore incidenza di sindrome metabolica e MASLD (*Metabolic Dysfunction-Associated Steatotic Liver Disease*) nei maschi¹⁻². Gli ormoni sessuali hanno un ruolo complesso sul metabolismo epatico, non ancora del tutto chiarito, in particolare il testosterone favorirebbe l'adipogenesi e l'insorgenza di steatosi, mentre gli estrogeni tendenzialmente presentano un effetto protettivo, riducendo l'infiammazione e la fibrosi, migliorando il metabolismo lipidico e regolando la produzione della bile, ma livelli elevati come in gravidanza possono determinare effetti opposti.

In ambito pediatrico, i range di riferimento degli enzimi epatici comunemente utilizzati derivano spesso da popolazioni adulte e non considerano in maniera adeguata le variazioni fisiologiche legate all'età, al sesso e allo stato puberale. Diverse evidenze scientifiche rivelano tuttavia differenze significative tra i due sessi anche in età pediatrica, in particolare durante la pubertà². Pertanto, alcuni gruppi di ricerca hanno proposto l'impiego di curve con percentili differenziati per età e sesso, al momento non ancora ampiamente diffusi nella pratica clinica³.

Studio osservazionale multicentrico

Per confermare tali differenze in una coorte clinica italiana, è stato condotto uno studio retrospettivo multicentrico su 1652 bambini ricoverati in otto centri pediatrici italiani. I soggetti inclusi, ospedalizzati per patologie infettive o traumatiche, sono stati stratificati per età, sesso e BMI (età mediana 44 mesi, maschi 53%, femmine 47%; BMI medio 16 kg/m²). I livelli plasmatici di ALT, AST e GGT al momento del ricovero sono stati analizzati con test non parametrici (Mann-Whitney U) e confrontati con i valori soglia standard di laboratorio. Nella popolazione analizzata, il 35% dei soggetti presentava almeno un valore di transaminasi superiore al

50° percentile per età e sesso. La prevalenza di un incremento combinato di ALT e AST era simile nei due sessi (13,1% nei maschi vs 11,1% nelle femmine; $p = 0,26$). Tuttavia, l'analisi disaggregata ha confermato una distribuzione sesso-specifica dei valori di AST e GGT. In particolare, sono emersi livelli significativamente più elevati di AST e GGT nei maschi rispetto alle femmine ($p < 0,01$ e $p < 0,05$ rispettivamente). Non sono state rilevate invece differenze significative nei valori di ALT tra i sessi, ma si è osservata una tendenza a valori più elevati nel primo anno di vita ($p < 0,01$), in linea con l'immatunità epatica fisiologica dei neonati. Inoltre, sono stati rilevati valori di bilirubina indiretta leggermente più bassi nei maschi, seppur entro i limiti di riferimento.

I risultati ottenuti sono coerenti con la letteratura internazionale, che evidenzia un profilo epatico diversificato tra maschi e femmine in età pediatrica²⁻³. Tali dati vanno tuttavia interpretati considerando fattori specifici di coorte, quali la presenza di comorbidità o terapie farmacologiche, che potrebbero influenzare l'attività epatica. Si rendono pertanto indispensabili studi più ampi e con casistiche più standardizzate per validare i nostri risultati.

Il nostro studio tuttavia rimarca la necessità di una differenziazione per sesso dei valori di riferimento di transaminasi e gamma GT, per una più accurata interpretazione dei test di funzionalità epatica nei bambini. In particolare, l'adozione di intervalli di riferimento sesso- ed età-specifici potrebbe contribuire a ridurre il rischio di sovra- o sotto-diagnosi di patologie epatiche nei pazienti pediatrici.

1. *Euroasian J Hepatogastroenterol.* 2022; 12: S19-S25

2. *Pediatrics.* 2005; 115: e561-5

3. *Hepatology.* 2018;68: 1319-1330

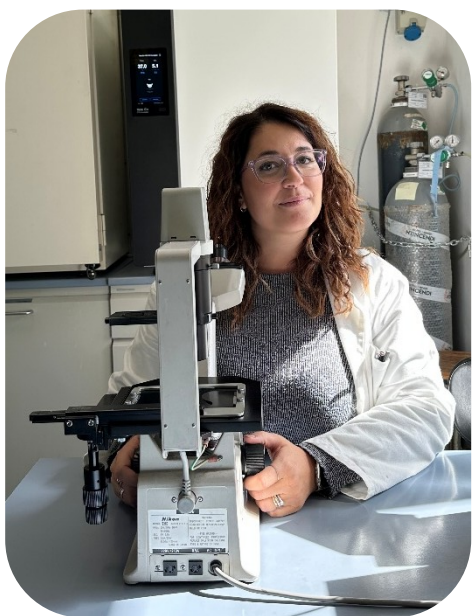
Dott.ssa Rosanna Recupero
UOC Pediatria Medica, AOU San Giovanni Di Dio
e Ruggi D'Aragona, Salerno

Dott.ssa Katrine Caiazza
Scuola di Specializzazione Pediatria, UNISA

Dott. Pietro Aliberti
Scuola di Specializzazione Pediatria, UNISA

Prof.ssa Claudia Mandato
Scuola di Specializzazione Pediatria, UNISA

Vincitrice XIV Concorso A.M.M.I. 2025 Concorso di Ricerca di Medicina e Farmacologia genere specifiche



Mi chiamo Camilla Cittadini e sono laureata in Biologia Cellulare e Molecolare e Scienze Biomediche. Ho conseguito un dottorato di ricerca in Medicina Sperimentale presso l'Università "Sapienza" di Roma. Attualmente sono ricercatrice presso il Centro di Riferimento per la Medicina di Genere dell'Istituto Superiore di Sanità, sotto la responsabilità della Dott.ssa Paola Matarrese, dove studio il ruolo degli estrogeni, in particolare del 17β -estradiolo (E2), nella progressione del carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC).

Negli ultimi quarant'anni, l'incidenza di questa neoplasia è diminuita del 15% negli uomini, ma è aumentata di oltre il 50% nelle donne. Inoltre, la prognosi risulta peggiore nelle donne in età fertile rispetto agli uomini e alle donne in post-menopausa, suggerendo un possibile coinvolgimento degli estrogeni nello sviluppo e nella progressione del tumore. Studi recenti indicano infatti un rischio maggiore di adenocarcinoma polmonare nelle donne fumatrici o sottoposte a terapia ormonale sostitutiva con estrogeni.

I risultati ottenuti finora nel nostro laboratorio hanno dimostrato che una combinazione di citochine infiammatorie (TGF- β , IL-6, IL-8 e CXCL-16) è in grado di promuovere migrazione, invasione e transizione epitelio-mesenchimale (EMT) nelle cellule di NSCLC, attraverso l'attivazione dell'autofagia mediata dalla proteina YAP. Dal punto di vista funzionale, i dati preliminari mostrano che il trattamento con E2 a concentrazioni fisiologiche aumenta la motilità e le proprietà invasive delle cellule tumorali. Tale effetto risulta accentuato in presenza della combinazione di citochine, supportando il ruolo dell'E2 nel favorire la EMT e nell'indurre un fenotipo mesenchimale più aggressivo. Abbiamo, inoltre, osservato che E2, da solo o in associazione con il mix di citochine, attiva vie di sopravvivenza cellulare, come l'autofagia. Quest'ultima, oltre a mantenere l'omeostasi cellulare eliminando organelli e macromolecole danneggiate, favorisce la sopravvivenza in condizioni avverse e gioca un ruolo chiave nel rimodellamento del microambiente tumorale (TME) e nella resistenza ai farmaci.

In quest'ottica, l'identificazione dei pathway biochimici attivati da E2 e coinvolti nel dialogo funzionale tra le diverse componenti del TME potrebbe portare all'individuazione di nuovi bersagli terapeutici sesso-specifici, offrendo una strategia aggiuntiva per ridurre la mortalità associata a questo tumore, la cui prognosi rimane tuttora sfavorevole. Grazie al progetto "Il microambiente tumorale influisce sulla progressione del cancro polmonare non a piccole cellule (NSCLC): ruolo degli ormoni sessuali, dei microRNA correlati al sesso e della risposta immunitaria dell'ospite", sono risultata vincitrice del XIV Concorso 2025 "Ricerca di Medicina e Farmacologia Genere-Specifiche" bandito dall'Associazione Mogli Medici Italiani (A.M.M.I.).

Con il supporto di A.M.M.I. potrò proseguire lo studio del ruolo degli estrogeni nella progressione del carcinoma polmonare, contribuendo a chiarire le differenze epidemiologiche e patologiche osservate tra uomini e donne affetti da NSCLC. Questo progetto offrirà una comprensione più approfondita dei meccanismi attraverso cui gli estrogeni regolano la composizione e le funzioni del TME, aprendo la strada a studi clinici differenziati per genere e a una medicina sempre più personalizzata, che risponda sia all'esigenza di equità nella cura che all'ottimizzazione delle risorse sanitarie.



CENTRO DI RIFERIMENTO
MEDICINA DI GENERE

Tesi di Laurea in Scienze Riabilitative delle Professioni Sanitarie

Differenze di genere nella violenza subita dagli operatori sanitari: una revisione sistematica della letteratura



Mi chiamo Cristina Francesca Valenti e mi sono laureata in Scienze Riabilitative delle Professioni Sanitarie presso l'Università degli Studi di Firenze (A.A. 2024–2025). Nella mia tesi ho scelto di affrontare una domanda semplice, solo in apparenza: la violenza contro gli operatori sanitari è davvero uguale per tutti? L'ipotesi da cui sono partita è che il genere non sia un dettaglio, ma una lente che modifica profondamente come la violenza viene agita, percepita e affrontata. Per verificarla ho condotto una revisione sistematica PRISMA 2021 su 58 studi (2015–2025). L'esame dei dati ha rivelato differenze sostanziali e due limiti ricorrenti della letteratura: la scarsa disaggregazione dei dati e la quasi assenza dei contesti territoriali e riabilitativi. Elementi che confermano l'urgenza di un approccio più strutturato.

La revisione evidenzia differenze nette sia nella quantità sia nelle forme della violenza subita: le donne riportano più episodi, soprattutto nelle manifestazioni non fisiche — verbali (43% F vs 6% M) e sessuali (OR fino a 11,8) — con queste ultime concentrate nei setting a forte gerarchia interna e

nei percorsi formativi; gli uomini, pur coinvolti meno frequentemente, mostrano una maggiore prevalenza di aggressioni fisiche (27,9% F vs 38,3% M), tipicamente nei reparti ad alta intensità assistenziale come pronto soccorso e psichiatria. Sul piano psicologico e professionale emergono ulteriori distinzioni: le donne riportano livelli più elevati di stress, ansia e burnout (42,4% F vs 35,9% M), oltre a maggiori ostacoli alla progressione di carriera (33,3% F vs 2,3% M); gli uomini tendono invece a minimizzare o a non riconoscere la violenza non fisica. Anche le strategie di coping risultano differenziate: le professioniste ricorrono più spesso a modalità passive (66,2% dei casi) o basate sulla ricerca di supporto, mentre gli uomini adottano strategie attive e orientate ai canali istituzionali (18% M vs 10% F). La propensione alla denuncia conferma questa divergenza: pur restando bassa in entrambi i gruppi, nelle donne prevale il timore di ritorsioni o isolamento, negli uomini lo stigma e la difficoltà a riconoscersi come vittime. Un pattern così marcato suggerisce la presenza di meccanismi strutturali che riflettono le dinamiche della violenza di genere. L'integrazione dei dati quantitativi e qualitativi ha permesso di leggere la violenza non come una somma di episodi, ma come espressione di disuguaglianze e dinamiche gerarchiche radicate nei sistemi sanitari. In questo quadro, il genere risulta centrale perché modula forme, percezione, impatto e modalità di risposta. Da queste evidenze derivano alcune priorità operative: strumenti di rilevazione più sensibili alle differenze, canali di denuncia sicuri, percorsi istituzionali chiari e programmi formativi obbligatori. È inoltre essenziale rafforzare la governance organizzativa per integrare tale prospettiva nelle politiche di prevenzione. La conoscenza resta il primo atto di cura: riconoscere la violenza nelle sue diverse declinazioni è condizione imprescindibile per ambienti di lavoro più equi e sicuri.



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE

- **Sex-related differences in phenotype and nigro-striatal degeneration of c-rel-/- mouse model of Parkinson's disease**

Biol Sex Differ 2025; 16: 73
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41074203/>

Il morbo di Parkinson è caratterizzato da disfunzioni motorie e sintomi non-motori. Come per altre malattie anche per il morbo di Parkinson si osservano differenze di sesso nella prevalenza e nella manifestazione della malattia. Gli autori di questo articolo analizzano l'impatto sul funzionamento dei neuroni dopaminergici di una proteina appartenente alla famiglia del fattore di trascrizione NFkB. I topi femmine mostrano una patologia più lieve rispetto ai maschi, caratterizzata da minore perdita di fibre dopaminergiche accompagnata anche da un minor grado di sintomi non-motori. I ricercatori ipotizzano che i mitocondri e gli estrogeni possano giocare un ruolo significativo nel preservare maggiormente le funzioni dei neuroni dopaminergici nelle donne.

- **Association between sex, glycaemic status, and serum antithyroglobulin antibodies in type 2 diabetes mellitus**

J Sex Gender Specif Med 2025; 11: 119-124
<https://www.gendermedjournal.it/archivio/4600/articoli/46066/>

Nell'ambito delle malattie autoimmuni diversi recenti studi hanno messo in evidenza l'interazione tra gli anticorpi antitireoglobulina (AbATG), l'indice glicemico e il sesso del paziente affetto da diabete mellito di tipo 2. Elevati livelli di AbATG possono infatti portare ad ipo- o iper-tiroidismo con conseguenze cliniche importanti sul processo metabolico del glucosio. Gli autori di questo studio mostrano che le donne hanno livelli sierici maggiori di glicemia a digiuno, emoglobina glicata e AbATG confermando la relazione già ampiamente dimostrata tra disfunzioni tiroidee, iperglicemia e insulino-resistenza.

- **Sex differences in healthy brain aging are unlikely to explain higher Alzheimer's disease prevalence in women**

Proc Natl Acad Sci U S A 2025;122: e2510486122
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41082658/>

Tra le malattie neurologiche, l'Alzheimer viene maggiormente diagnosticato tra le donne, sottolineando quindi l'esigenza di porre attenzione al sesso del paziente in ambito di ricerca e diagnosi. Gli uomini mostrano un declino cognitivo connesso con l'età che interessa un numero maggiore di regioni corticali e subcorticali, a differenza delle donne che mostrano un declino molto più contenuto. Gli autori di questo studio sottolineano l'esigenza di approfondire i meccanismi biologici che portano ad una maggiore diagnosi di Alzheimer per le donne, come la perdita di fattori neuroprotettivi, accumulo della proteina tau e differenze cerebrali strutturali dovute all'invecchiamento.

- **Sex-specific survival in advanced metastatic melanoma – a DeCOG study on 2032 patients of the multicenter prospective skin cancer registry ADOREG**

Eur J Cancer 2025; 227: 115668.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40749417/>

Il melanoma cutaneo è uno dei tumori più aggressivi a causa della sua rapida progressione metastatica. Nonostante l'introduzione di nuove proposte terapeutiche come la "target-therapy" e l'immunoterapia ne abbiano migliorato la sopravvivenza, il trattamento rimane ancora una sfida. E' nota una differenza biologica tra uomini e donne a livello del sistema immunitario sia innato che umorale. Gli autori di questo studio multicentrico evidenziano un trend nel miglioramento della sopravvivenza maschile in pazienti trattati in prima linea con anticorpo monoclonale anti-PD1.

- **Effects of maternal smoking on inflammation, autophagy/mitophagy, and miRNAs in endothelial cells: Influence of newborn sex**

Eur J Pharmacol 2025; 998: 177648
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40252896/>

Molti studi hanno ampiamente dimostrato come il consumo di sigarette durante la gravidanza sia un fattore di rischio per la salute sia della donna stessa sia del nascituro. Tuttavia la correlazione tra lo stato di salute del nascituro ed il suo sesso è stata ampiamente sottostimata. In questo studio vengono messi in evidenza l'impatto del fumo durante la gravidanza sulla genetica, sul sistema immunitario, sui processi di autofagia e sulla regolazione di molecole come i microRNA. In particolar modo gli autori di questo studio evidenziano come il consumo di sigarette produca effetti in relazione al sesso del nascituro, amplificando ancora di più quelle che sono le differenze basali già presenti tra maschio e femmina.

- **Region-specific gene expression and sex inform about disease susceptibility in the aorta**

Nat Cardiovasc Res 2025; 4: 1152-1171
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40841834/>

Le patologie che colpiscono i grandi vasi sanguigni (come ad esempio l'aneurisma dell'aorta) avvengono frequentemente in regioni altamente specifiche (l'arco aortico o il tratto addominale della stessa), facendo quindi presupporre una componente multifattoriale. Il sesso del paziente ha un ruolo determinante sulla incidenza degli episodi patologici determinandone anche il grado di severità. Gli autori di questo lavoro attraverso analisi di trascrittomiche evidenziano un pattern di distribuzione sesso-specifica di proteine coinvolte nel trasporto degli elettroni, nella rimodellazione della matrice extracellulare e nel controllo della muscolatura dei vasi, con evidenze significative nel tratto toracico e addominale dell'aorta.

Medicina di Genere e Società Scientifiche Roma, 30 settembre 2025

Il 30 settembre 2025 si è svolto il terzo incontro con i referenti per la Medicina di Genere delle società scientifiche e associazioni tecnico-scientifiche delle Professioni Sanitarie organizzato dal Centro di Riferimento per la Medicina di Genere (MEGE) dell'Istituto Superiore di Sanità, dalla Società Scientifica Gruppo Italiano Salute e Genere (GISEG) e dal Centro Studi Nazionale Salute e Medicina di Genere. Scopo principale dell'incontro è stato rinnovare la condivisione di strategie comuni e metodi di lavoro e valutare gli avanzamenti nell'applicazione della Medicina di Genere. Il primo punto da evidenziare è stato l'incremento del numero dei partecipanti che dai 30 del 2022 sono diventati 64 nel 2025. Considerata la numerosità e per favorire la più ampia partecipazione la riunione si è svolta in videoconferenza.

Dopo i saluti di benvenuto e l'introduzione delle Dott.sse Ortona, Baggio e Moretti, sono stati presentati i risultati ottenuti mediante una survey basata su un questionario precedentemente inviato alle Società/Associazioni scientifiche. Le domande poste avevano l'intento di ottenere un quadro generale su:

- la presenza di gruppi di lavoro dedicati alla Medicina di Genere,
- l'organizzazione di seminari o webinar,
- l'inserimento di sessioni specifiche nei convegni nazionali,
- la predisposizione di linee guida o linee di indirizzo,
- l'esistenza di competenze specifiche valutata mediante survey/questionari,
- l'approvazione di progetti finanziati sulla Medicina di Genere.

L'analisi dei dati ha mostrato una crescita significativa in tutti gli ambiti valutati, che arrivava all'80% per la presenza di gruppi di lavoro dedicati alla Medicina di Genere (MdG) e superava il 90% per l'organizzazione di sessioni specifiche nell'ambito dei congressi nazionali.

Successivamente il Dott. Marconi del Centro Nazionale Clinical Governance ed Eccellenza delle Cure (CNCG) dell'Istituto Superiore di Sanità ha presentato alcune informazioni rilevanti per la preparazione di linee guida e buone pratiche clinico assistenziali che, a partire dalla versione 3.1 del marzo 2023, prevedono, quando appropriato, attenzione alle differenze di sesso e genere per un approccio che, rispondendo a un principio di equità e di personalizzazione delle cure, sia sempre più efficace e inclusivo.

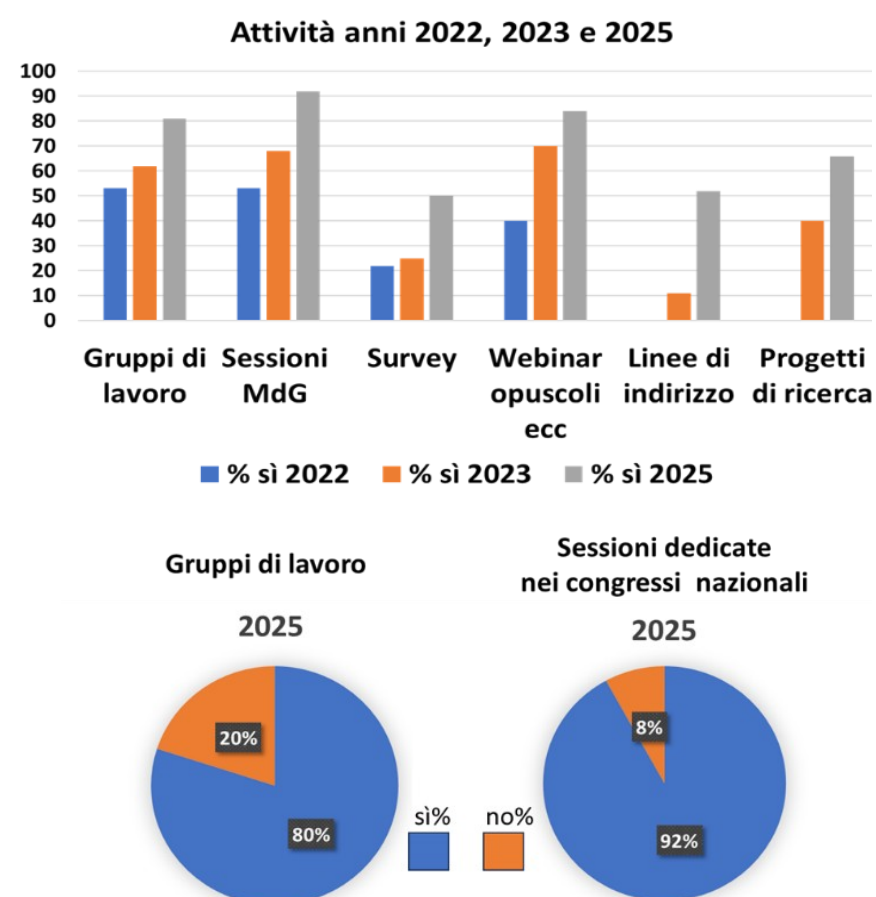
Sono quindi seguiti tre interventi relativi ad aree, quali la Pediatria (SIP), la Medicina del lavoro (SIML) e la Medicina generale (SIMG), per le quali esistono concrete indicazioni in letteratura ed è presente la possibilità di una reale applicazione di una medicina genere-specifica. Tutte e tre le Società, ciascuna nel proprio campo di interesse, hanno presentato le loro attività volte alla sensibilizzazione nella formazione e nella divulgazione, senza dimenticare la

rilevanza dell'attenzione alle differenze di sesso e genere nella ricerca, in un'ottica di valorizzazione delle diversità e riduzione delle disuguaglianze di genere.

Ai tre interventi è seguita una tavola rotonda focalizzata sulle attività svolte o attualmente in corso da parte di alcune altre società/associazioni scientifiche che, ancora una volta, hanno fatto emergere l'importanza del loro ruolo e delle possibili convergenze per una concreta applicazione della Medicina di Genere.

Dopo un'ampia discussione generale, l'incontro si è chiuso con i commenti finali delle Dott.sse Ortona, Baggio e Moretti che hanno ancora una volta evidenziato l'importanza del considerare le differenze di sesso e di genere, sottolineando come questa attenzione rappresenti un obiettivo strategico per il nostro Servizio Sanitario Nazionale. È necessaria la partecipazione delle Istituzioni e di tutti gli operatori sanitari per perseguire quello che rappresenta un vero cambiamento culturale, e, in tal senso, è particolarmente importante il contributo che le società scientifiche possono dare attraverso la loro ampia distribuzione e la possibilità di favorire le interazioni tra le tante specialità mediche.

I documenti relativi alle presentazioni citate sono scaricabili da <https://www.epicentro.iss.it/medicina-di-genere/evento-30-settembre-2025-materiali>



Dott.ssa Alessandra Carè
già Direttrice Centro di Riferimento
per la Medicina di Genere, ISS

CONCORSI



Bando per l'assegnazione di n. 1 premio per un giovane ricercatore/ricercatrice impegnato/a in progetti riguardanti: **DIFFERENZE DI GENERE IN PEDIATRIA**

Il Centro Studi Nazionale su Salute e Medicina di Genere indice un Bando di Concorso per n. 1 Premio di ricerca dell'importo di Euro 3.000,00, che verrà assegnato a un/una giovane ricercatore/ricercatrice impegnato/a in progetti di ricerca su **Differenze di Genere in Pediatria**.

1. REQUISITI PER LA PARTECIPAZIONE AL BANDO

Alla presentazione della domanda per partecipare al concorso sono necessari i seguenti requisiti:

- Età anagrafica inferiore ai 36 anni, verranno sottratti 1,5 anni all'età anagrafica delle ricercatrici per ogni figlio/a;
- non essere titolare di un contratto di lavoro a tempo indeterminato presso un Istituto Universitario Italiano, un'Azienda Ospedaliera convenzionata con il SSN o altro Istituto di ricerca di natura pubblica e/o privata.

2. DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Nella domanda per l'ammissione al concorso i candidati dovranno indicare:

- cognome e nome, luogo e data di nascita, codice fiscale, cittadinanza e Comune di residenza;
- domicilio eletto ai fini del concorso con espressa menzione dell'impegno a comunicarne tempestivamente ogni variazione;
- indirizzo di posta elettronica per le comunicazioni relative al Concorso;
- "Curriculum Vitae" in formato europeo;
- denominazione dell'Azienda o Ente di appartenenza e indirizzo della sede legale;
- lettera di assenso alla partecipazione al Concorso del Responsabile Scientifico dell'Ente di appartenenza che dovrà specificare il ruolo del candidato nel progetto;
- eventuali cinque pubblicazioni scientifiche in lingua italiana o inglese ritenute più significative;
- progetto di ricerca nell'ambito delle differenze di sesso/genere **in Pediatria** nel quale deve essere specificato:
 - il contesto in cui la ricerca si inserisce;
 - il piano dettagliato della ricerca e delle procedure scientifiche adottate (metodologia);
 - gli obiettivi e le ricadute scientifiche e/o cliniche della ricerca;L'elaborato non può constare di più di cinque pagine (carattere Times New Roman, 12 punti, interlinea: 1,5).
- L'autorizzazione al trattamento dei dati personali ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del Regolamento UE n. 679/2016 e dell'art. 13 D. Lgs. 196/2003.

3. MODALITÀ DI PARTECIPAZIONE

3.1 Gli aspiranti ai premi di ricerca dovranno inviare la domanda all'indirizzo di posta elettronica: medicinadigenere@aopd.veneto.it

La domanda dovrà pervenire **entro e non oltre le ore 24:00 di lunedì 16 marzo 2026**.

Le domande prive delle indicazioni di cui al punto 2

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE saranno escluse dalla valutazione.

Il Centro Studi Nazionale su Salute e Medicina di Genere declina ogni responsabilità per la mancata ricezione della documentazione derivante da responsabilità di terzi o da cause tecniche.

La documentazione fornita dai candidati non sarà restituita.

4. PROCEDURA DI ASSEGNAZIONE DEL PREMIO

4.1 Il premio sarà assegnato in base al giudizio di una Commissione nominata dal Consiglio Direttivo del Centro Studi Nazionale su Salute e Medicina di Genere.

Il giudizio della Commissione è insindacabile e non è previsto ricorso avverso alle decisioni assunte da tale organo.

4.2 Entro due mesi dalla chiusura del bando la Commissione Giudicatrice stilerà una graduatoria e il Consiglio Direttivo nominerà il vincitore/la vincitrice.

Il nome verrà pubblicato sul sito internet del Centro Studi Nazionale su Salute e Medicina di Genere:

www.centrostudinazionale.salutemedicinadigenere.it

I candidati/le candidate riceveranno comunicazione dell'esito conclusivo della valutazione tramite posta elettronica all'indirizzo indicato nella domanda di partecipazione.

4.3 Il progetto di ricerca dovrà avere inizio entro l'anno 2026 e concludersi entro 12 mesi dalla data di avvio. Dopo un anno dall'assegnazione del premio, il vincitore/la vincitrice avrà l'obbligo di stilare una relazione sullo stato di avanzamento del progetto di ricerca, che dovrà essere inviata al Consiglio Direttivo del Centro Studi Nazionale su Salute e Medicina di Genere al seguente indirizzo di posta elettronica: medicinadigenere@aopd.veneto.it.

4.4 Il premio di ricerca sarà pari ad un importo di Euro 3.000,00. Il premio di ricerca di cui al presente bando sarà soggetto al regime fiscale disposto dal D.P.R. 22.12.1986, n. 917.

5. TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi del Regolamento sulla protezione dei dati (Regolamento UE 2016/679) e del Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196 e successive modificazioni), il trattamento dei dati personali dei candidati è effettuato dal Centro Studi Nazionale su Salute e Medicina di Genere esclusivamente per fini istituzionali e per i fini di trasparenza imposti dalla normativa e sarà pertanto improntato ai principi di correttezza, liceità e pertinenza ai fini medesimi.

Per ulteriori informazioni sul bando è possibile contattare: medicinadigenere@aopd.veneto.it

Padova, 15 dicembre 2025

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

Giovanella BaGGio

Eventi e corsi in Italia

- **Secondo congresso nazionale Società Italiana Genere Identità e Salute**
Roma, 15-17 gennaio 2026
Per tutte le informazioni
<https://www.sigis.info/secondo-congresso-nazionale-sigis/>
- **Medicina di Genere nella sindrome cardio-reno-metabolica: sinergie interdisciplinari nel percorso di prevenzione e cura**
24 gennaio 2026
Per tutte le informazioni
info@morenarombola.it
- **Ricerca farmacologica in medicina di genere: attualità e prospettive future;** Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
24 gennaio 2026
Per tutte le informazioni
segreteria@ordinemediciterni.it
- **Medicina di Genere e tumore del colon: costruire insieme un percorso diagnostico terapeutico integrato;** Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
31 gennaio 2026
Per tutte le informazioni
m.marongiu@omceofi.it
- **Utilizzo dell'intelligenza artificiale in ambito sanitario, clinico, terapeutico e parità di genere/medicina di genere nelle aziende sanitarie;** Innogea srl
Dal 16 febbraio 2026 al 09 marzo 2026
Per tutte le informazioni
c.fussone@innogea.com
- **La medicina di genere in pneumologia focus on prevenzione, diagnosi e cura delle malattie respiratorie,** Sintex servizi srl
27, 28 febbraio 2026
Per tutte le informazioni
francesca.bertino@infomed-online.it

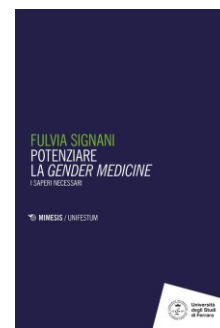
Eventi internazionali

- **20th Annual Meeting of the Organization for the Study of Sex Differences**
Hawaii (USA), 12-15 maggio 2026
Per tutte le informazioni
<https://www.ossdweb.org/ossd-2026-symposia--individual-talk-proposal-details>

Uscito in libreria il volume:

Signani F. (2024)
**«Potenziare la
Gender Medicine. I
saperi necessari»**

**Mimesis Editore /Dip Studi
Umanistici UNIFE**



Convegno “Promuovere la salute delle persone caregiver familiari in ottica di genere: prospettive future” ISS, Roma 24 settembre 2025

Nel corso del convegno tenuto presso l'Istituto Superiore di Sanità lo scorso 24 settembre e organizzato dal Centro di Riferimento per la Medicina di Genere-ISS, in collaborazione con il Centro Nazionale per le Malattie Rare, sono stati presentati i dati preliminari della survey nazionale a cui hanno partecipato 2033 caregiver (87% donne e 13% uomini) rispondendo ad un questionario online nell'ambito del progetto dal titolo “L'impatto del genere sullo stato di salute e lo stress psicologico nelle persone caregiver familiari”.

I risultati hanno mostrato che vi è un maggiore impatto dello stress psicologico sullo stato di salute delle donne rispetto agli uomini. Infatti, più frequentemente le donne soffrono di un numero maggiore di patologie croniche da quando hanno assunto il ruolo di caregiver in associazione ad un carico maggiore e a livelli più alti di stress percepito rispetto agli uomini. Le differenze di genere osservate potrebbero generare disuguaglianze di salute considerando anche il numero prevalente di donne che assumono il ruolo di caregiver.

È necessaria quindi una prevenzione per la salute che sia genere-specifica. Tra le prospettive future per la promozione della salute, sono stati presentati alcuni esempi di buone pratiche a livello nazionale: come il sostegno psicologico ai/le caregiver nei centri medici, corsie preferenziali per visite e accertamenti nelle aziende sanitarie locali, alleanza tra caregiver familiari e operatori della assistenza formale volta a tutelare benessere e salute di tutti gli attori della cura, mappatura dei servizi offerti ai/le caregiver dalle associazioni e il coinvolgimento dei medici di medicina generale per la prevenzione primaria.

Dott.ssa Marina Petrini

già ricercatrice Centro di Riferimento per la Medicina di Genere, ISS



Medicina di Genere NewsLetter

Ideato dal Prof. Walter Malorni

Responsabile scientifico: Beatrice Scazzocchio

Responsabile redazione: Federica Delunardo

REDAZIONE

Beatrice Scazzocchio, Federica Delunardo e Maria Bellenghi

COMITATO EDITORIALE

Beatrice Scazzocchio, Federica Delunardo e Maria Bellenghi (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.