

# 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

Polimorfismi di recettori ormonali e metilazione dei loro promotori genici: differenti risposte al trattamento nella popolazione AFAB

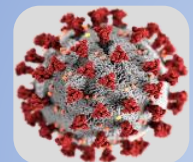
Pagina 3



#### FOCUS CLINICO

Scoliosi e genere: differenze epidemiologiche, fisiopatologiche e cliniche

Pagina 4



#### COVID-19 e MDG

Differenze fra i due sessi nell'utilizzo di farmaci per il trattamento di COVID-19 in RSA

Pagina 6



#### OCCHIO SULL'ITALIA

Le iniziative del Lazio per promuovere equità e appropriatezza in ottica di genere

Pagina 7



#### APPROFONDIAMO

Ruolo degli estrogeni nell'emicrania mestruale

Pagina 9



#### MDG E' ANCHE...

Epigenetica del disturbo da stress post traumatico (PTSD): il genere conta.

Pagina 10

## RISPOSTA IMMUNITARIA E DIFFERENZE DI GENERE

*La pandemia causata dal SARS-CoV-2 ha mostrato chiaramente come siano differenti le risposte del sistema immunitario maschile e femminile. Sin dai primi mesi, abbiamo osservato che la malattia COVID-19 si presenta in forma più aggressiva nel sesso maschile (nel mondo, il rapporto donne:uomini ricoverati in terapia intensiva è di 10:18). D'altro canto, lo studio del Long Covid ci sta mostrando un'inversione di tendenza, con le donne che sembrano avere un rischio doppio rispetto agli uomini. Anche nei confronti della vaccinazione si sono osservate delle differenze importanti. I vaccini che sono stati sviluppati, soprattutto quelli basati sulla tecnologia dell'RNA messaggero, sono estremamente sicuri e hanno, nella maggior parte dei casi, effetti collaterali modesti. Tuttavia, è nelle donne che gli effetti negativi della vaccinazione predominano. Negli Stati Uniti, sui primi 14 milioni di dosi di vaccini, gli effetti collaterali riportati erano attribuibili per il 79.1% a donne; in Norvegia la percentuale sale all'83% (aprile 2021). Nel nostro paese, il 73% degli eventi avversi ha colpito le donne (giugno 2021). Questo dato non ci sorprende, considerando infatti che uno studio pubblicato nel 2019 aveva già dimostrato che negli adulti, l'80% dei casi di anafilassi da vaccinazione si verifica in donne.*

*Del resto, che il sistema immunitario sia profondamente diverso tra uomini e donne lo dimostrano le malattie autoimmuni, dove le donne rappresentano 8 pazienti su 10. Se guardiamo ai dati relativi all'incidenza delle varie malattie autoimmuni, ci rendiamo conto di che peso abbia il sesso nel determinare il corretto funzionamento del nostro sistema immunitario. Il rischio è maggiore per quasi tutte le patologie: sclerosi multipla (incidenza nelle donne rispetto agli uomini 2:1), epatite autoimmune (4:1), ipertiroidismo - o malattia di Graves' o morbo di Basedow - (7:1), ipotiroidismo o tiroidite di Hashimoto (19:1), artrite reumatoide (3:1), sclerosi sistemica (12:1), sindrome di Sjögren (16:1). Non che non esistano patologie autoimmuni con prevalenza nel sesso maschile, ma sono in numero inferiore e includono, per esempio, il diabete di tipo 1, la miocardite e la spondilite anchilosante.*

*Gli ormoni sessuali hanno chiaramente un ruolo critico nell'autoimmunità: le donne in età fertile hanno un rischio 15 volte maggiore degli uomini di sviluppare Lupus Eritematoso Sistemico, mentre per le donne post-menopausa il rischio è "solo" 2 volte maggiore. Mentre in molte patologie, come l'osteoporosi, l'ipertensione*

*o le malattie cardiocircolatorie, gli ormoni sessuali giocano un ruolo protettivo per la salute delle donne e i problemi compaiono con il loro calo associato alla menopausa, nel caso delle patologie su base autoimmune le cose funzionano diversamente.*

*Gli ormoni sessuali femminili hanno un'azione di stimolazione e potenziamento della risposta immunitaria e sono responsabili non solo del maggiore rischio di malattie autoimmuni ma anche della migliore protezione che le donne hanno nei confronti delle infezioni rispetto agli uomini. In natura è infatti necessario che le femmine abbiano un sistema immunitario in grado di proteggere il feto dai parassiti e dai patogeni che possono aggredirlo. Per questo motivo, in età riproduttiva, le donne hanno tipicamente risposte immunitarie più forti degli uomini.*

*Le ragioni di questa differenza che rende le donne più resistenti alle infezioni e più esposte al rischio di sviluppare malattie infiammatorie e autoimmuni non sono però tutte negli ormoni. Un ruolo importante è certamente anche legato ai cromosomi sessuali. Le cellule delle donne hanno una coppia di cromosomi X, mentre quelle maschili hanno una coppia XY. Mentre però il cromosoma Y è molto piccolo ed ha un numero ridotto di geni, il cromosoma X umano codifica più di*

*mille geni. Inoltre, per garantire il bilanciamento genetico, uno dei due cromosomi X subisce un silenziamento trascrizionale (inattivazione del cromosoma X o lyonizzazione, dal nome della biologa che propose il meccanismo, Mary Lyon). Il cromosoma X è ricco di geni che controllano la risposta immunitaria ed è quindi stato ipotizzato che difetti a carico del processo d'inattivazione possano favorire fenomeni di autoimmunità.*

*Più meccanismi, quindi, possono essere responsabili delle differenze che esistono nelle risposte immunitarie tra uomini e donne: genetica, epigenetica, ormoni e drastici cambiamenti degli stessi ma anche lo stile di vita che, ancora oggi, è purtroppo diverso per motivi socio-economici e culturali.*

*Nature Communications 2021; 12: 4015  
Biol Sex Differ 2015; 6: 19  
Nutr Res. 2014; 34: 688-693  
Front Endocrinol (Lausanne) 2019; 10: 265  
Physiology (Bethesda) 2015; 30: 408-416  
Lupus 2006; 15: 753-6  
J Allergy Clin Immunol 2019; 143: 1465-1473*



**Prof.ssa Antonella Viola**

**Professoressa Ordinaria di Patologia Generale  
Dipartimento di Scienze Biomediche  
Università degli Studi di Padova**

**Direttrice Scientifica Fondazione Istituto di  
Ricerca Pediatrica Città della Speranza**



Fondazione  
**ISTITUTO DI RICERCA  
PEDIATRICA**



**UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI PADOVA**

## Polimorfismi di recettori ormonali e metilazione dei loro promotori genici: differenti risposte al trattamento nella popolazione AFAB

L'incongruenza di genere è la condizione in cui una persona non si riconosce nel genere assegnato alla nascita. Nelle persone transgender AFAB (*Assigned Female At Birth*), la terapia ormonale *gender affirming* (GAHT) ha lo scopo di regredire i caratteri sessuali secondari femminili ed indurre la mascolinizzazione. Nella pratica clinica si osserva una variabilità di risposta che potrebbe essere influenzata dai polimorfismi dei recettori degli ormoni sessuali e la metilazione dei loro promotori genici. La presenza del polimorfismo con ripetizioni CAG nel gene che codifica per il recettore degli androgeni (AR) influenza la sensibilità del recettore stesso: soggetti con minor numero di ripetizioni presentano una maggiore attività del recettore AR e viceversa<sup>1</sup>. In maniera analoga, il numero di ripetizioni CA presenti nell'introne 5 del gene ESR2 che codifica per il recettore degli estrogeni (ER $\beta$ ) sembra direttamente proporzionale all'attività recettoriale, minore è il numero di ripetizioni CA e minore è l'attività recettoriale<sup>2</sup>. Pertanto, i polimorfismi di AR ed ER $\beta$  potrebbero giustificare la variabilità interindividuale della risposta biochimica e clinica alla GAHT. Nel nostro studio abbiamo valutato il ruolo dei polimorfismi CAG in AR, CA in ER $\beta$  e la relazione con la risposta alla terapia in donne transgender AFAB, con particolare attenzione alle modificazioni degli organi pelvici e ai valori emocromocitometrici, responsabili degli effetti avversi più frequenti. Sono stati valutati 52 soggetti AFAB in terapia con testosterone enantato. Tutti i partecipanti sono stati sottoposti ad analisi molecolare per lo studio dei polimorfismi e sono stati monitorati ogni sei mesi (T0, T6 e T12) con analisi ormonali, emocromo ed ecografia pelvica sovrappubica. Inoltre, è stata analizzata l'eventuale associazione tra i polimorfismi in AR ed ER $\beta$  e variazioni ormonali di testosterone (T) ed estradiolo, quadro ecografico degli organi pelvici ed emocromo. Le analisi non hanno mostrato associazione diretta tra i polimorfismi e i livelli sierici di T ed estradiolo. È stato osservato un aumento significativo di emoglobina ed ematocrito già dopo 6 mesi da GAHT, sottolineando l'importanza del monitoraggio clinico. Non è stata rilevata alcuna associazione significativa con i parametri emocromocitometrici e i tratti polimorfici. La valutazione ecografica a T6 ha evidenziato una

riduzione significativa del volume uterino e dello spessore endometriale che si è mantenuta alla valutazione a T12. Inoltre, nessun soggetto ha mostrato cisti ovariche; al contrario, è stata riscontrata riduzione del volume delle ovaie già a T6. I dati mostravano correlazione diretta tra l'utero ed entrambi i polimorfismi. La dimensione dell'utero si riduce con la diminuzione del numero di ripetizioni CAG. Contrariamente, la dimensione dell'utero diminuisce all'aumentare delle ripetizioni CA. Questi dati dimostrano che le modificazioni dell'utero sono influenzate dal background genetico. In un altro studio abbiamo esaminato in 13 persone AFAB, in terapia con testosterone enantato, la possibile relazione tra il profilo di metilazione CpG dei promotori del gene ESR2 e H19 e la loro influenza sulle modificazioni del fenotipo al T0, T6 e T12. La percentuale di metilazione del promotore ESR2 è aumentata significativamente a T6 e T12, mentre non è stata rilevata alcuna differenza per H19. La differenza nella metilazione del promotore ESR2 tra T6 e basale era significativamente associata al numero di ripetizioni CA del recettore ER $\beta$ . Inoltre, la metilazione del recettore degli estrogeni era associata all'età dei soggetti e alla somministrazione di testosterone esogeno, rappresentando un marker del trattamento androgeno<sup>3</sup>. In conclusione la conoscenza dei polimorfismi genici e della regolazione epigenetica potrebbe aiutare a definire terapie personalizzate ed un adeguato *timing* di monitoraggio.

1. *J Clin Endocrinol Metab.* 2007; 92: 3844-53

2. *J Sex Med.* 2014; 11: 2986-2994

3. *Biomedicines* 2022; 10: 459

**Prof. Francesco Lombardo**

**Laboratorio di Seminologia e Banca del Seme "Loredana Gandini"**

**Dipartimento di Medicina Sperimentale  
Università di Roma "Sapienza"**





## Scoliosi e genere: differenze epidemiologiche, fisiopatologiche e cliniche

La scoliosi è una deviazione laterale del rachide superiore a 10°, a sviluppo elicoidale, ovvero accompagnata a contestuale rotazione vertebrale, associata a deformità vertebrale strutturale permanente. Si tratta, dunque, di una deformità complessa che, dal punto di vista etiologico, è possibile distinguere in tre differenti forme: congenite, secondarie e idiopatiche.

La scoliosi idiopatica adolescenziale (AIS) è la forma più diffusa, con una prevalenza del 2-3% in età scolare. Circa il 10% di questi casi richiede un trattamento conservativo e lo 0,1-0,3% una correzione chirurgica. Diverse sono le differenze note nei due sessi, soprattutto in virtù del carattere eredo-familiare su base genetica a sviluppo ormono-dipendente della malattia; l'anticipato sviluppo puberale determina nel sesso femminile non solo una insorgenza più precoce ma anche una maggiore probabilità di progressione. Nelle scoliosi lievi-moderate il rapporto tra ragazze:ragazzi è simile (1,3:1), ma le differenze aumentano nelle scoliosi più importanti passando a 5,4 femmine su 1 maschio per arrivare nelle forme più gravi a un rapporto di 7 femmine su 1 maschio. Inoltre, il rischio di progressione della curva nei maschi persiste fino a una fase successiva dello sviluppo osseo. Mentre la progressione della curva termina generalmente allo stadio 4 di Risser nelle femmine, le curve possono progredire fino allo stadio 5 di Risser nei maschi. Nel sesso femminile quindi la valutazione clinica (screening) deve essere più precoce rispetto ai maschi, per un tempestivo e adeguato trattamento. Numerosi sono i geni coinvolti nel determinismo della scoliosi ma la loro penetranza incompleta e le migliaia di combinazioni possibili rendono ad oggi impossibile la diagnostica neonatale e/o perinatale. La diagnosi precoce risulta quindi essere l'unica possibilità di prevenzione.

Maschi e femmine non sono uguali di fronte alla scoliosi e le differenze riguardano non solo la prevalenza ma anche la risposta alle terapie e la prognosi. Diversi studi hanno riportato differenze di sesso nel trattamento con corsetto che sembrerebbe essere più efficace nel prevenire la progressione della curva nelle femmine rispetto ai maschi. Non è chiaro se ciò sia dovuto alle differenze sottostanti nelle curve maschili e femminili, come l'aumento della rigidità delle curve maschili o semplicemente la diminuzione della efficacia con la maggiore usura del tutore che si registra tra i maschi. La correzione chirurgica per AIS è

indicata per curve gravi e progressive. Sebbene la maggior parte dei pazienti sottoposti a trattamento chirurgico siano di sesso femminile, il 10%-30% è rappresentato da maschi.

Le evidenze cliniche suggeriscono che ci sono differenze nei risultati dopo l'intervento chirurgico in base al sesso benché la maggior parte degli studi pubblicati in letteratura arrivi a conclusioni molto contrastanti tra loro. Dolore, funzionalità ed indice di attività sono simili nel post operatorio in entrambi i sessi, anche a follow up di due anni. In un nostro recente studio<sup>1</sup> abbiamo dimostrato che in adolescenti sottoposti ad intervento di fusione selettiva per scoliosi toracica, pur in presenza di migliori risultati funzionali per entrambi i sessi, vi era una maggiore insoddisfazione nel sesso femminile in funzione di una peggiore percezione dell'immagine corporea postoperatoria sottolineando come la conoscenza delle "differenze che fanno la differenza" svolga un ruolo primario anche nella scelta della strategia chirurgica, che deve necessariamente tenere in considerazione anche l'età del paziente<sup>2</sup>.

Nella scoliosi dell'adulto su base degenerativa, meglio nota come "de novo scoliosi", malgrado persista una maggiore incidenza nel sesso femminile, in uno studio condotto su 812 uomini e 706 donne, è stato evidenziato che, ad un follow up a 12 mesi, l'*outcome* delle donne non differiva da quello degli uomini e che quindi nel trattamento chirurgico della patologia vertebrale degenerativa, la strategia chirurgica non deve essere modificata in base al genere del paziente<sup>3</sup>.

1. *Spine Deform.* 2022; 10: 855-863

2. *Giornale Italiano di Ortopedia e Traumatologia* 2021;47: 183-192

3. *Eur Spine J.* 2016; 25: 235-246



**Dott. Andrea Piazzolla, M.D.**

**Responsabile U.O.S.D. di  
Chirurgia Vertebrale  
A.O.U. Policlinico di Bari**

## Glossario di Medicina di Genere: condividere il linguaggio per costruire conoscenza e consapevolezza

Fin dalle prime riunioni dei Gruppi di Lavoro (GdL) istituiti all'interno dell'Osservatorio di Medicina di Genere si è evidenziata la necessità di procedere alla stesura di un Glossario che potesse servire a definire e condividere il significato di termini relativi alla Medicina di Genere usati a volte con significati leggermente differenti. Questo compito è stato affidato al Gruppo di Lavoro Comunicazione che ha iniziato immediatamente a lavorare alla sua stesura. Il glossario è stato inviato una prima volta, in bozza, a tutti i Gruppi di Lavoro dell'Osservatorio per raccogliere suggerimenti di integrazioni e proposte di modifica. Il documento è stato ampiamente modificato e approvato dal GdL4 nella forma rimodulata. La nuova versione del glossario è stata inviata nel settembre 2021 a tutti i membri dell'Osservatorio per ricevere ulteriori commenti e suggerimenti. Infine è stato inviato in via definitiva all'Osservatorio e approvato nella riunione plenaria del 16 giugno 2022 ed è ora disponibile per la consultazione sul sito dell'Osservatorio

<https://www.iss.it/web/guest/osmg-documenti>.

I target principali a cui il GdL ha pensato di indirizzare il Glossario sono stati, da un lato, tutti gli operatori sanitari, dall'altro i membri che a vario titolo fanno parte dell'Osservatorio dedicato alla Medicina di Genere, molti dei quali con competenze diverse da quelle biomediche. Per questo motivo il glossario riporta anche termini che spiegano concetti di base di biologia e fisiologia, ben noti al personale sanitario. L'idea di fondo che ha guidato la stesura del Glossario è stata quella di offrire uno strumento di consultazione utile a comprendere il significato di termini che possono risultare poco chiari a chi si avvicina alla Medicina di Genere e, nello stesso tempo, in grado di fornire definizioni quanto più possibile condivise, in modo da contribuire alla costruzione di un 'linguaggio comune'. Il Glossario non va inteso come un testo di formazione o di approfondimento e, per questo, non è sicuramente

esaustivo ma deve essere considerato come un prodotto da implementare e revisionare frequentemente anche alla luce della rapida evoluzione della terminologia relativa alla Medicina di Genere. Inoltre, in considerazione della scarsità di termini in lingua italiana sono stati inseriti molti termini in lingua inglese, spesso di comune uso sui vari mezzi di comunicazione e informazione. Non sono, invece, state considerate tutte le patologie che mostrano differenze di sesso/genere per ovvi motivi relativi alla complessità della medicina e di tutti gli approcci coinvolti che necessiterebbero di una trattazione specialistica. Potrà, quindi, essere accompagnato in seguito da ulteriori documenti su argomenti specifici segnalati dai GdL dell'Osservatorio. In conclusione, il Glossario rappresenta uno strumento essenziale per la corretta applicazione del piano per la diffusione della Medicina di Genere, perché un'efficace comunicazione si realizza soltanto attraverso una corretta conoscenza delle parole e della terminologia, che permette una corretta conoscenza dei concetti e degli argomenti e del significato più vero della Medicina di Genere.

**Dott.ssa Roberta Masella**

**Prima Ricercatrice**

**Direttrice Unità di Prevenzione e Salute di Genere**

**Centro di Riferimento per la Medicina di Genere**

**Istituto Superiore di Sanità**



OSSERVATORIO  
MEDICINA DI GENERE

**ERRATA CORRIGE:** Per errore nel numero di luglio 2022, a firma del contributo "Analisi descrittiva e informativa della salute delle persone migranti in ottica di genere" è stato messo, nell'affiliazione della Dott.ssa Cristina Tamburini, Segretario al posto di Segretariato Generale, ce ne scusiamo con l'autrice. L'affiliazione è quindi: Dott.ssa Cristina Tamburini Segretariato Generale, Ministero della Salute.

## Differenze fra i due sessi nell'utilizzo di farmaci per il trattamento di COVID-19 in RSA

Come mostrato dal Rapporto AIFA sull'uso dei farmaci durante l'epidemia COVID-19, tra i principi attivi erogabili a carico del Servizio Sanitario Nazionale per l'assistenza territoriale, pur in assenza di indicazione terapeutica specifica per COVID-19, l'idrossiclorochina, l'azitromicina e le eparine a basso peso molecolare (EBPM), durante la prima ondata della pandemia (marzo-aprile 2020), hanno mostrato delle variazioni significative in termini di consumo.

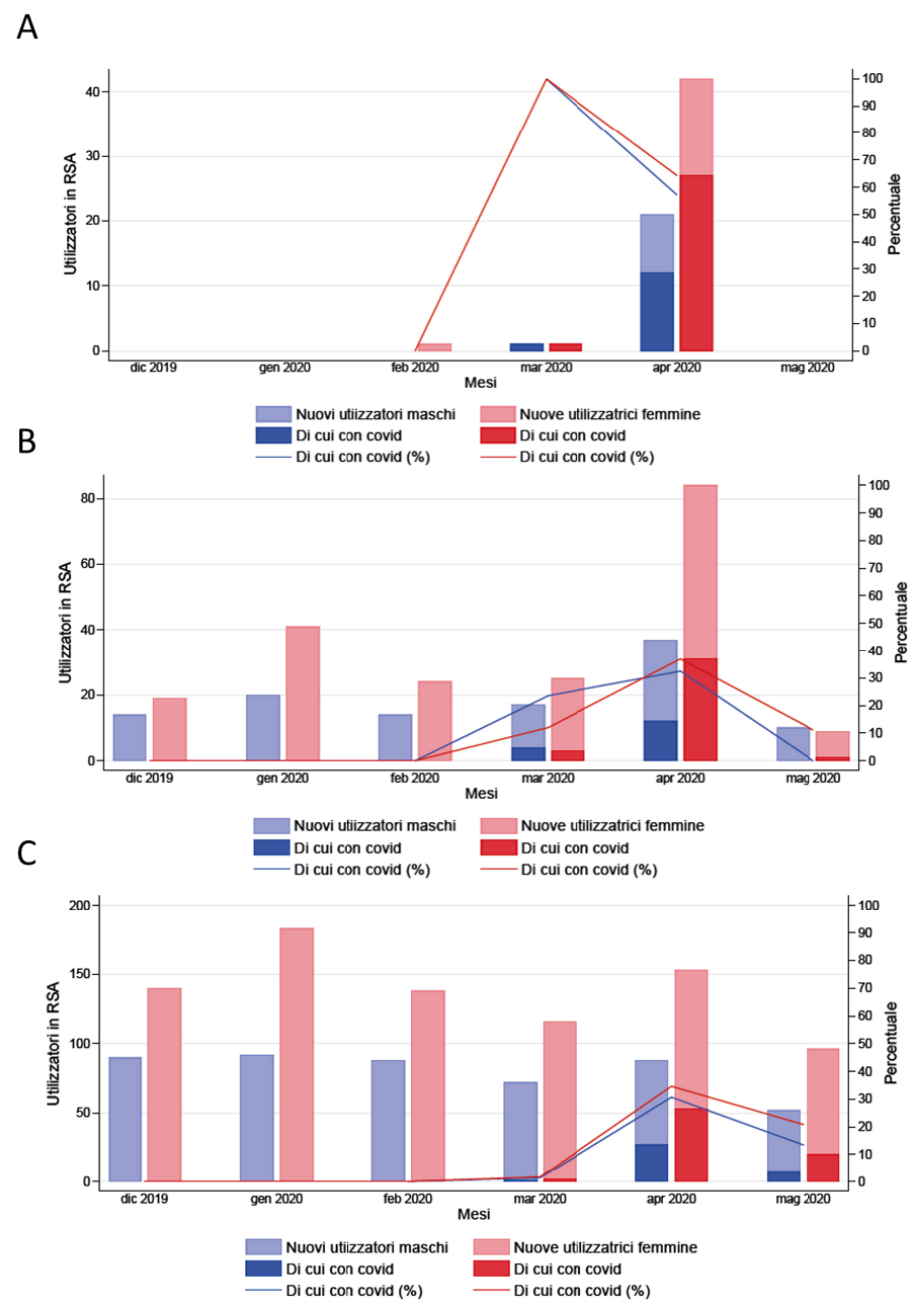
Ad oggi, scarse sono le informazioni riguardo le possibili differenze di utilizzo di idrossiclorochina, azitromicina ed EBPM nelle residenze sanitarie assistenziali (RSA). In particolare, non disponiamo di numerose evidenze circa le possibili differenze fra i due sessi nell'utilizzo di questi farmaci durante la prima ondata della pandemia.

Quest'ultimo aspetto assume una particolare rilevanza viste le importanti differenze che si osservano nella frequenza, nei sintomi e nella letalità da COVID-19 fra i due sessi e, pertanto, anche rispetto all'efficacia e sicurezza delle sopracitate terapie utilizzate *off-label*. Per descrivere l'utilizzo di idrossiclorochina, azitromicina ed EBPM nella popolazione residente in RSA in Toscana, sono state associate le informazioni registrate nel Database integrato della Agenzia Regionale di Sanità (ARS) della Toscana con quelle del Registro regionale per il monitoraggio dei casi di COVID-19 e del flusso dati dei pazienti ricoverati nelle RSA.

La popolazione in studio corrispondeva a tutti i soggetti che al 1° dicembre 2019 risultavano iscritti nell'Anagrafe regionale degli assistibili da almeno 6 mesi. Per questi soggetti sono state identificate tutte le erogazioni dei farmaci di interesse, registrate tra il 1° dicembre 2019 e il 30 maggio 2020 nei flussi dell'assistenza farmaceutica territoriale e della distribuzione diretta e per conto. È importante sottolineare che l'effettiva indicazione per cui i farmaci di interesse sono stati prescritti non è registrata nelle banche dati utilizzate per questo studio e pertanto non è nota.

Nelle RSA, per ciascuno dei tre farmaci analizzati, ad aprile 2020 è stato osservato un aumento del numero di nuovi utilizzatori e una percentuale di nuovi utilizzatori già positivi al SARS-CoV-2 al momento della prima dispensazione, almeno 2 volte superiore rispetto a quella osservata nella popolazione generale. Nonostante il maggior impatto della malattia sugli uomini, a causa del maggior numero di donne nella popolazione generale, e in particolare nella popolazione anziana, i nuovi utilizzatori di sesso femminile sono stati in numero superiore anche nelle RSA, dove le nuove utilizzatrici ad

aprile 2020 sono state circa il doppio dei nuovi utilizzatori per tutti e tre i farmaci considerati (Figura). Sono necessari ulteriori studi farmacoepidemiologici per approfondire il contesto clinico della pandemia da COVID-19.



**Figura. Nuovi utilizzatori di idrossiclorochina (A), azitromicina (B), EBPM (C) in RSA: proporzione con COVID-19**

*Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2022; 31: 489-494.

**Dr. Niccolò Lombardi, PharmD PhD**

**Unità di Ricerca in Farmacovigilanza e Farmacoepidemiologia, Dipartimento di Neurofarba, Università degli Studi di Firenze**

## Le iniziative del Lazio per promuovere equità e appropriatezza in ottica di genere



REGIONE  
LAZIO

La Regione Lazio, attraverso alcune importanti iniziative, ha voluto imprimere un nuovo impulso per promuovere una sensibilità diffusa sull'equità nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale (SSR). Il recente rapporto regionale sulla salute e il genere nella Regione Lazio<sup>1</sup>, curato dal Dipartimento di Epidemiologia del SSR, ha costituito la prima tappa del programma di lavoro, fotografando alcune significative disparità che stimolano prime riflessioni sugli interventi di contrasto. Nell'infanzia e nell'adolescenza, le ragazze hanno una minore prevalenza sia di sovrappeso che di obesità e migliori abitudini alimentari, ma sono più tendenti alla sedentarietà<sup>2,3</sup>. Nell'età adulta, molte patologie croniche hanno una prevalenza negli uomini, sia per effetto di fattori genetico-metabolici sia di stili di vita meno salutari; alcune patologie, come la malattia di Alzheimer, si riscontrano tuttavia più frequentemente tra le donne e tale differenza aumenta con l'età. Il rapporto documenta infine alcune differenze nell'accesso ad interventi sanitari: la percentuale di donne con infarto acuto del miocardio che accede tempestivamente ad angioplastica coronarica percutanea risulta significativamente inferiore rispetto agli uomini, mentre l'intervento chirurgico dopo frattura del collo del femore risulta meno tempestivo negli uomini che nelle donne e si registra maggiore mortalità.

È stato istituito un gruppo di lavoro regionale per l'equità e la Medicina di Genere ed avviato un percorso per l'elaborazione di Piani Aziendali per l'Equità nella salute e nei percorsi assistenziali (PAE), per promuovere la revisione di scelte organizzative delle attività del SSR con la "lente dell'equità". Per rispondere alle differenze nei bisogni di salute con azioni mirate di prevenzione, presa in carico, diagnosi e gestione clinico-terapeutica commisurate alle specificità, nel solco della cosiddetta "medicina di precisione".

Lo scorso 19 luglio è stato presentato ai Coordinatori dei PAE il percorso formativo regionale a sostegno della elaborazione dei Piani. In questa occasione è stato descritto l'approccio dell'*Health Equity Audit* per quantificare le disparità di salute e procedere ad una pianificazione locale di azioni volte a contrastarle. Mai come oggi il Servizio Sanitario è chiamato a rafforzare il proprio ruolo nel contrastare i divari esistenti, a partire dalle disuguaglianze di salute legate alla pandemia di COVID-19 - che si aggiungono ed hanno amplificato svantaggi di salute delle fasce sociali più sfavorite della popolazione-, ma anche in riferimento alle prospettive di innovazione e d'investimento offerte dal PNRR, opportunità senza precedenti per ripensare modelli di offerta e percorsi di prevenzione e cura.

1 Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale del Lazio. Salute e Genere nella Regione Lazio. Il Pensiero Scientifico Editore, 2022, Roma

[https://issuu.com/pensiero/docs/salute\\_e\\_genere\\_nella\\_regione\\_lazio](https://issuu.com/pensiero/docs/salute_e_genere_nella_regione_lazio)

2 Okkio alla salute. Indagine 2019. Report regionali

<https://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/indagine-2019-report-regionali>

3 HBSC. Indagini 2018. Report regionali

<https://www.epicentro.iss.it/hbsc/indagine-2018-regionali>

**Dott.ssa Chiara Marinacci**

**Dott.ssa Gloria Esposito**

**Area Ricerca, Innovazione, Trasferimento delle Conoscenze e Umanizzazione, Direzione Salute e Integrazione sociosanitaria, Regione Lazio**





### Sopravvivenza e mortalità di genere

Il 2020 e il 2021 sono stati anni drammatici, segnati dalla pandemia di Corona Virus Disease-19 (COVID-19), che ha duramente colpito l'Italia in termini di mortalità. L'impatto del COVID-19 appare evidente se si confronta il totale dei decessi, per tutte le cause, avvenuti in Italia negli anni 2020-2021 con la media dei decessi del quinquennio precedente (2015-2019). Tale dato permette di valutare l'effetto complessivo della pandemia sulla mortalità, non considerando unicamente i decessi di pazienti con infezione da *Severe Acute Respiratory Syndrome-Corona Virus-2* (SARS-CoV-2) confermata microbiologicamente, ma assumendo che la situazione pandemica abbia determinato anche un aumento di morti indirettamente correlate all'emergenza sanitaria.

Nel 2020, a livello nazionale, sono avvenuti circa 746 mila decessi, quasi 100.000 in più rispetto alla media 2015-2019 (+15,6%). Nel 2021, al contrario, i decessi sono stati circa 709 mila, 63.000 in più rispetto alla media 2015-2019 (+9,8%) (Tabella).

Relativamente alle differenze di genere, nel 2020 sono deceduti circa 363 mila uomini e 383 mila donne, con un incremento del numero dei decessi, rispettivamente, del 17,5% e del 13,8% rispetto alla media 2015-2019. Anche nel 2021 si mantiene questa tendenza, seppur con un incremento più contenuto rispetto al 2020: l'aumento percentuale dei decessi nel 2021 rispetto alla media 2015-2019 è pari a +11,7% per gli uomini (345.507,0 vs

309.333,4) e +8,1% per le donne (363.528,0 vs 336.286,2) (Tabella).

Tale eccesso di mortalità ha, inevitabilmente, determinato un forte rallentamento della speranza di vita alla nascita nel 2020. Nel 2021 si è assistito ad un parziale recupero, senza, tuttavia, un ritorno ai valori pre-pandemici.

Secondo le stime dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat), la speranza di vita alla nascita della popolazione italiana, nel 2021, è pari a 82,4 anni; considerando il genere, essa risulta pari a 80,1 anni per gli uomini e 84,7 anni per le donne. Pertanto, viene registrato un recupero rispetto al 2020 di quasi 4 mesi di vita per gli uomini e di poco più di 2 mesi per le donne. In confronto al periodo pre-pandemico, il divario rimane sostanziale: rispetto al 2019, gli uomini hanno subito una perdita in termini di speranza di vita alla nascita di 1,0 anni, le donne di 0,7 anni. Nel quinquennio 2017-2021, gli uomini hanno perso 0,5 anni, le donne 0,2 anni.

Negli anni precedenti alla pandemia, era stata registrata una riduzione del divario nelle differenze di genere: la speranza di vita di uomini e donne si stava avvicinando, pur rimanendo le seconde in vantaggio. In particolare, nel 2019, tale vantaggio era pari a +4,3 anni. Il COVID-19, che ha colpito maggiormente gli uomini in termini di mortalità, ha determinato un nuovo incremento di tale distanza a favore delle donne (+4,6 anni nel 2021) (Tabella).

**Tabella** - Speranza di vita (valori in anni) alla nascita, decessi (valori assoluti) per tutte le cause di morte e variazione (valori per 100) per genere - Anni 2019-2021 e media anni 2015-2019

Genere	Speranza di vita alla nascita			Decessi per tutte le cause di morte				
	2019	2020	2021*	Media 2015-2019	2020	2021	Δ%	Δ%
							2020 vs 2015-2019	2021 vs 2015-2019
Maschi	81,1	79,8	80,1	309.333,4	363.340,0	345.507,0	17,5	11,7
Femmine	85,4	84,5	84,7	336.286,2	382.806,0	363.528,0	13,8	8,1
Totale	83,2	82,1	82,4	645.619,6	746.146,0	709.035,0	15,6	9,8

\*Valori stimati.

**Nota:** i valori in tabella sono arrotondati al primo decimale, la differenza menzionata nel testo fa riferimento ai valori originali non arrotondati

**Fonte dei dati:** Elaborazione su dati Istat disponibili sul sito: <https://demo.istat.it/> - Andamento dei decessi nel periodo 2015-2021. Base dati integrata della mortalità giornaliera comunale. Istat. Anno 2022.

Dott.ssa Eleonora Marziali, Dott.ssa Rosaria Messina  
 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





## Ruolo degli estrogeni nell'emicrania mestruale

L'emicrania è una cefalea primaria comune e disabilitante caratterizzata da attacchi di dolore ricorrenti in ambito cranico, di entità moderata-severa, associati a sintomatologia vegetativa. Nei paesi occidentali colpisce circa il 12% degli adulti, con un picco di incidenza tra i 25 ed i 55 anni. Nel mondo soffrono di emicrania ben 959 milioni di persone, di cui la stragrande maggioranza è costituita da donne. L'emicrania è infatti una patologia di genere dal momento che le donne ne sono colpite 3 volte più frequentemente degli uomini, con una prevalenza annuale del 17% (rispetto ad un più ristretto 5.5% nell'uomo) ed un picco di prevalenza fino al 25% in età fertile. Quando l'emicrania è a bassa frequenza di crisi, spesso si è di fronte ad una periodicità mestruale favorita dalla cosiddetta deprivazione estrogenica, cioè dalla fisiologica caduta dei livelli plasmatici di estradiolo di origine ovarica in prossimità della mestruazione (fase luteale) che contribuisce alla modulazione dei meccanismi che regolano la trasmissione e la percezione del dolore a livello ipotalamo- limbico e corticale.

L'emicrania mestruale fa parte delle cefalee cosiddette "ormonali" nelle quali si riconosce una chiara periodicità correlata alle fluttuazioni ormonali cicliche ed al flusso mestruale spontaneo o indotto dalla deprivazione ormonale che caratterizza l'intervallo libero da assunzione di ormoni come nella contraccezione ormonale combinata. L'emicrania che si presenta in relazione al ciclo mestruale viene suddivisa in due forme: emicrania mestruale pura, che si verifica esclusivamente nei giorni 1±2, rispetto alla mestruazione in almeno 2 cicli su 3, ed emicrania correlata al ciclo mestruale, che contempla le crisi anche in altri periodi del ciclo, in genere in fase pre/post mestruale e/o periovulatoria. E' stato dimostrato che le donne con emicrania correlata al ciclo mestruale presentano una alterata sensibilità trigeminale al dolore nei giorni che precedono la mestruazione<sup>1</sup> e questo può spiegare non soltanto la sua eziopatogenesi, ma anche il fatto che tali crisi sono spesso caratterizzate da un dolore severo con sintomi associati intensi, spesso resistente agli analgesici e di durata anche superiore alle 72 ore, il cosiddetto stato di male emicranico perimestruale. In uno studio prospettico basato sull'uso del diario della cefalea è stato osservato che gli attacchi di emicrania sono 4 volte più probabili nell'intervallo libero da ormoni nelle utilizzatrici di contraccezione ormonale combinata e

sono severi e prolungati, insorgendo generalmente nelle 48 ore a cavallo del primo giorno delle mestruazioni (±1) che corrisponde ai primi 4 giorni dell'intervallo libero da ormoni<sup>2</sup>. Questi dati sono importanti al fine di mettere in atto strategie preventive nelle donne emicraniche che necessitano di assumere preparazioni ormonali contraccettive.

Uno studio pilota condotto dal nostro gruppo di ricerca ha utilizzato il riflesso nocicettivo di flessione RIII (stimolazione elettrica del nervo surale attraverso elettrodi di superficie) per indagare la soglia nocicettiva in donne (n°=11; range di età: 19-42 anni) utilizzatrici di contraccettivi ormonali combinati (pillole, cerotto, anello vaginale) che presentavano emicrania esclusivamente nell'intervallo libero da ormoni<sup>3</sup>. Ripetendo tale esame sia in corso di assunzione della terapia estroprogestinica che nell'intervallo libero da ormoni in assenza di emicrania, è emerso che la soglia dopo stimolo (RT-SS) era significativamente più bassa nell'intervallo rispetto ai valori misurati nel corso della terza settimana di assunzione della combinazione estroprogestinica. Nessuna differenza significativa è emersa tra il gruppo di donne con una insorgenza di emicrania *de novo* rispetto a quelle che avevano già una diagnosi di emicrania precedente all'uso della terapia estroprogestinica. E' stato inoltre interessante osservare che la percezione soggettiva del dolore non mostrava differenze significative nei due periodi di rilevazione confermando l'importanza di quantificare oggettivamente la soglia dolorosa a fini di ricerca in ambito fisiopatologico e terapeutico.

1. *Cephalalgia* 2021; 41: 417-421

2. *J Headache Pain* 2020; 21: 81

3. *J Headache Pain* 2016; 17: 70

**Prof.ssa Rossella E. Nappi**

**Università degli studi di Pavia  
IRCCS Policlinico S. Matteo**

**Dott.ssa Lara Tiranini**

**Università degli studi di Pavia  
IRCCS Policlinico S. Matteo**

**Prof.ssa Cristina Tassorelli**

**Università degli studi di Pavia  
IRCCS Fondazione Mondino, Pavia**

# Epigenetica del disturbo da stress post traumatico (PTSD): il genere conta

Il PTSD (*Post Traumatic Stress Disorder*) è un disturbo altamente invalidante che può svilupparsi in qualsiasi fase della vita come risposta a uno o più eventi traumatici fisici o psicologici.

In alcuni casi si tratta di traumi collettivi come le catastrofi naturali (terremoti, alluvioni, frane) e civili (incidenti aerei o ferroviari) o di eventi di origine socio-politica (guerre, atti terroristici); in altri casi di traumi individuali come aggressioni fisiche, violenza sessuale, lutti traumatici, incidenti stradali.

Il PTSD è caratterizzato da diversi sintomi, quali ansia intensa e frequente, calo del tono dell'umore, pensieri, immagini o ricordi intrusivi dell'evento traumatico e da un vissuto emotivo molto intenso, come se si stesse rivivendo l'episodio traumatico. L'impatto sulla qualità della vita sembra essere considerevole: chi soffre di PTSD presenta spesso difficoltà nelle relazioni interpersonali, ridotta capacità lavorativa, disturbi dell'affettività, abbassamento delle difese immunitarie e aumentato rischio di contrarre diverse patologie, inoltre il numero di suicidi appare decisamente superiore a quello degli altri disturbi d'ansia<sup>1</sup>.

Ricerche epidemiologiche condotte su vasti campioni di popolazione negli USA, mostrano che la percentuale delle donne che sviluppa PTSD è doppia rispetto a quella degli uomini. Studi sui gemelli hanno stabilito che il PTSD ha una chiara componente genetica ereditabile, che può variare dal 24 al 72%, ma l'eziologia rimane comunque ancora incerta e complessa.

Ad oggi, non sappiamo se le basi molecolari del PTSD siano uguali nelle donne e negli uomini, la maggior parte degli studi pubblicati è incentrata sulla popolazione maschile e in particolare sui veterani di guerra, quindi è necessario un approccio più innovativo che tenga conto delle importanti e significative differenze di genere.

In particolare, sappiamo che la violenza influenza in modo significativo l'espressione del nostro genoma lasciando delle tracce nel DNA.

Secondo il WHO la violenza sulla donna rappresenta un fenomeno così diffuso a livello mondiale che almeno 1 donna su 3 durante la vita ha subito uno o più episodi di violenza fisica e/o psicologica<sup>2</sup>. In Italia i dati ISTAT sul numero delle vittime e le forme di violenza mostrano che il 31,5% delle donne tra i 16 e i 70 anni ha subito nel corso della propria vita una qualche forma di violenza fisica<sup>3</sup>.

Sebbene la violenza sia purtroppo un fenomeno molto

diffuso, studiare il genoma delle persone che ne soffrono per identificare eventuali modifiche di marker epigenetici (modificazioni molecolari e chimiche che non comportano cambiamenti nel codice genetico), è complesso. Tuttavia, questo approccio innovativo potrà consentire di identificare le basi molecolari associate alla violenza e correlate alla maggiore suscettibilità a sviluppare patologie non trasmissibili, croniche e multifattoriali e se le basi molecolari siano le stesse nell'uomo e nella donna. Il progetto "*epigenetics for Women*" (epiWE) coordinato dall'ISS, prevede l'analisi del DNA al fine di identificare marcatori epigenetici associati alla violenza. Le pazienti sono seguite con psicoterapia e ogni 6 mesi, per un periodo di 18 mesi, vengono effettuati prelievi di sangue venoso per valutare eventuali modificazioni epigenetiche. In concomitanza ai prelievi viene somministrato un questionario per valutare stile di vita, abitudini e variabili psicologiche associate al PTSD. I risultati consentiranno di valutare se la propensione a sviluppare PTSD sia associata ad un aumentato rischio verso altre patologie. Ulteriori studi in un campione che arruoli entrambi i generi saranno importanti per comprendere se le basi molecolari responsabili del disturbo PTSD siano le stesse nell'uomo e nella donna. I risultati dell'analisi molecolare in associazione con la valutazione del benessere psicologico potranno offrire nuove indicazioni per una prevenzione e terapia di precisione che tengano conto della differenza di genere.

1 *Nat Rev Dis Primers*. 2015;1: 15057

2 WHO (2021). *Violence against women prevalence estimates, 2018: global fact sheet*.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240022256>

3 ISTAT (2019). Il numero delle vittime e le forme della violenza <https://www.istat.it/it/violenza-sulle-donne/>

**Dott.ssa Loredana Falzano**  
**Centro di Salute Globale**  
**Istituto Superiore di Sanità, Roma**

**Dott.ssa Anna Colucci**  
**Dipartimento di Malattie Infettive**  
**Istituto Superiore di Sanità, Roma**

**Dott.ssa Simona Gaudi**  
**Dipartimento di Ambiente e Salute**  
**Istituto Superiore di Sanità, Roma**

### “Promozione della dieta mediterranea nella prospettiva della sanità pubblica: dalla ricerca nutrizionale *all’Health Literacy*”



Mi chiamo Annalisa Silenzi e sono una dietista, biologo nutrizionista. A marzo 2022 ho concluso il mio percorso di dottorato in Scienze Biomediche di base e Sanità Pubblica discutendo una tesi dedicata allo studio della nutrizione come arma di prevenzione per le malattie croniche non trasmissibili (NCDs). È noto come l’aumento delle NCDs rappresenti un’enorme sfida per un sistema sanitario sostenibile che voglia fare della prevenzione primaria il suo strumento principale. Ogni singolo decesso causato dai principali fattori di rischio collegati agli stili di vita è evitabile se si seguono elementari norme di comportamento, rispettose di modelli salutaris di cui è nota l’efficacia nel prevenire l’insorgenza della maggioranza delle NCDs. Supportare l’individuo nell’acquisire consapevolezza che la più potente arma di prevenzione si trova nella sua quotidianità risulta, pertanto, indispensabile.

È altrettanto importante, però, che l’individuo trovi un contesto favorevole al suo cambiamento grazie a politiche di sanità pubblica che promuovano la salute con azioni a livello governativo. Tali interventi di promozione della salute, specialmente in ambito nutrizionale, devono riguardare la popolazione di tutte le fasce d’età, in quanto gli effetti negativi legati a uno scorretto stile di vita si evidenziano tanto negli adulti quanto nei bambini e devono tener conto di tutti gli aspetti che possono risultare influenti. Tra questi, il genere è un importante fattore che influenza le abitudini di vita e, di conseguenza, l’insorgenza e il decorso delle malattie croniche. Ed è noto come le differenze di genere abbiano un forte impatto sulle abitudini alimentari e sulla risposta individuale all’assunzione di cibo.

Durante questo percorso sono state condotte diverse attività finalizzate ad aumentare l’alfabetizzazione sanitaria o *Health Literacy* (HL), cercando di generare curiosità, interesse e consapevolezza nei destinatari attraverso strumenti studiati specificatamente in base alla fascia d’età e ai diversi contesti sociali delle popolazioni interessate (giornali, radio, web, opuscoli, interventi di educazione alimentare). Di particolare rilievo il programma MaestraNatura, coordinato dall’Istituto Superiore di Sanità, condotto nelle scuole del primo ciclo scolastico, dislocate sul territorio nazionale, nel suo approccio metodologico, si è rivelato in grado di stimolare la consapevolezza degli studenti e porre le basi per un rapporto più sano con il cibo e la dieta quotidiana. La comparazione dei punteggi ottenuti dai questionari somministrati a ciascuno studente prima e dopo il percorso educativo (un anno scolastico), ha rilevato un significativo aumento delle conoscenze, evidenziando la capacità di colmare la differenza iniziale presente fra maschi (M) e femmine (F) in riferimento al consumo di frutta e verdura (F>M), di cereali (M>F), di bevande zuccherate (M>F) e all’abitudine di fare colazione (M>F).

Oggi, HL è considerata, senza ombra di dubbio, un determinante di salute, vista la sua dimostrata influenza sull’adozione di corretti stili di vita, sull’adesione alle terapie, e sull’appropriato accesso ai servizi sanitari. Pertanto, investire sull’educazione scientifica e sanitaria della popolazione, in ottica di genere, è sicuramente una delle più valide soluzioni in qualsiasi strategia di promozione alla salute.



UNIVERSITÀ  
CATTOLICA  
del Sacro Cuore



- **Gene regulation by gonadal hormone receptors underlies brain sex differences**

Nature. 2022; 606: 153-159  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35508660/>

L'estradiolo è in grado di modulare l'umore, il comportamento e l'equilibrio energetico attraverso il suo legame con il recettore estrogenico  $\alpha$  (ER $\alpha$ ). Ad oggi, sono poco conosciuti i geni bersaglio del ER $\alpha$  coinvolti nelle differenze di sesso a livello cerebrale. Gli autori di questo studio identificano i siti di legame del ER $\alpha$  responsabili degli effetti dell'estradiolo sullo sviluppo cerebrale, sul comportamento e sulle malattie cerebrali.

- **Sex-specific differences in endothelial function are driven by divergent mitochondrial Ca<sup>2+</sup> handling**

J Am Heart Assoc. 2022; 11: e023912  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35766269/>

In questo studio effettuato su un modello murino gli autori osservano che l'attività mitocondriale nelle cellule endoteliali differisce tra i sessi, con topi femmine che mostrano una maggiore capacità di assorbimento di Ca<sup>2+</sup> rispetto ai topi maschi. Le differenze osservate sono attribuibili alla maggiore presenza di mitocondri e ad un più alto potenziale di membrana mitocondriale.

- **Estrogen receptor- $\alpha$  in medial preoptic area contributes to sex difference of mice in response to sevoflurane anesthesia**

Neurosci Bull. 2022; 38: 703-719  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35175557/>

I meccanismi neuronali che sono alla base delle differenze di sesso nella risposta all'anestesia generale non sono ancora chiari. L'area preottica mediale (MPA), importante struttura sessualmente dimorfica e centro critico per la regolazione della perdita dello stato di coscienza, è ricca del recettore degli estrogeni  $\alpha$  (ER $\alpha$ ). Lo scopo di questo studio è stato di valutare nei modelli murini le differenze sesso-specifiche nella risposta all'anestetico sevoflurano. I risultati dimostrano che ER $\alpha$ , espresso sui neuroni GABAergici della MPA, regola in modo sesso-specifico la sensibilità al sevoflurano.

- **Sex differences in the progression of metabolic risk factors in diabetes development**

JAMA Netw Open. 2022; 5: e2222070.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35834256/>

Il rischio di malattia cardiovascolare associato al diabete è più elevato nella donna ma il meccanismo alla base di tale differenza non è ancora del tutto noto. Esso potrebbe essere correlato, nelle donne e non negli uomini, a un peggioramento nella fase pre-diabetica. A tal fine, gli autori di questo studio indagano se l'aggravamento della sindrome metabolica, durante il prediabete, sia più pronunciato nelle donne rispetto agli uomini e se la differenza di sesso vari in base all'etnia di appartenenza.

- **Circulating miRNA as potential biomarkers for diabetes mellitus type 2: should we focus on searching for sex differences?**

J Appl Genet. 2022; 63: 293-303  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34984663/>

I microRNA, molecole di RNA non codificanti della lunghezza di circa 22 nucleotidi, regolano vari processi cellulari. La disregolazione della loro espressione è coinvolta nella patogenesi di diverse malattie come il diabete mellito di tipo 2 (DM2). In questo lavoro gli autori analizzano il possibile utilizzo dei microRNA come nuovi biomarcatori sesso-specifici per DM2.

- **Sex differences in cardiac remodeling post myocardial infarction with acute cigarette smoking**

Biol Sex Differ. 2022; 13: 36.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35799275/>

È ancora oggetto di discussione se il fumo di sigaretta influenzi il rimodellamento del miocardio in seguito a infarto (MI) in modo sesso-dipendente. Gli autori di questo lavoro, utilizzando un modello murino, studiano il rimodellamento cardiaco dopo danno ischemico a seguito di esposizione acuta al fumo di sigaretta (CS). I risultati evidenziano che l'esposizione a CS altera in modo significativo il rimodellamento cardiaco post-MI nel sesso maschile, almeno nelle fasi iniziali.

## Eventi e corsi in Italia

- Convegno regionale lombardo AIDM "La cura, la bellezza e il genere"  
Crema, 8 ottobre 2022  
<https://www.donnemedico.org/eventi/crema-8-ottobre-2022-la-cura-la-bellezza-e-il-genere/>
- Convegno "Il SAIFIP 1992-2022. 30 anni di storie, cambiamenti e nuove sfide"  
Roma, 14 ottobre 2022  
<https://www.facebook.com/photo?fbid=461527909352402&set=pcb.460814846090375>
- Corso "Approcci diagnostico-assistenziali al benessere riproduttivo in un'ottica di genere"  
Palermo, 21 ottobre 2022  
<https://www.fasiweb.com/?eventi=approcci-diagnostico-assistenziali-al-benessere-riproduttivo-in-unottica-di-genere>
- Corso "Malattie Cardiovascolari e differenze di genere"  
Milano, 21 ottobre 2022  
<https://www.cardiologicomonzino.it/it/eventi/2022/10/21/malattie-cardiovascolari-e-differenze-di-genere/797/>
- Corso OPI Varese "Differenze di genere e dolore"  
Varese, 25 ottobre 2022  
<https://www.opivarese.it/servizi-ipasvi/agli-iscritti/formazione/corsi-formazione/>
- AIDM Corso Regionale "Applicare la medicina di genere nei contesti di cura"  
"Differenze di genere e sanità"  
Catanzaro, 27-28 ottobre 2022  
"Sesso e genere nelle principali malattie croniche"  
Catanzaro, 3-4 novembre 2022  
<https://www.donnemedico.org/eventi/catanzaro-27-28-ottobre-e-3-4-novembre-2022-corso-regionale-applicare-la-medicina-di-genere-nei-contesti-di-cura/>
- Congresso "Salute, genere e prevenzione"  
Bologna, 15 novembre 2022  
<https://planning.it/eventi/>
- AIDM Congresso Inter-regionale AIDM SUD Basilicata-Calabria-Campania-Puglia-Sicilia "Focus sulla medicina genere specifica"  
Bari, 18-19 novembre 2022  
<https://www.donnemedico.org/eventi/bari-18-19-novembre-2022-focus-sulla-medicina-genere-specifica/>
- 41° Congresso Nazionale della Società Italiana di Farmacologia  
Roma, 16-19 novembre 2022  
<https://www.sifweb.org/eventi/41-congresso-nazionale-della-societa-italiana-di-farmacologia-2022-11-16>
- Save the date  
"Eguaglianza e equità di cura. La risposta della Sex and Gender Medicine"  
Bologna, 24 novembre 2022
- 39° Congresso Nazionale SIMG  
19 novembre 2022 – 31 dicembre 2022  
<https://congresso2022.simgvirtualcongress.it/>  
FAD SINCRONE (Sessioni live virtuali)  
19-26 novembre 2022  
RESIDENZIALE  
24-26 novembre 2022  
Firenze, Fortezza da Basso, V.le Filippo Strozzi, 1  
FAD ASINCRONE (E-learning)  
19 novembre-31 dicembre 2022
- Convegno "Trans-i-zone Transgender: "800 anni tra corpo e psiche"  
Padova, 16 dicembre 2022  
<http://moodle.associazione-demetra.it/>
- Convegno "Medicina di Genere: dal piano nazionale alla clinica, la salute delle differenze"  
Roma, 27-28 gennaio 2023  
<https://www.agcongress.it/project/medicina-di-genere-dal-piano-nazionale-alla-clinica-la-salute-delle-differenze/>

## Notizie

**La professoressa Anna Maria Moretti è stata eletta Presidente della Società Internazionale di Medicina di Genere (IGM) durante il decimo Congresso internazionale IGM di Padova. La professoressa è Presidente nazionale del Giseg (Gruppo Italiano Salute e Genere), unica società scientifica italiana di medicina di genere e Componente della Commissione Medicina di Genere della Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri.**

Il Centro di Riferimento per la Medicina di Genere dell'Istituto Superiore di Sanità ha promosso uno studio dal titolo: "Differenze di genere nello stato di salute in due popolazioni di Caregiver familiari: uno studio pilota". Il progetto, promosso su tutto il territorio nazionale, ha lo scopo di studiare il rapporto tra stress e salute con particolare attenzione alle differenze di genere, attraverso la somministrazione ai Caregiver familiari di un questionario on-line. È in corso la compilazione del questionario accedendo al link <https://caregiver.iss.it>. Per ulteriori informazioni sul progetto vedi <https://www.iss.it/genere-e-salute>.

## Eventi internazionali

- **Salute e benessere delle persone transgender e gender diverse: buone prassi e buone prospettive**  
Napoli, 21-22 ottobre 2022  
<https://www.onig.it/node/115>
- **10th Congress of the International Society of Gender Medicine**  
Padova, Italia, 16-17 Settembre 2022  
Il programma e il libro degli abstracts è disponibile su:  
<https://www.gendermedjournal.it/>

## Corsi FAD

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

## Pratiche per una salute mentale di genere Appunti per un manuale

"Pratiche per una salute mentale di genere" (Vita Activa Edizioni, Trieste 2021) si presenta come la raccolta di una serie di "appunti per un manuale" con indicazioni, linee guida, esempi, modelli per fare salute mentale di genere.

Nel contesto della legge Basaglia sulla salute mentale, esso puntualizza come declinare le questioni, le pratiche genere specifiche, rimanendo legate alla consapevolezza teorica. Il testo è l'esito di un percorso formativo e di pratiche originali, inedite, organizzato/e dal Dipartimento di Salute Mentale di Trieste sulle tematiche di salute e differenze di genere in un confronto aperto tra discipline sanitarie e saperi altri, intrecciandoli come espressione pubblica e collettiva di riflessioni e competenze femminili.

La prima parte del testo, intitolata "Azioni che creano pensiero", introduce questioni inerenti il disagio psichico e la differenza di genere, trattate da specialiste/operatrici: l'invisibilità della prospettiva di genere nei percorsi di salute mentale, il tema della de-prescrizione farmacologica e della psicofarmacologia di genere, gli interventi orientati al genere nella rete dei Servizi, rispetto alle tossicodipendenze e durante l'adolescenza, la parodia di un articolo scientifico, che mostra quanto sia necessario un radicale cambiamento metodologico nell'approccio alla questione.

La seconda parte, "Esperienze che creano pensiero", raccoglie i contributi di donne con esperienza di sofferenza psichica, *peer supporter*, donne della città attive in associazioni, progetti, pratiche e promozione di diritti.

Concludono il testo alcune riflessioni sulle "Azioni e le esperienze che creano narrazioni" che, da un'ulteriore prospettiva, arricchiscono la misura di provocazione, di confronti e dialoghi che il libro contiene.

L'intreccio di pratiche cliniche ed extra-cliniche, azioni istituzionali e di deistituzionalizzazione, contributi teorici e stili narrativi diversi, multi-disciplinari, non esitano in dissonanze o contrapposizioni, ma in una sorta di diffrazione prismatica, in nuovi spazi e possibilità di lettura e azione rispetto a un grande tema, quello della salute mentale e della differenza di genere che, finora, non ha ancora trovato una ricostruzione e una narrazione adeguata che sfanghi una volta per tutte il processo di invisibilizzazione del femminile storicamente e culturalmente dato, aprendo una volta per tutte al diritto alla cura genere specifica.

**dott.ssa Valentina Botter** psichiatra

**dott.ssa Marina Barnabà** sociologa

Dipartimento Salute Mentale (DSM), Azienda sanitaria universitaria giuliano-isontina (ASUGI), Trieste



## 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 Angela Ianni Palarchio (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](mailto: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](mailto: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.