

LA MEDICINA DI GENERE

Fondamenti, Pratiche e Prospettive Future



a cura della
Commissione Donne ASSD

Collana - Le Donne incontrano la Salute



LA MEDICINA DI GENERE

Fondamenti, pratiche e prospettive future

*Il presente testo rientra nella Collana - Le Donne incontrano la Salute
A cura della Commissione Donne ASSD*

Prefazione di Laura Patrucco – Presidente ASSD

*Coordinamento scientifico
Marisa De Rosa – Direttivo ASSD, già Direttore Dipartimento Sanità - Cineca*

ISBN 979-12-243-0472-2

Copyright © 2025 ASSD - www.assd.it

INDICE

PREFAZIONE

Laura Patrucco

Il genere dalla giusta prospettiva

Presidente ASSD – Associazione Scientifica per la Sanità Digitale

INTRODUZIONE

Marisa De Rosa

La medicina di genere nell'era digitale: nuove sfide e opportunità

Coordinatrice del progetto, Direttivo ASSD, già Direttore Dipartimento Sanità Cineca

PARTE I

Fondamenti e politiche della medicina di genere

12

1. Differenze di genere: una lettura epidemiologica e assistenziale.
I dati dell'Osservatorio ARNO

Elisa Rossi

Responsabile Data Value Group, Dipartimento HPC, CINECA

19

2. I numeri invisibili delle Malattie Croniche per profilo di genere

Elena Pitotti

Presidente AIRSA – Associazione Indipendente Ricerca Salute e Ambiente

22

3. Medicina di genere e iniziative regionali: il Piemonte

Teresa Calandra

*TSRM, componente Commissione HTA aziendale,
S.C. Pianificazione Strategica e Monitoraggio Attività Sanitarie, ASL TO3 – Piemonte*

26

4. Donne escluse, rischi inclusi: un viaggio tra studi clinici e regolamenti

Annabella Amatulli

Head of Regulatory Enterprise Therapeutics

30

5. Equità e responsabilità: il cammino della legge 3/2018 sulla medicina di genere

Laila Perciballi

Cav. Avvocato, Garante dei diritti delle persone anziane di Roma Capitale, Coordinatrice Costituzione etica

Approccio metodologico nella pratica clinica

PARTE II

1. Best practice e rapporto sui dati di genere in oncologia

36

*Prof. Ord. Oncologia Univ. Politecnica delle Marche - Direttrice Clin. Oncologica AOU delle Marche -
Presidente Women for Oncology Italy - Presidente One Health Foundation*

Rossana Berardi

2. Patologie tiroidee e medicina di genere: capire per curare meglio

39

Dipartimento di Scienze Oncologiche, Radiologiche ed Anatomo-Patologiche, Sapienza Università di Roma

Anna Crescenzi

3. Integrazione delle variabili di sesso e genere in chirurgia: verso una medicina basata sull'equità

43

*MD - Dipartimento di Chirurgia, ASST Bergamo Est
MD, FACS - Dip. di Scienze Chirurgiche, Oncologiche e Gastroenterologiche (DiSCOG),
Università di Padova*

Giulia Capelli
Gaya Spolverato

4. La diagnosi precoce del carcinoma coloretale: differenze di sesso e genere

46

U.O Radioterapia Oncologica "Guido Berlucchi", Fondazione Poliambulanza Istituto Ospedaliero Brescia

Alessandra Huscher

5. Applicazione della medicina di genere alla medicina di laboratorio

48

Tecnico di laboratorio biomedico Padova, Direttivo ASSD

Alessia Cabrini

6. La farmacia digitale e la dermocosmesi di genere: tra scienza e tecnologia

51

*Farmacista Cosmetologa,
Coordinatrice regionale sottocommissione salute della Commissione pari opportunità della regione Campania,
Consulente scientifico Intergruppo parlamentare 'Salute Bellezza Benessere',
Pres.Ass. "Ricomincio da Me" E.T.S*

Myriam Mazza

7. Un approccio gender-sensitive alla gestione del dolore: verso un'assistenza equa, digitale e multidisciplinare

57

Farmacista Ospedaliera ASL Roma 6, Specialista in Farmacologia e Tossicologia Clinica

Giulia Gianfilippo

8. Medicina di genere e patologie reumatologiche: un approccio necessario per una cura più equa ed efficace

61

Vicepresidente Associazione Nazionale Persone con Malattie Reumatologiche e Rare - APMARR APS ETS

Italia Agresta

PARTE III**Medicina di genere nella pratica assistenziale**

68

1. Il ruolo dell'Assistenza Infermieristica nella Medicina di genere: un paradigma per una sanità equa ed efficace**Barbara Porcelli***Dirigente Professioni Sanitarie ASL Roma 2*

78

2. La medicina di genere in Medicina Generale**Nicoletta Cosentino***Medico di Medicina Generale ASL Roma 2, Distretto 4, Direttivo ASSD*

84

3. Oltre gli stereotipi: le radici e le conseguenze delle differenze di genere in salute mentale**Donatella Ussorio***Vicepresidente AITeRP - Associazione Italiana Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica***Alessia Pica***Segretario AITeRP - Associazione Italiana Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica*

92

4. Salute mentale e benessere psicologico nella medicina di genere: metriche inclusive per una sanità equa e sostenibile**Valentina Di Mattei***Professore Associato Università Vita Salute San Raffaele, Responsabile Servizio di Psicologia Clinica della Salute, Ospedale San Raffaele*

96

5. Essere se stessi è terapeutico: medicina di genere e PROMs per un'assistenza sanitaria più autentica e personalizzata**Gabriella Casu***Presidente Associazione Italiana di Terapia occupazionale - AITO*

98

6. Madri fragili - Un'indagine sui dati del disagio psichico perinatale del servizio di psichiatria del dipartimento interaziendale di salute mentale - ASL CN1**Elena Paschetta***Psichiatra Responsabile Servizio Psichiatrico Perinatale Dipartimento Interaziendale Salute Mentale (DISM) ASL CN1***Maria Peano***Presidente Associazione Preziosa ETS*

105

7. Il ruolo del Logopedista nei percorsi di affermazione di genere**Tiziana Rossetto***Consulente di formazione in logopedia e politiche professioni sanitarie***Fiammetta Fanari***Voce InForma S.r.l., Torino***Federico Natale***Voce InForma S.r.l., Torino - ASL TO3***Dario Strangis***Voce InForma S.r.l., Torino*

110

8. Salute visiva nella sanità di genere**Dilva Drago***Vicepresidente Commissione di albo nazionale Ortottisti, Direttivo ASSD*

Le nuove frontiere della medicina di genere

PARTE IV

1. Leadership femminile, attuazione delle politiche di genere, uno sguardo da sud <i>Dirigente Reti Cliniche ed Health Pathways AReSS Puglia</i>	120	Mariangela Ciccarese
2. La rivoluzione digitale nella medicina di genere <i>Himss Italian Community</i>	125	Francesca De Giorgi
3. Tecnologie digitali, dati e intelligenza artificiale per una medicina di genere equa e personalizzata <i>EVERSANA INTOUCH Health Innovation</i>	127	Alberta M.C. Spreafico Sofia Airoidi Priscilla Dora Mazzoli
4. Dalla discriminazione storica alla parità algoritmica. Il superamento dei bias di genere nei trial clinici attraverso il Regolamento UE sull'Intelligenza Artificiale <i>Avvocato Cassazionista, Founder Inside AI, Studio Legale Stefanelli & Stefanelli</i>	131	Silvia Stefanelli
5. AI e cancro: come cambia la diagnostica oncologica nei tumori femminili <i>Socio ROPI – Rete Oncologica Pazienti Italia Presidente ROPI – Rete Oncologica Pazienti Italia</i>	136	Daniela Abbatantuono Stefania Gori
6. Medicina di genere: dati, genere e innovazione come nuova frontiera dell'equità sanitaria Una sfida per il legislatore: trasformare l'equità sanitaria da principio a realtà <i>Innovation Advisor, CEO G-Gravity</i>	142	Roberta Gilardi

PREFAZIONE

IL GENERE DALLA GIUSTA PROSPETTIVA

Viviamo un tempo in cui la sanità è attraversata da profonde trasformazioni, non solo tecnologiche, ma anche culturali, etiche e organizzative.

Parlare oggi di “medicina di genere 5.0” significa riconoscere l’urgenza e la responsabilità di costruire una sanità più giusta, più intelligente e più attenta alla persona nella sua complessità biologica, sociale e identitaria.

Questo libro nasce dalla volontà di ASSD – Associazione Scientifica per la Sanità Digitale insieme alla sua Commissione Donne, di contribuire in modo concreto e consapevole ad un cambiamento ormai non più rinviabile: quello verso una medicina personalizzata, equa e orientata al futuro.

Una medicina capace di integrare le evidenze scientifiche con le differenze di genere e di sesso, le tecnologie emergenti con l’umanità del prendersi cura, la cultura professionale con quella organizzativa.

Il titolo stesso di questa opera, con il riferimento a “*La medicina di genere 5.0*”, richiama una visione evolutiva. Siamo oltre l’integrazione tecnologica 4.0 e approdiamo ad un modello in cui interdisciplinarietà, inclusività, sostenibilità e digitalizzazione si intrecciano per generare valore per le persone, per i professionisti e per il sistema sanitario.

In questa prospettiva, diventa fondamentale promuovere una cultura del digitale socialmente corretto, che riconosca e superi le disuguaglianze strutturali e i bias impliciti, nei linguaggi come nelle pratiche di comunicazione sanitaria. Un approccio digitale che sia strumento di advocacy culturale, capace di sensibilizzare, educare e trasformare non solo i modelli organizzativi, ma anche le percezioni e le narrazioni intorno alla medicina di genere.

In queste pagine troverete riflessioni, evidenze, strumenti e prospettive che mettono al centro tre parole chiave: tecnologia, cultura e pratica clinica. Perché senza cultura, la tecnologia rischia di restare sterile.

E senza pratica, ogni cultura resta astratta. Solo unendo questi livelli possiamo davvero parlare di sanità equa, una sanità che non si limita a “includere le donne”, ma che ridefinisce le basi della cura, partendo dalla differenza per arrivare all’equità, neutralizzando la discontinuità che genera solitudine, disuguaglianze, ritardi, a favore di politiche che trasformino il genere in approccio fisiologicamente corretto.

Ringrazio le Autrici, che hanno contribuito a generare in questo volume evidenze esperienziali unite in binomio alla professionalità. Il loro lavoro rappresenta un passo importante nella direzione di una medicina del presente che guarda al futuro e che ha il coraggio di cambiare non solo le tecnologie, ma anche gli sguardi. Aggiungerei, proprio come l'incipit di questa Commissione Donne ASSD, che ha voluto volgere il medesimo sguardo fin dal suo primo testo di avvio della collana "Le Donne Incontrano la Salute". Perché incontrare significa dialogare, domandarsi, immaginare, aspirare, con autentiche visioni d'eccezione, incredibilmente.

Nuovi sguardi per nuove traiettorie nelle quali la tecnologia si inchina alla complessità del genere umano, per renderlo (ci crediamo) più umano. La medicina di genere non è uno scambio tra privilegio e consentito, così come non è un capitolo a parte nel percorso salute. È un indice della qualità complessiva del nostro sistema, da cui partire. Con visione, con coraggio e, se opportuno, con strumenti nuovi, anche digitali.

Non c'è più una medicina per le donne. C'è una medicina con le donne. Per parlare di dati e restituire servizi aderenti ad ogni genere, filtrando la standardizzazione e valorizzando con buon senso le differenze, affinché siano come un anello di congiunzione, non di rottura.

E in questo nuovo paradigma, la cura smette di essere un atto neutro. Diventa scelta, consapevolezza, libertà. Per un vero patto di genere, oltre il genere.

INTRODUZIONE

LA MEDICINA DI GENERE NELL'ERA DIGITALE: NUOVE SFIDE E OPPORTUNITÀ

La medicina di genere è un approccio scientifico e clinico che riconosce come le differenze biologiche, ormonali, genetiche, ma anche sociali e culturali tra donne e uomini influenzino profondamente la salute, la prevenzione, l'accesso ai servizi e la risposta ai trattamenti. Non si tratta di creare una “medicina per le donne”, ma di sviluppare una medicina più giusta, personalizzata e realmente universale, capace di rispondere alle necessità di tutte e tutti.

Per decenni, la ricerca medica si è basata prevalentemente su studi condotti su soggetti maschili, sia negli animali da laboratorio sia nei trial clinici. Questo ha prodotto linee guida, protocolli diagnostici e terapie costruite sul “modello uomo”, applicate poi indistintamente a tutta la popolazione. Le conseguenze sono evidenti: diagnosi tardive, minore efficacia dei farmaci, maggiore incidenza di effetti collaterali, sottorappresentazione delle donne nelle statistiche epidemiologiche.

Alcuni esempi sono ormai noti:

- Le malattie cardiovascolari, considerate a lungo un problema maschile, si manifestano nelle donne con sintomi diversi e meno riconosciuti, portando a diagnosi ritardate e a tassi di mortalità più alti.
- In campo farmacologico, il dosaggio di molti farmaci è stato definito a partire da corpi maschili, trascurando differenze di metabolismo e di effetti collaterali che penalizzano le donne. Analisi scientifiche confermano che i farmaci possono avere effetti e tossicità diversi nei due sessi, proprio perché i protocolli iniziali si basavano su modelli maschili.
- Disturbi come la depressione o le patologie autoimmuni, più frequenti nelle donne, hanno ricevuto meno attenzione in termini di prevenzione e percorsi terapeutici mirati.

Parallelamente, la rivoluzione digitale in sanità ha introdotto strumenti innovativi per la raccolta e l'analisi dei dati, consentendo un approccio più personalizzato e mirato alle cure. L'integrazione tra **medicina di genere** e **sanità digitale** rappresenta oggi un paradigma emergente, capace di migliorare l'equità e l'efficacia clinica.

La medicina di genere mette in luce queste disparità e indica la strada per superarle.

Ma per trasformare i principi in pratica servono azioni concrete. Una delle più urgenti è la **raccolta e l'analisi sistematica di dati disaggregati per sesso e genere** perché solo così sarà possibile correggere gli squilibri nella ricerca, produrre evidenze solide e sviluppare algoritmi clinici e digitali che non riproducano bias discriminatori.

In questo contesto la **rivoluzione digitale in sanità** ha introdotto strumenti innovativi per la raccolta e l'analisi dei dati, consentendo un approccio più personalizzato e mirato alle cure.

L'integrazione tra **medicina di genere** e **sanità digitale** rappresenta oggi un paradigma emergente, capace di migliorare l'equità e l'efficacia clinica e si configura come un **alleato strategico**: dalle cartelle cliniche elettroniche ai Big Data sanitari, dalle Bio banche alla telemedicina, dispositivi indossabili all'impiego dell'Intelligenza Artificiale in ambito clinico. La tecnologia, infatti, può rendere più visibili le differenze e trasformarle in risorse per una cura realmente personalizzata. È però fondamentale che i sistemi di raccolta e gestione delle informazioni siano progettati con attenzione alla dimensione di genere, così da evitare nuove distorsioni e ulteriori forme di esclusione.

In Italia, la legge 3/2018 ha formalizzato l'applicazione della medicina di genere, prevedendo un **Piano nazionale per la diffusione e l'applicazione della medicina di genere** che copre prevenzione, diagnosi, cura, ricerca, formazione e comunicazione.

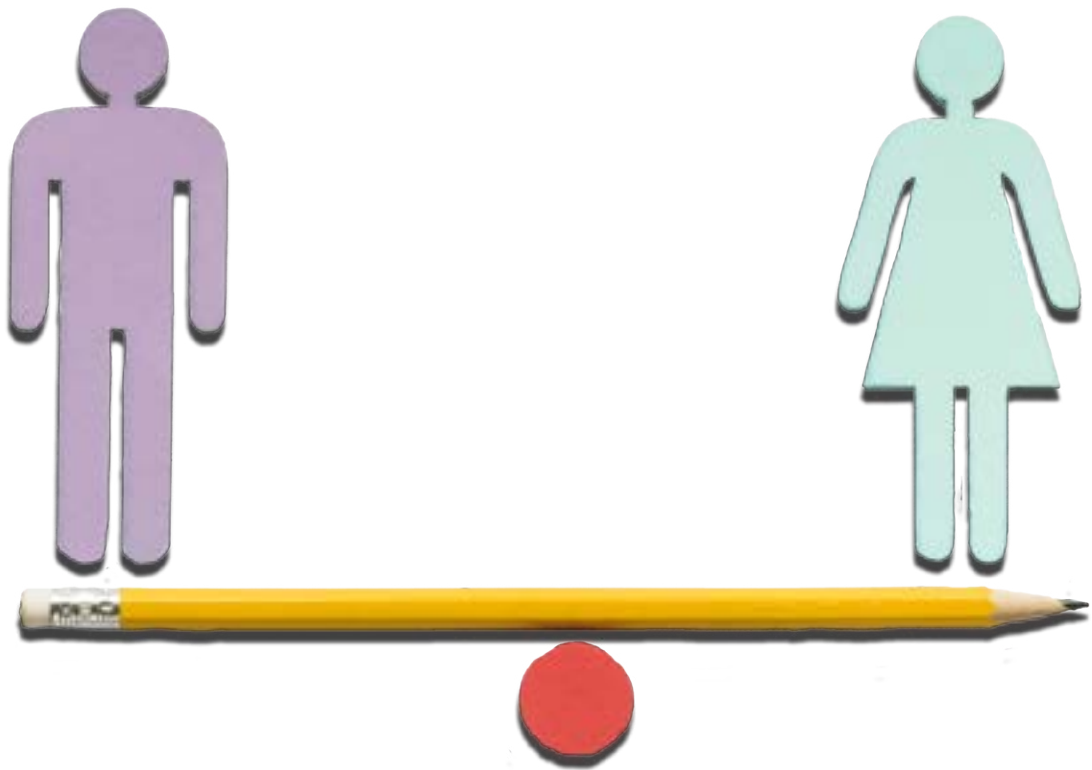
Per tradurre però tutto questo **nella pratica clinica**, è necessario introdurre la formazione obbligatoria e continua per medici e operatori sanitari; produrre linee guida e protocolli aggiornati con evidenze di genere nei trial; un'organizzazione dei servizi che preveda percorsi dedicati; monitoraggio costante degli esiti di salute per valutare l'impatto delle politiche. Fondamentale è anche il **coinvolgimento dei pazienti**, promuovendo consapevolezza e partecipazione attiva.

Questo volume raccoglie i contributi di professioniste impegnate in diverse aree – medicina, psicologia, epidemiologia, farmacologia, tecnologie digitali, sanità pubblica – che fanno parte del network di **ASSD – Associazione Scientifica Sanità Digitale**. Ognuna porta il proprio punto di vista, arricchendo il dibattito e mostrando come la medicina di genere non sia un tema di nicchia, ma una prospettiva trasversale, capace di migliorare la qualità della cura per tutti.

L'auspicio è che queste pagine possano essere lette non solo come una raccolta di articoli, ma come un invito all'azione: riconoscere i limiti della medicina costruita su un modello unico, e lavorare insieme – clinici, ricercatori, istituzioni, pazienti – per costruire una sanità più equa, inclusiva e orientata al futuro.

PARTE I

Fondamenti e politiche della medicina di genere



DIFFERENZE DI GENERE: UNA LETTURA EPIDEMIOLOGICA E ASSISTENZIALE. I DATI DELL'OSSERVATORIO ARNO

Introduzione

Il concetto di *epidemiologia della visibilità* dell'universo femminile, osservato attraverso l'indicatore della prescrizione farmaceutica e, più in generale, delle prestazioni sanitarie, ha acquisito crescente rilevanza negli ultimi anni. Questo approccio non si limita a spiegare le differenze tra uomini e donne, ma mira a riconoscere e valorizzare le specificità del vissuto femminile, attribuendogli piena dignità clinica ed epidemiologica. Prestare attenzione a queste specificità, in ambito farmaco epidemiologico e medico in generale, significa rendere visibili le esigenze delle donne, le risposte e talvolta le non-risposte.

Significa anche fornire agli operatori sanitari e alle autorità competenti strumenti informativi utili per orientare le scelte clinico-assistenziali e gli investimenti in modo più equo ed efficace.

In Italia, la farmacoepidemiologia si avvale di un ampio spettro di fonti informative, sia amministrative che cliniche, per monitorare l'uso dei farmaci, la loro sicurezza, efficacia e impatto sulla popolazione.

Oltre alle fonti istituzionali come il Ministero della Salute, l'AIFA (attraverso il Rapporto OsMed e il Registro dei farmaci sottoposti a monitoraggio post-marketing), l'Istituto Superiore di Sanità (con studi di sorveglianza e progetti dedicati) e l'ISTAT (tramite indagini su larga scala), esistono anche risorse regionali e locali, come i Data Warehouse sanitari, e progetti di ricerca accademici e internazionali, tra cui quelli promossi dall'Unione Europea.

Tra queste, i database amministrativi, tra cui gli archivi delle prescrizioni farmaceutiche, rappresentano una risorsa strategica per la realizzazione di studi epidemiologici nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale. Caratterizzati da una grande disponibilità di dati aggiornati periodicamente, questi archivi consentono di effettuare analisi dettagliate sull'esposizione ai farmaci e sull'appropriatezza prescrittiva, con ricadute dirette sulla programmazione e sulla valutazione degli interventi sanitari.

La progettazione dell'assistenza sanitaria, infatti, non può prescindere da una valutazione attenta e sistematica dei bisogni della popolazione, da cui derivare piani di intervento basati sulla conoscenza di ciò che viene effettivamente erogato: farmaci, dispositivi, esami diagnostici, visite ambulatoriali, ricoveri.

La misurazione dell'efficacia degli interventi richiede l'uso di indicatori di processo e di esito, supportati da *Real World Data*.

I consumi farmaceutici, ottenuti dagli archivi delle prescrizioni, sono da tempo considerati indicatori affidabili dell'esposizione terapeutica e traccianti di patologia. Integrando questi dati con altri flussi sanitari, è possibile passare da una semplice descrizione a una vera e propria **lettura epidemiologica centrata sul paziente**. Le popolazioni di riferimento possono essere definite a livello di singola ASL, distretto o medico, ma devono sempre essere considerate come gruppi omogenei, confrontabili attraverso indicatori epidemiologici standardizzati.

L'Osservatorio ARNO

In questa prospettiva, l'Osservatorio ARNO raccoglie e integra i flussi amministrativi delle prestazioni sanitarie del SSN erogate al singolo cittadino, il cui scopo è quello di fornire alle ASL convenzionate un Data Warehouse clinico con i dati raccolti per ogni singolo paziente. Nato al CINECA nel 1987 come sistema di monitoraggio dei dati farmaceutici, nel tempo si è arricchito con l'integrazione di ulteriori flussi informativi (schede di dimissione ospedaliera, specialistica ambulatoriale...), passando in tal modo da una visione con analisi "a silos" ad una visione di governance integrata nei vari flussi con possibilità di analisi per il controllo della spesa, appropriatezza prescrittiva, monitoraggio dei percorsi diagnostico-terapeutici (PDTA) e valutazione del carico assistenziale delle patologie croniche.

La disponibilità di fonti di dati ampie, di alta qualità e con una componente longitudinale è essenziale per qualsiasi attività di previsione. In questo ambito, l'Osservatorio ARNO ha rappresentato un'iniziativa pionieristica, configurandosi come il primo osservatorio paziente-centrico basato su dati *real world*, caratterizzato da una struttura omogenea e da serie storiche che si estendono per oltre vent'anni.

Fino al 2018, ha potuto contare su un campione di oltre 10 milioni di abitanti, rappresentativo della popolazione italiana. Tuttavia, anche a seguito di scelte di autonomia da parte di alcune Regioni, si è verificata una discontinuità nella composizione del campione analizzato. Attualmente, la popolazione assistibile monitorata da ARNO è pari a circa 4 milioni di individui.

Le analisi condotte dall'Osservatorio ARNO hanno dato origine a diverse monografie focalizzate su specifiche coorti di popolazione (come bambini, donne e anziani) e su particolari patologie (tra cui diabete, malattie cardiovascolari e osteoarticolari). Questi studi si basano su un solido standard metodologico per il calcolo degli indicatori e utilizzano il caso-controllo per confrontare gli indicatori dei pazienti affetti da una determinata patologia con quelli di un gruppo di controllo, composto da soggetti di pari o doppia numerosità, appaiati per età, sesso e area di residenza.

Rapporto ARNO dedicato alle donne

Il primo Rapporto ARNO dedicato alle Donne risale al 2003 ed è frutto della collaborazione tra il CINECA, l'Istituto Mario Negri e il Consorzio Mario Negri Sud. Rappresenta un tassello fondamentale nell'ambito della medicina di genere e dell'epidemiologia paziente-centrica, in quanto nel 2003 si è proposto di colmare un vuoto informativo storicamente presente nella ricerca clinica e sanitaria, evidenziando come le donne siano spesso sottorappresentate o non adeguatamente considerate nei modelli di cura, nell'uso dei farmaci e nella gestione delle patologie croniche. Si basa su dati amministrativi di 8 milioni di assistibili (femmine+maschi), permettendo un'analisi dettagliata e rappresentativa delle differenze di genere nei percorsi di cura, nell'aderenza terapeutica e negli esiti di salute.

I dati dell'Osservatorio ARNO mostrano che le donne ricevono trattamenti farmacologici con maggiore frequenza rispetto agli uomini, in particolare nella fascia d'età compresa tra i 15 e i 64 anni. Le differenze terapeutiche sono evidenti in diversi ambiti, dai farmaci antitumorali a quelli per il sistema nervoso centrale, terapie ormonali e farmaci per l'apparato muscolo-scheletrico.

Nel 2024 (dato stimato a partire da un campione di 4 milioni di assistibili), il 71,0% delle donne di età ≥ 12 anni ha ricevuto almeno una prescrizione farmaceutica, contro il 62,5% degli uomini.

Questa tendenza si riflette anche nella spesa e consumi farmaceutici, nel ricorso ad esami e visite specialistiche e ricoveri ospedalieri, con valori sistematicamente più elevati nel genere femminile. Tuttavia, le differenze si invertono nella popolazione anziana, dove gli uomini tendono ad assumere più farmaci, a ricorrere a maggiori prestazioni specialistiche / ricoveri ospedalieri e a generare una spesa maggiore. Nei bambini, si osserva una lieve prevalenza di trattamenti nei maschi.

Le disparità osservate sono attribuibili non solo a fattori biologici e ai bisogni terapeutici specifici legati all'età e al sesso, ma anche a tutte quelle variabili determinate dall'ambiente, dal tipo di società, dall'educazione, dalla cultura e dalla psicologia dell'individuo.

Tra le ipotesi formulate per spiegare il maggior ricorso delle **donne in età fertile (dai 12 ai 64 anni)** alle prestazioni sanitarie vi sono:

- una maggiore attenzione ai sintomi e una più frequente richiesta di cure rispetto agli uomini;
- una maggiore esposizione al sistema sanitario legata allo stato riproduttivo;
- una più elevata consapevolezza della propria condizione patologica, soprattutto in presenza di malattie croniche;
- una morbilità più elevata per patologie croniche non fatali, che comporta un ricorso più frequente alle terapie mediche.

Gli studi di farmacoepidemiologia confermano che la proporzione di donne trattate aumenta con l'età, con un trend significativo durante gli anni di vita fertile.

L'analisi per fasce d'età evidenzia come il profilo farmacologico femminile sia fortemente influenzato dalle fasi fisiologiche della vita:

- **Adolescenza:** gli antibatterici e i farmaci respiratori sono le classi di farmaci più prescritte, mentre come specificità della popolazione femminile aumentano le prescrizioni di farmaci genitourinari e di ormoni sessuali (contraccettivi orali), di antinfiammatori e antidepressivi. Il disagio psico-emotivo è più marcato nelle ragazze, con un uso di antidepressivi, seppure con valori contenuti di prevalenza pari all'1%, risulta doppio rispetto ai coetanei maschi.
- **Età adulta:** prevalenza di terapie antibiotiche, antinfiammatorie e ormoni sessuali.
- **Peri-post menopausa:** incremento significativo dell'uso di farmaci cardiovascolari, muscoloscheletrici e per il sistema nervoso centrale. La transizione menopausale è spesso accompagnata da sintomi sottovalutati, ma clinicamente rilevanti, come ad esempio il rischio aumentato di malattie croniche, quali l'osteoporosi e la patologia cardiaca.
- **Età anziana:** i farmaci diventano sempre più traccianti di patologie. I farmaci maggiormente utilizzati in questa fascia sono i cardiovascolari e i farmaci per le affezioni del sistema muscolo-scheletrico.

Diabete e genere: una lettura integrata

I dati amministrativi consentono anche di identificare con un buon grado di approssimazione la popolazione affetta da patologie e di valutarne i profili assistenziali. Con questo obiettivo, all'interno di ARNO è stato creato l'**Osservatorio ARNO Diabete** che, avvalendosi della collaborazione con la Società Italiana di Diabetologia (SID), è finalizzato allo studio del diabete nella reale pratica clinica, offrendo agli attori del SSN informazioni utili non solo a definire quanto la malattia sia presente nella specifica area territoriale d'indagine, ma anche a caratterizzare i malati nel loro complesso, stratificandoli per sesso ed età e a valutare le cure e il loro peso in termini di costi assistenziali sul SSN.

In questo caso la popolazione con diabete viene identificata indirettamente attraverso il ricorso ai farmaci, dispositivi medici, visite specialistiche, ricoveri ospedalieri per la terapia e cura del diabete. La distribuzione per sesso e classi di età della popolazione ARNO risulta sostanzialmente sovrapponibile a quella della popolazione nazionale (ISTAT), indice di buona rappresentatività, e consente di estendere le stime ottenute alla popolazione generale.

Nel contesto del diabete, le differenze di genere si manifestano in modo complesso. In Italia, il diabete rappresenta una questione significativa di salute pubblica. È una patologia cronica in costante crescita, che colpisce milioni di persone e presenta significative variazioni geografiche, demografiche e socioeconomiche. In base ai dati ISTAT, nel 2020 si stima una prevalenza del diabete pari al 5,9%, che corrisponde ad oltre 3,5 milioni di persone, con una tendenza in lento aumento negli ultimi anni. Nel documento “Stati generali sul diabete 2024” viene riportato che nel 2022 circa 3,9 milioni di cittadini italiani dichiarano di avere il diabete, corrispondente al 6,6% della popolazione (documento “Stati generali sul diabete 2024”). Secondo l’ultimo **Rapporto ARNO Diabete** pubblicato nel 2019, la prevalenza del diabete in Italia è pari al 6,2%, con una incidenza più elevata negli uomini (6,5%) rispetto alle donne (5,9%). Questo dato rappresenta quasi il doppio rispetto a vent’anni fa, e il suo incremento è attribuibile principalmente al diabete di tipo 2.

Le cause di questo aumento sono riconducibili a diversi fattori:

- Crescente diffusione dell’obesità, legata a stili di vita sedentari e a un’alimentazione eccessiva e squilibrata.
- Maggiore consapevolezza e attenzione verso la malattia, che ha portato a una più ampia identificazione dei casi.
- Invecchiamento della popolazione e miglioramento delle cure, che consentono ai pazienti con diabete di vivere più a lungo.

Per quanto riguarda la distribuzione per età e sesso della prevalenza di diabete, nella fascia 20-49 anni, la prevalenza è più alta nelle donne, mentre dai 50 anni in su si inverte, con una netta predominanza maschile. Questo andamento suggerisce che le donne sviluppino il diabete in età più giovane, spesso nel pieno della vita lavorativa e familiare, con implicazioni significative sul piano sociale e assistenziale.

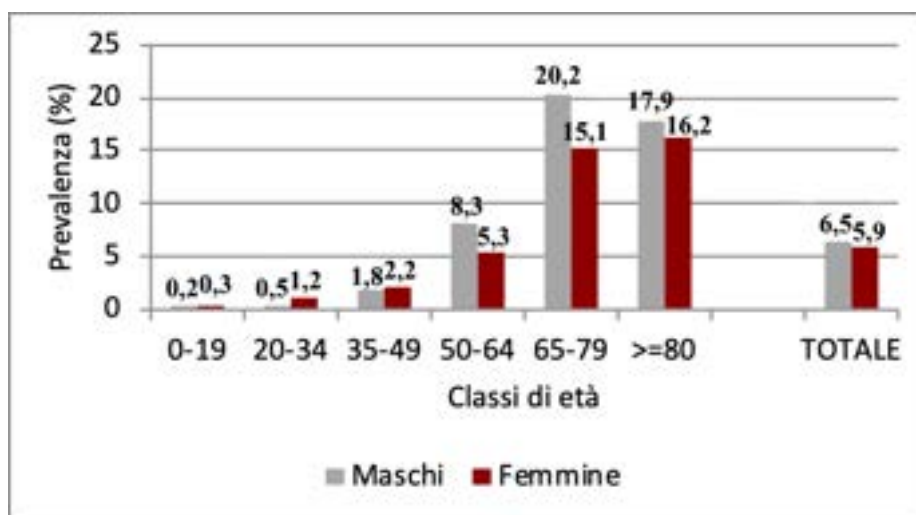


TABELLA I – PREVALENZA DEL DIABETE PER ETÀ E SESSO
(Fonte: Rapporto ARNO Diabete, 2019)

Accesso alle cure

Una delle evidenze più critiche riguarda l'accesso alle terapie e alle prestazioni sanitarie. Va premesso che la popolazione con diabete analizzata ha un'età media di circa 69 anni, e presenta quindi, già per il solo fattore età, un quadro clinico più complesso rispetto alla media generale.

Le donne con diabete ricevono un numero pressoché sovrapponibile di prescrizioni di farmaci antidiabetici rispetto agli uomini, ma risultano meno trattate con farmaci innovativi come gli inibitori DPP-4, SGLT-2 e analoghi GLP-1. Al contrario, sono più frequentemente trattate con antibiotici, antinfiammatori, antidepressivi e integratori vitaminici.

Hanno meno ricoveri ospedalieri e prestazioni specialistiche, come visite diabetologiche, esami di laboratorio e indagini strumentali, evidenziando un divario nell'accesso alle cure che merita attenzione.



FIGURA 1 – IL RICORSO ALLE PRESTAZIONI SANITARIE DELLA POPOLAZIONE CON DIABETE
(Fonte: Rapporto ARNO Diabete, 2019)

Queste differenze si traducono in una spesa sanitaria inferiore per le donne rispetto agli uomini, nonostante la presenza della malattia sia comparabile.

Questo squilibrio non può essere spiegato solo da fattori clinici.

Le ragioni di questo divario sono molteplici:

- **Accesso limitato ai centri diabetologici**, dove vengono prescritti i farmaci innovativi, spesso riservati a specialisti.
- **Barriere culturali e sociali**, che influenzano il comportamento sanitario delle donne, più attente alla salute ma meno inclini a rivendicare cure specialistiche.
- **Carico familiare e lavorativo**, che limita il tempo dedicato alla propria salute.
- **Sottovalutazione del rischio cardiovascolare nelle donne**, nonostante il diabete aumenti significativamente il rischio anche nel sesso femminile.

Questi fattori concorrono a creare un sistema di cura meno equo, che penalizza le donne in termini di prevenzione, diagnosi precoce e gestione della malattia.



Impatto economico e sociale

Il costo medio annuo per la gestione di un paziente diabetico è di circa 2.800 euro, più del doppio rispetto a un non diabetico. Tuttavia, questa cifra sottostima il reale impatto economico, poiché non considera le prestazioni fuori dal SSN e le spese indirette. I ricoveri rappresentano la voce principale di spesa (48%), seguiti dai farmaci non antidiabetici (31%), dalla specialistica (16%) e dai farmaci antidiabetici (9%).

La spesa per la cura delle complicanze del diabete e delle patologie connesse rappresenta il 90% del costo totale della patologia. Eppure, solo il 63% dei pazienti esegue almeno una volta l'emoglobina glicata (HbA1c) nell'anno, e il 35% non effettua alcuna visita specialistica. Le donne, in particolare, risultano meno monitorate e meno trattate rispetto agli uomini, con un rischio maggiore di sviluppare complicanze non intercettate.

Prevenzione e medicina di genere

Il diabete tipo 2, che rappresenta oltre il 90% dei casi, è strettamente legato all'obesità e agli stili di vita. Una politica sanitaria efficace deve puntare sulla **prevenzione**, sull'**educazione terapeutica** e sull'**accesso equo alle cure**. Le disuguaglianze di genere non sono solo una questione di giustizia sociale, ma anche un fattore che incide sulla sostenibilità del sistema sanitario. È necessario promuovere una **medicina di genere**, che tenga conto delle differenze biologiche, sociali e culturali tra uomini e donne. Solo così sarà possibile garantire a tutti i pazienti con diabete, indipendentemente dal sesso, un'assistenza adeguata, tempestiva e personalizzata.

Conclusioni

I *Real World Data* rappresentano uno strumento prezioso per lo studio delle **differenze di genere**, sia in senso generale che nell'ambito delle singole patologie. Consentono di osservare come uomini e donne accedono alle cure, al di fuori dei contesti controllati degli studi clinici.

In particolare, permettono di:

1. **Valutare l'efficacia e la sicurezza dei trattamenti** in condizioni reali, su popolazioni ampie e meno selezionate rispetto agli studi randomizzati.
2. **Monitorare l'appropriatezza prescrittiva** e l'aderenza **alle linee guida**, evidenziando eventuali disuguaglianze di genere.
3. **Valutare i costi assistenziali di coorti di popolazioni o di patologie**
4. **Studiare la storia naturale della malattia** e l'evoluzione delle complicanze, con un focus sulle differenze tra uomini e donne.
5. **Favorire un approccio integrato** basato sull'analisi di dati clinici, demografici ed economici, utile per costruire modelli di cura più equi ed efficienti, migliorando la qualità dei servizi e ottimizzando i costi complessivi.

BIBLIOGRAFIA

1. Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale Anno 2023. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, 2024
2. M. De Rosa, A. Berti, E. Rossi, I. Domenichini, M. Romero, G. Tognoni "Progetto ARNO Donne e Farmaci", Rapporto 2003, Ed. Centauro
3. M. De Rosa, A. Berti, M. Piastra, E. Rossi, E. Poluzzi, C. Sacripanti, "Osservatorio ARNO: i profili assistenziali delle popolazioni", Rapporto 2009, Ed. Centauro
4. M. De Rosa, A. Berti, E. Rossi, I. Domenichini, M. Romero, G. Tognoni "Sintesi del rapporto Donne e Farmaci, progetto ARNO Donne e farmaci: per un'epidemiologia della visibilità" - Assistenza infermieristica e ricerca, 2005, 24, 1
5. E. Rossi, E. Bonora per gruppo di lavoro CINECA e SID "Osservatorio ARNO Diabete" Rapporto 2019, Ed. Maggioli
6. E. Bonora, G. Sesti "Il diabete in Italia", 2016 Bononia University Press
7. Bonora E, Cataudella S, Marchesini G, Miccoli R, Vaccaro O, Fadini GP, Martini N, Rossi E; mandate of the Italian Diabetes Society. "Initial treatment of diabetes in Italy. A nationwide population-based study from the ARNO Diabetes Observatory" *Nutr Metab Cardiovasc Dis.* 2021 Aug 26;31(9):2661-2668. doi: 10.1016/j.numecd.2021.06.006
8. Bonora E, Cataudella S, Marchesini G, Miccoli R, Vaccaro O, Fadini GP, Martini N, Rossi E; under the mandate of the Italian Diabetes Society. Incidence of diabetes mellitus in Italy in year 2018. A nationwide population-based study of the ARNO Diabetes Observatory. *Nutr Metab Cardiovasc Dis.* 2021 Jul 22;31(8):2338-2344. doi: 10.1016/j.numecd.2021.04.017.
9. Bonora E, Cataudella S, Marchesini G, Miccoli R, Vaccaro O, Fadini GP, Martini N, Rossi E. "A view on the quality of diabetes care in Italy and the role of Diabetes Clinics from the 2018 ARNO Diabetes Observatory" - *Nutr Metab Cardiovasc Dis.* 2020 Oct 30;30(11):1945-1953. doi: 10.1016/j.numecd.2020.08.018.
10. Bonora E, Cataudella S, Marchesini G, Miccoli R, Vaccaro O, Fadini GP, Martini N, Rossi E; under the mandate of the Italian Diabetes Society "Clinical burden of diabetes in Italy in 2018: a look at a systemic disease from the ARNO Diabetes Observatory" *BMJ Open Diabetes Res Care.* 2020 Jul;8(1):e001191. doi: 10.1136/bmjdr-2020-001191.PMID: 32713842
11. FeSDI – Federazione delle società diabetologiche italiane, Università di Roma Tor Vergata, Intergruppo parlamentare su Obesità, Diabete e malattie croniche non trasmissibili "Stati generali sul diabete 2024"
12. IBDO Foundation, ISTAT, CORESEARCH, BHAVE: Italian Diabetes Barometer Report 2022

I NUMERI INVISIBILI DELLE MALATTIE CRONICHE PER PROFILO DI GENERE

Introduzione

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) riferisce che le malattie croniche o Non Communicable Diseases (NCD), quali malattie cardiovascolari, tumori, malattie respiratorie croniche, diabete ed altre patologie endocrine, abbiano causato, a livello globale, almeno 43 milioni di morti nel 2019 ⁽¹⁾, il che equivale al 74% dei decessi globali non correlati a pandemie.

Queste condizioni sono spesso associate a gruppi di età più avanzata, ma circa 18 milioni di morti per NCD avvengono prima dei 70 anni. Tra le varie cause, il solo inquinamento atmosferico è responsabile di 6,7 milioni di morti nel mondo, di cui circa 5,6 milioni sono dovute a NCD ⁽¹⁾.

Nonostante i principali fattori di rischio, come l'alimentazione non corretta, il fumo, il consumo di alcol e l'inattività fisica, siano ben noti, i costi sociali ed economici di queste patologie continuano a crescere, rappresentando un'alta percentuale del carico totale di malattia in Europa. Solo nell'UE, le NCD si traducono in una spesa sanitaria di 115 miliardi di euro all'anno. In Italia le malattie croniche affliggono circa 24 milioni di persone. Questi dati, insieme a tutto il carico di malattia per i pazienti e i loro caregiver, hanno un impatto importante sulla qualità e sull'attesa di vita della popolazione. Monitorare i progressi e le tendenze delle NCD e dei loro rischi è importante per guidare le politiche e le priorità.

Bias di genere

Nel settembre 2022, l'OMS ha pubblicato il rapporto "*Invisible numbers: the true extent of noncommunicable diseases and what to do about them*" con l'obiettivo di rafforzare la consapevolezza sulla gravità della portata, a livello mondiale, delle NCD. In 42 pagine di rapporto solo una volta viene citato il termine "gender" e solo 3 volte il termine "woman" (delle quali una volta sola associato a dati statistici).

Nei numerosi rapporti pubblicati a livello nazionale ⁽²⁾ e internazionale molto spesso vengono divulgati dati senza distinzione di genere. Ad esempio, si possono recuperare i dati differenziati tra donne e uomini (76% vs 72%) dei decessi a livello globale per NCD solo negli approfondimenti del sito dedicato "*Noncommunicable Diseases Data Portal*" ⁽³⁾.

Di fondamentale importanza è invece rilevare, elaborare e diffondere i dati riguardanti la salute in generale, ed in particolare per le malattie croniche, declinati per genere al fine di monitorare le stesse, sia per predisporre piani di prevenzione adeguati, che indirizzare la ricerca verso terapie farmacologiche personalizzate.

⁽¹⁾ Alcuni decessi per malattie non trasmissibili sono stati inclusi in una categoria separata denominata "altre mortalità correlate alla pandemia" nel 2020 e nel 2021, a causa di dati di registrazione anagrafica incompleti o di scarsa qualità. Poiché ciò potrebbe aver influito

Lo studio “Verso il Referto Epidemiologico del Comune di Ugento” ⁽⁴⁾, a cura di AIRSA - Associazione Indipendente Ricerca Salute e Ambiente, è un esempio di come, anche a livello territoriale, si possano rilevare evidenze scientifiche utili a monitorare il profilo di salute di una comunità, in particolare quelle esposte a rischio ambientale.

Lo studio recupera dagli archivi locali degli ambulatori dei Medici di Medicina Generale ed elabora i dati della prevalenza delle malattie croniche della popolazione residente adulta, differenziati per sesso e per fasce decennali di età.

Cronicità di genere

Tra le principali patologie croniche riscontrate, la broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e le patologie della tiroide (con esclusione dei tumori tiroidei), rilevano significative differenze di genere.

Sul totale del campione in studio di 2704 assistiti di età >14 anni, nel 2021, è stata registrata una differenza della prevalenza per BPCO, per tutte le fasce di età, tra donne e uomini di 36,7% vs 63,3%. Mentre negli uomini una prevalenza significativa (4,2%) è stata registrata già nella fascia di età adulta (65-74), nelle donne una prevalenza significativa (5,5%) è stata registrata ad iniziare solo a partire dalla fascia di età più anziana (75-84) per poi rimanere costante (> 85).

Sullo stesso campione in studio, per i disturbi tiroidei, la differenza di prevalenza riscontrata tra donne e uomini è stata rispettivamente di 88,1% vs 4,7%. E' noto da letteratura che i disturbi tiroidei hanno una prevalenza maggiore nel sesso femminile, ma analizzando anche per fasce di età, è interessante notare come, mentre per gli uomini una prevalenza del 4,0% si registra a partire dalla classe di età adulta (55-64) per poi decrescere, nelle donne già nella classe di età più giovane (25-54) si evidenzia una prevalenza di 4,5%, per poi aumentare fino al 12,5% nella classe (55-64) e decrescere nelle classi di età più anziane.

L'evidenza di una precoce insorgenza di disturbi tiroidei nelle donne in età fertile rilevata da questo studio, suggerisce l'importanza di programmare, nella popolazione osservata, screening mirati a diagnosticare precocemente tali patologie, anche al fine di prevenire una serie di malattie importanti, soprattutto a carico dello sviluppo del sistema nervoso centrale del feto, in gravidanza ⁽⁵⁾.

Conclusioni

La medicina di Genere nel nostro paese è una disciplina ancora nuova e inesplorata, c'è molto da fare per introdurla nella pratica clinica e nella prevenzione, ma soprattutto nella ricerca è importante mirare a produrre nuove conoscenze sull'impatto delle differenze di sesso e di genere nei processi biochimici alla base di varie malattie, tra cui in particolare le malattie croniche.

BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization. Noncommunicable diseases. Ginevra, 2024 - <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
2. Istituto Superiore di Sanità EpiCentro - L'epidemiologia per la sanità pubblica - <https://www.epicentro.iss.it/croniche/oms-report-invisible-numbers-2022>
3. Noncommunicable Diseases Data Portal_ World Health Organization - <https://ncdportal.org/>
4. Report di Progetto - Verso il Referto Epidemiologico - Comune di Ugento - <https://www.comune.ugento.le.it/index.php/tzente/articoli/835>
5. Thyroid in pregnancy: From physiology to screening_ Drahomira Springer, Jan Jiskra, Zdenka Limanova, Tomas Zima, Eliska Potlukova - <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28102101/>

TERESA CALANDRATSRM, componente Commissione HTA aziendale,
S.C. Pianificazione Strategica e Monitoraggio Attività Sanitarie, ASL TO3 - Piemonte

MEDICINA DI GENERE E INIZIATIVE REGIONALI: IL PIEMONTE

Il concetto di *Medicina di Genere*, descritto come lo studio dell'influenza delle differenze biologiche (definite dal sesso) e socio-economiche nonché culturali (definite dal genere) sullo stato di salute e di malattia di ogni persona, è stato introdotto dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS).

In Italia, il Ministero della Salute, il 13 giugno 2019, ha approvato il “Piano per l'applicazione e la diffusione della medicina di genere” così come previsto dall'art. 3 della Legge 3/2018 “Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della Salute” affinché sia *garantita la divulgazione, formazione e indicazione di pratiche sanitarie che nella ricerca, nella prevenzione, nella diagnosi e nella cura tengano conto delle differenze derivanti dal genere, al fine di garantire la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale in modo omogeneo sul territorio nazionale.*

Presso l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) è istituito l'Osservatorio dedicato alla Medicina di Genere, con finalità, tra le altre, di monitorare l'attuazione delle azioni di promozione, applicazione e sostegno alla Medicina di Genere. Tra gli obiettivi dell'Osservatorio è evidente l'importanza di garantire che tutte le Regioni italiane, in tutti i contesti appropriati, abbiano avviato programmi di diffusione della Medicina di Genere secondo le indicazioni del Piano.

E' in questo contesto che le Regioni si stanno muovendo, in coerenza con quanto previsto dal Piano nazionale e, da quanto risulta, seppur tutte abbiano nominato referenti regionali presso l'ISS, tuttavia, le iniziative intraprese sul territorio sono diverse; infatti, alcune hanno già adottato un piano regionale con apposita Delibera di Giunta, altre hanno creato strutture dedicate, avviato tavoli tecnici, commissioni e programmi di formazione e ricerca.

In particolare, la Regione Piemonte, con la Deliberazione della Giunta Regionale, DGR n. 17-4075 del 12 novembre 2021, ha recepito il “Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere” adottato con Decreto Ministeriale D.M. 13/06/2019, definendo i criteri per la costituzione del Gruppo Tecnico Regionale (GTR) per la Medicina di Genere.

La DGR ha di fatto conferito le competenze della materia ai Settori Programmazione Servizi Sanitari e Socio-Sanitari e Politiche per le pari opportunità, diritti ed inclusione, progettazione ed innovazione sociale della Direzione Sanità e Welfare ed istituito il GTR, che ha durata triennale, attribuendo loro un ruolo di coordinamento, indirizzo e monitoraggio, finalizzato alla promozione e alla diffusione della cultura della Medicina di Genere. Un particolare riguardo risulta alle quattro aree d'intervento previste dalla Legge n. 3/2018 (percorsi clinici di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione; ricerca e innovazione; formazione e aggiornamento professionale; comunicazione e informazione), con l'obiettivo della realizzazione del Piano Regionale per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere da proporre alla Giunta Regionale.

Da una prima lettura si evidenzia che il GTR è composto da referenti regionali, delegati ASL, epidemiologi, Università, Ordini professionali e un farmacologo:

- n. 1 rappresentante dell'Università degli Studi di Torino
- n. 1 rappresentante dell'Università degli Studi del Piemonte Orientale
- n. 1 rappresentante tra gli Ordini Provinciali dei Medici Chirurghi
- n. 1 rappresentante tra gli Ordini Provinciali degli Infermieri
- n. 1 rappresentante del Servizio di Epidemiologia dell'ASL TO3
- n. 5 rappresentanti delle Aziende Sanitarie delle 5 Aree Omogenee Piemonte
- n. 1 esperto Farmacologo individuato dalla Direzione Sanità e Welfare.

Seppur è apprezzabile la volontà di garantire la interdisciplinarietà del Gruppo, si rileva il mancato coinvolgimento di professioni fondamentali per la piena realizzazione delle azioni indicate dalla Legge 3/2018 nelle diverse aree d'intervento previste, in particolare i rappresentanti degli Ordini di: Assistenti sociali, Biologi, Chimici e Fisici, Fisioterapisti, Ostetriche, Psicologi, Veterinari, e infine quelli dell'Ordine dei Tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione (TSRM e PSTRP), che rappresenta 18 professioni sanitarie e una di interesse sanitario (Assistente sanitario, Dietista, Educatore professionale, Igienista dentale, Logopedista, Ortottista, Podologo, Tecnico audiometrista, Tecnico audioprotesista, Tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare, Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro, Tecnico della riabilitazione psichiatrica, Tecnico di neurofisiopatologia, Tecnico ortopedico, Tecnico sanitario di laboratorio biomedico, Tecnico sanitario di radiologia medica, Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, Terapista occupazionale e Massofisioterapista).

A conferma di quanto sia importante il coinvolgimento di tutte le professioni sanitarie riporto una parte degli esiti del progetto SeGeA (Sex and Gender Approach), realizzato dalla Federazione nazionale TSRM e PSTRP in collaborazione con EngHea (Engendering Health), e condotto su un campione di 6.430 professionisti sanitari iscritti ai rispettivi albi, i quali alla domanda sulla sensibilità al genere nel campo professionale, hanno evidenziato una comune attenzione rispetto al fatto che i professionisti della salute dovrebbero tenere conto del genere delle persone assistite (con una media del 3,31 su una scala da 1 a 5), che si accentua nelle donne, con una media di 3,37 rispetto a 3,11 negli uomini.

Il 24 luglio 2023, con deliberazione della Giunta Regionale n. 21-7270, viene approvato l'atto di programmazione regionale denominato "Piano regionale per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere (2023-2025)" in cui sono indicati i principi, la strategia di governance e gli obiettivi generali e specifici del Piano per ciascuna delle quattro aree d'intervento in cui si articola.

Di seguito alcune considerazioni che attengono agli obiettivi specifici.

▪ **Area A) Percorsi clinici di prevenzione, diagnosi e cura.**

Appare rilevante l'obiettivo di definire criteri da considerare nell'approccio di genere ai PDTA/PSDTA. Uno strumento fondamentale da utilizzare per l'analisi dei medesimi in uso (regionali e aziendali), al fine di individuare ed eliminare, eventuali bias.

▪ **Area B) Ricerca e innovazione.**

Promuovere la collaborazione tra Istituzioni è senza dubbio il miglior modo per creare una rete funzionale allo sviluppo ed alla crescita delle conoscenze in tema di Medicina di Genere. In questo caso, realizzare progettualità condivise tra Università e Aziende Sanitarie Regionali concorrerà alla sensibilizzazione dei nostri giovani, favorendo la ricerca e le pubblicazioni scientifiche.

▪ **Area C) Formazione e aggiornamento professionale.**

Avere accesso alle informazioni e conoscenze già realizzate e validate costituisce il fondamento per fornire

una base solida e strutturata agli operatori della sanità e non solo. Implementare, quindi, un'area tematica sul sito della Biblioteca Virtuale della Salute Piemonte (BVS-P) potrà contribuire ad accrescerne il valore e la funzionalità, a beneficio della comunità professionale e di chiunque ne sia interessato. A questa iniziativa si affianca la formazione aziendale, migliorando l'offerta formativa per l'aggiornamento professionale del personale operante nel SSR, inclusi i MMG (Medici di Medicina Generale) e PDLS (Pediatri di Libera Scelta). La perfetta multidisciplinarietà e la corretta formazione dei professionisti sanitari sul tema arricchirà l'universalismo dell'approccio ecologico alla valutazione della salute; il funzionamento della persona dipende, infatti, dagli aspetti (positivi o negativi) dell'interazione tra l'individuo con una definita/identificata condizione di salute e i suoi fattori contestuali.

▪ **Area D) Comunicazione e informazione.**

Se la formazione del personale sanitario è una colonna portante del nostro Sistema sanitario, altrettanto lo è l'informazione e la comunicazione, volte a favorire la conoscenza in questo caso della Medicina di Genere nella popolazione piemontese. Pertanto, incrementare la disponibilità di risorse on line di qualità contribuirà al giusto coinvolgimento e sensibilizzazione della società.

E' importante rilevare che la Regione Piemonte ha avviato un processo virtuoso a cascata di sviluppo della Medicina di Genere, ad oggi tutte le Aziende sanitarie hanno provveduto a nominare un proprio Referente aziendale per promuoverla a livello locale, attraverso un approccio interdisciplinare e la realizzazione di attività specifiche.

Numerose Aziende sanitarie piemontesi hanno ricevuto da Fondazione Onda ETS il riconoscimento "Bollino rosa" per l'offerta di servizi dedicati alla prevenzione, diagnosi e cura delle principali patologie, realizzando percorsi ottimizzati per il genere.

In particolare, alcune di loro hanno avviato progetti dedicati sul territorio; di seguito alcuni esempi.

ASL Cuneo2 - Progetto Consultorio Cronicità Genere-Specifico

La diffusione delle patologie croniche si mantiene stabile nel tempo fra gli uomini, mentre cresce leggermente fra le donne, sia in Italia che in Piemonte. Il 14% degli uomini e il 12,5% delle donne piemontesi ha almeno una patologia cronica grave.

L'attivazione dei "Consultori cronicità" agevola la presa in carico del paziente cronico, favorendone la gestione programmata in ambito extra-ospedaliero con un approccio genere-orientato, che tiene conto delle differenze di genere attraverso l'applicazione delle attuali evidenze sulle differenze di genere nella valutazione della situazione clinico-assistenziale, della stadiazione della/e patologia/e e nella rilevazione delle autonomie o eventuali bisogni relativamente alla prevenzione e gestione delle proprie condizioni di salute. Il target è costituito da pazienti cronici ≥ 65 anni inviati direttamente dal MMG, a cui aggiungere, in una seconda fase di attività, anche pazienti inviati tramite *fast-track* alla dimissione da Medicina Generale, Medicina d'Urgenza, DEA con diagnosi di patologia cronica.

ASL Vercelli - Progetto integrazione delle differenze di genere in alcuni Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA)

L'obiettivo è migliorare la precisione delle diagnosi e l'efficacia dei trattamenti, garantendo un'assistenza più equa e personalizzata. Attualmente, l'ASL Vercelli sta lavorando all'integrazione delle differenze di genere in alcuni PDTA, tra cui quelli relativi allo scompenso cardiaco, i cui dati di mortalità femminile tra le patologie del sistema cardiocircolatorio è più alta di quella maschile, alla broncopneumopatia cronica ostruttiva e all'osteoporosi.



Conclusioni

In conclusione, è possibile attribuire al Piemonte un primato nazionale per aver realizzato il primo piano regionale organico in Italia, volto a promuovere un approccio più equo e personalizzato nella cura, un'attenzione e sensibilità al tema della Medicina di genere da parte delle Aziende sanitarie e il coinvolgimento delle Istituzioni e dei professionisti sanitari, che confidiamo, potrà essere ulteriormente ampliato.

BIBLIOGRAFIA

1. Piano per l'applicazione e la diffusione della medicina di genere - https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2860_allegato.pdf
2. Legge 11 gennaio 2018, n. 3 <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2018/1/31/18G00019/sg>
3. Osservatorio dedicato alla medicina di genere presso l'ISS <https://www.iss.it/osmg-l-osservatorio>
4. Deliberazione della Giunta Regionale Piemonte n. 17-4075 del 12 novembre 2021 https://www.regione.piemonte.it/governo/bollettino/abbonati/2021/47/attach/dgr_04075_1050_12112021.pdf
5. Federazione nazionale Ordini dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione (FNO TSRM e PSTRP) <https://www.tsrp-pstrp.org/index.php/tsrmpstrp/>
6. SeGeA <https://www.tsrp-pstrp.org/index.php/progetto-segea-in-senato/>
7. Piano regionale per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere (2023-2025) https://www.regione.piemonte.it/governo/bollettino/abbonati/2023/31/attach/dgr_07270_1050_24072023.pdf
8. Biblioteca Virtuale della Salute – Piemonte <https://www.bvspiemonte.it>
9. Referenti Aziende sanitarie Piemonte - https://www.regione.piemonte.it/web/sites/default/files/media/documenti/2022-05/rete_referenti_mdg_per_sito.pdf
10. Fondazione Onda ETS <https://fondazioneonda.it/it/progetto/bollini-rosa-gli-ospedali-si-prendono-cura-delle-donne-si-vedono-lontano/>
11. Progetto Consultorio Cronicità Genere-Specifico – ASL Cuneo 2 <https://www.aslcn2.it/medicina-di-genere/progetti-aziendali/>
12. La salute in Piemonte nelle opinioni dei suoi abitanti https://www.epi.piemonte.it/pubblicazioni/relazioni/multiscopo_web.pdf
13. Progetto integrazione delle differenze di genere in alcuni Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA) – ASL Vercelli <https://aslvc.piemonte.it/asl-vercelli-aumenta-lattenzione-sulla-medicina-di-genere/>

DONNE ESCLUSE, RISCHI INCLUSI: UN VIAGGIO TRA STUDI CLINICI E REGOLAMENTI

Introduzione

Per decenni, la medicina ha adottato un approccio "neutro" che, in realtà, ha privilegiato il corpo maschile come standard di riferimento. Così le donne sono state sistematicamente escluse dagli studi clinici, soprattutto nelle fasi iniziali, con gravi conseguenze sulla sicurezza e l'efficacia dei farmaci a loro destinati.

Nel corso dell'esperienza maturata nel comparto degli affari regolatori in aziende farmaceutiche – attività che comporta la negoziazione con le autorità regolatorie e sanitarie in tutte le fasi di sviluppo di un nuovo farmaco – è emersa la consapevolezza che tale situazione non sia stata frutto di una scelta esplicita, bensì il risultato di una serie di decisioni storiche, culturali e regolatorie che hanno sistematicamente escluso le donne dagli studi clinici. Il risultato? Farmaci concepiti, testati e approvati su corpi maschili, poi somministrati anche alle donne, spesso senza conoscere davvero come queste avrebbero reagito.

Pertanto, con questo capitolo, si ritiene possa essere utile ai non “addetti ai lavori” comprendere i pregressi storici, così da poter proporre soluzioni per il futuro.

Un'esclusione storica: tra etica e semplificazione

Negli anni '60, il caso della talidomide – un farmaco anti-nausea somministrato a donne in gravidanza che causò oltre 12.000 casi di focomelia nei neonati – scosse profondamente la comunità scientifica.

Da quel momento, la FDA (Food and Drug Administration) adottò un approccio iperprotettivo: per evitare rischi ai feti, escluse le donne in età fertile dagli studi clinici, in particolare nelle fasi iniziali dello sviluppo clinico.

Ma fece di più, venne introdotto il concetto di Farmacovigilanza, che ad oggi tutela tutti i pazienti esposti a tutti i farmaci e grazie alla quale è possibile verificare gli effetti indesiderati di un farmaco una volta che viene immesso sul mercato e quindi valutare l'impatto di sicurezza anche sulle donne.

Questa scelta, sebbene motivata da precauzioni etiche, ha avuto conseguenze gravi. Per decenni, le donne sono state escluse da studi fondamentali per determinare la sicurezza, la dose e l'efficacia dei farmaci. Un esempio emblematico è il Physicians' Health Study, che ha coinvolto oltre 22.000 uomini e nessuna donna per valutare l'efficacia dell'aspirina nella prevenzione cardiovascolare. Esponendo le donne a maggiori effetti indesiderati.

In tema cardiovascolare, sono eclatanti i dati pubblicati dal Centro Cardiologico Monzino: *“in Italia, ogni cinque minuti una donna viene colpita da un infarto o da un'altra malattia cardiovascolare. Sono oltre 124.000 i decessi femminili ogni anno causati da queste patologie, che rappresentano la prima causa di morte tra le donne. Eppure, per molto tempo, il cuore delle donne è rimasto in secondo piano nella Ricerca e nella prevenzione medica.”*

Per anni si è pensato che l'infarto (e le malattie cardiovascolari) fossero prettamente patologie maschili. Penso che tutti siamo cresciuti guardando film dove l'attore protagonista, alla prima avvisaglia di dolore al braccio sinistro, si autodiagnosticava un infarto. Per l'intera popolazione e la cultura hollywoodiana, il dolore al braccio sinistro e peso sul petto indicavano infarto. Sapete qual è la verità? Che solo gli uomini manifestano questa sintomatologia.

Le donne, invece, presentano spesso sintomi diversi e atipici, che vanno dal dolore toracico e irradiato al braccio, alla mandibola, al collo e alla schiena ma anche malessere e stanchezza non giustificata, nausea/vomito, capogiri, sudorazione improvvisa. E sapete cosa è indecente? Che spesso questi sintomi aspecifici vengano etichettati come “stress” o stanchezza, rimandando a casa la paziente e facendo impennare il numero dei decessi nella popolazione femminile. Non a caso, come sopra riportato, le malattie cardiovascolari rappresentano – ad oggi – la prima causa di morte nelle donne.

Talidomide a malattie cardiovascolari sono – purtroppo - esempi da manuale, ma ce ne sono altri che hanno fatto la storia:

- Digossina: studi condotti su un campione composto all'80% da uomini hanno portato a raccomandazioni terapeutiche che si sono rivelate meno efficaci (e potenzialmente dannose) per le donne.
- Malattia di Lyme: sintomi diversi tra uomini e donne hanno portato a diagnosi tardive nelle donne, con peggioramento della prognosi. Solo successivamente si è capito che nelle donne, soprattutto dopo la menopausa, i sintomi cutanei classici non si manifestano. Altri studi hanno rivelato che la risposta immunitaria al batterio varia in base agli ormoni.

Sebbene questo sia solo un capitolo a scopo divulgativo, è bene sottolineare che tutto questo (e molto altro) è accaduto perché si sono ignorate le differenze biologiche.

Le differenze tra uomini e donne non si limitano al sistema riproduttivo. Fattori come:

- massa grassa maggiore
- diversa attività enzimatica epatica
- variazioni ormonali cicliche

influenzano l'assorbimento, la distribuzione e l'eliminazione dei farmaci. Ignorare queste variabili ha portato a sottostimare o sovrastimare dosaggi e rischi per le donne.

Verso una medicina di genere: progressi, limiti e ruolo delle agenzie regolatorie

Negli anni '90, la FDA (Food and Drug Administration) ha iniziato a richiedere l'inclusione delle donne negli studi clinici. Altrettanto EMA (Agenzia Europea per i Medicinali) ha adottato linee guida per promuovere l'equità di genere nella ricerca.

Tuttavia, le fasi precoci (fase I), dove si determinano dose e sicurezza iniziali, vedono ancora una scarsa rappresentanza femminile. Questo è un nodo critico, perché le decisioni prese in queste fasi influenzano tutto lo sviluppo successivo del farmaco.

La conoscenza attuale ha portato le principali agenzie regolatorie ad interrogarsi sul da farsi, al fine di rendere gli studi clinici più inclusivi e rappresentativi (non solo per genere ma anche per etnia), ad esempio:

- FDA: ha pubblicato linee guida per l'inclusione delle donne e l'analisi dei dati per sesso, ma non impone ancora obblighi stringenti nelle fasi iniziali.
- EMA: promuove la medicina di genere, ma la sua implementazione pratica è ancora disomogenea tra gli Stati membri.

Sebbene ci siano queste prime linee guida, come mai le donne sono ancora scarsamente rappresentate negli studi?

Da un punto di vista regolatorio, sebbene l'osservazione possa apparire cinica, le donne – per i motivi già evidenziati – costituiscono un gruppo molto eterogeneo e quindi più complesso da studiare. Le autorità regolatorie, durante le fasi di discussione e negoziazione per approvare uno studio clinico, tendono ad armonizzare e rendere omogeneo il campione per aumentare la probabilità di vedere – alla fine dello studio – un risultato clinico che sia stato indotto dal farmaco (quindi poter dire che il farmaco è efficace per quella

malattia) e che non si è verificato per una fortunata coincidenza. Pertanto, le donne sono considerate più “costose” da arruolare: la loro variabilità ormonale richiede campioni di studio più grandi (leggasi bisogna arruolare un numero più elevato di pazienti) e porta a condurre studi clinici più lunghi. Oltre che, per un fattore culturale, le donne fanno più fatica ad accettare di entrare negli studi clinici e questo viene chiaramente dimostrato anche dal recente Global Gender Gap Report: le donne non si curano e non hanno la stessa aspettativa di vita in salute degli uomini (l'Italia si classifica all'89esimo posto su 148) e questo perché le donne hanno sempre altre priorità. Ad esempio, secondo l'ISTAT, in Italia circa l'8% della popolazione svolge il ruolo di caregiver familiare. Il 75% sono donne, prevalentemente di età compresa tra i 45 e i 64 anni, fase della vita in cui potrebbero essere ancora attive professionalmente.

A conferma di uno stereotipo che vede le donne sempre ad occuparsi degli altri e mai di se stesse. In aggiunta, questo fenomeno rappresenta un pilastro della società: sempre secondo un'indagine Istat, il lavoro di cura non retribuito svolto dalle donne equivale a oltre 23 miliardi di ore all'anno, un valore economico stimato intorno ai 50 miliardi di euro. Ma quando poi sono le donne ad ammalarsi, il castello crolla. Ovviamente, queste giustificazioni economiche e culturali non possono più reggere di fronte ai rischi per la salute pubblica.

Ritornando alla medicina di genere e alla rappresentazione femminile, cosa si può fare per avere un merito?

Serve un cambio di passo: non basta “solo” includere le donne negli studi, bisogna analizzare i dati per sesso, pubblicare i risultati disaggregati e progettare studi che tengano conto delle differenze biologiche e sociali.

Serve un rafforzamento normativo che imponga:

- la rappresentanza proporzionale nei trial
 - l'analisi disaggregata dei dati
 - la trasparenza nei risultati degli studi
- Servono degli incentivi sia per gli sviluppatori di farmaci che per le donne.

Gli esempi che seguono rappresentano alcune possibili linee di intervento.

Per le aziende si potrebbero pensare ad incentivi regolatori come già avviene per lo sviluppo di farmaci per le malattie rare o per la popolazione pediatrica (da incentivi fiscali sulla ricerca clinica a *pathway* regolatori specifici e accelerati) ma anche a linee guida che possano semplificare i disegni degli studi clinici “inclusivi” e quindi abbattere le barriere relative sia alla eterogeneità (che potrebbe impattare negativamente sul risultato finale dello studio) che ai costi associati all'esecuzione dello studio clinico stesso.

Per le pazienti, pensare a percorsi all'interno dei centri clinici ad esempio organizzando visite che possano conciliarsi con gli impegni lavorativi e familiari e/o alla formazione della paziente per farla diventare “esperta” e per renderla partecipe dello studio e ridurre il drop-out degli studi.

In conclusione, l'esclusione delle donne dagli studi clinici non è solo una questione di equità, ma di sicurezza e salute pubblica.

Una medicina davvero personalizzata non può prescindere dal sesso e dal genere.

Il cambiamento è in atto, ma serve un impegno più deciso da parte delle istituzioni regolatorie e della comunità scientifica.

BIBLIOGRAFIA

1. Annabella Amatulli [How Political and Cultural Situations Are Impacting Pharma Industries | SpringerLink](#)
2. Global Gener Gap Report [WEF GGGR 2025.pdf](#)
3. <https://www.fondazioneveronesi.it/magazine/oncologia/quali-sono-i-diritti-dei-caregiver-in-italia>
4. Centro Cardiologico Monzino website <https://www.cardiologicomonzino.it/it/>
5. EMA website [European Medicines Agency \(EMA\)](#)
6. FDA website [U.S. Food and Drug Administration](#)
7. [Thalidomide - Wikipedia](#)
8. Focus.it – *Le tappe di una storia di sperimentazioni 'off-limit' per lei*
9. CORDIS – *L'esclusione dalla sperimentazione clinica danneggia la salute delle donne*

EQUITÀ E RESPONSABILITÀ: IL CAMMINO DELLA LEGGE 3/2018 SULLA MEDICINA DI GENERE

Un cambio di paradigma giuridico ed etico per la cura della persona

La **legge 3 del 2018** non rappresenta una mera riforma sanitaria, ma un'autentica rivoluzione giuridica e culturale che ridefinisce il concetto stesso di cura e di "persona" nel nostro Paese. Superando il modello di una "medicina a taglia unica", il legislatore ha introdotto un principio di civiltà: il **dovere** di riconoscere e valorizzare l'unicità di ogni persona, considerando le differenze biologiche (sesso) e socio-culturali (genere) come determinanti fondamentali per la salute intesa come "*condizione dinamica di benessere fisico, mentale, spirituale, sociale e ambientale, non mera assenza di malattia*" (art. 14 Costituzione etica).

Il cuore pulsante di questa trasformazione è l'**articolo 3 della legge Lorenzin**, un disposto normativo che va letto non solo come un elenco di adempimenti, ma come una dichiarazione di intenti profondamente empatica.

Il dovere di agire: l'impianto giuridico

L'articolo 3 non si limita a un'affermazione di principio, ma stabilisce un **obbligo giuridico preciso** in capo al Ministro della salute: predisporre un "Piano per l'applicazione e la diffusione della medicina di genere". Questo non è un atto facoltativo, ma un mandato imperativo che vincola le istituzioni a tradurre la legge in azioni concrete.

I principi direttivi elencati nel comma 2 fungono da guida vincolante per l'azione amministrativa, delineando i pilastri di questo nuovo approccio:

1. **Approccio interdisciplinare (lett. a):** Giuridicamente, impone di abbattere i silos tra le discipline mediche e le scienze umane. Empaticamente, significa **mettere al centro la persona nella sua interezza**, comprendendo che la salute non è solo biologia, ma anche vissuto, contesto sociale e psicologia difatti la persona è una "totalità unificata, il centro in cui si armonizzano le dimensioni biologiche e spirituali, etiche e bioetiche, culturali e relazionali, progettuali e ambientali dell'essere umano nel percorso della vita" (art. 1 Costituzione etica).
2. **Sostegno alla ricerca (lett. b):** È il fondamento giuridico per colmare un debito storico di conoscenza. Per decenni, la ricerca si è basata su un modello maschile, lasciando inesplorate vaste aree della salute femminile (e viceversa). Questo principio è una promessa di **maggiore sicurezza e appropriatezza delle cure** per le generazioni future.
3. **Formazione dei professionisti (lett. c-d) e Piano formativo nazionale (comma 4):** La legge istituisce un vero e proprio **diritto-dovere all'aggiornamento** per tutto il personale sanitario. Per il paziente, questo si traduce in fiducia: la certezza di essere assistito da professionisti dotati degli strumenti più evoluti per comprendere e trattare le sue specifiche necessità.
4. **Informazione ai cittadini (lett. d):** Riconosce il diritto del cittadino a essere un **soggetto attivo e consapevole** del proprio percorso di salute. Promuovere l'informazione significa dare alle persone il potere di comprendere il proprio corpo e di dialogare alla pari con il sistema sanitario.

Dalla norma all'azione: i meccanismi della cura e dell'ascolto

La legge non si ferma alla teoria, ma costruisce una solida architettura per la sua attuazione. L'istituzione dell'**Osservatorio sulla medicina di genere** (comma 5) non è un dettaglio burocratico, ma un presidio di garanzia e responsabilità. È l'organo che assicura il monitoraggio costante, la trasparenza verso il Parlamento e, in ultima analisi, verso i cittadini.

La sua attività, come dimostra l'incontro del 21 novembre 2022 con le società scientifiche, manifesta la volontà di creare una **rete virtuosa di collaborazione**. Questo dialogo non è fine a se stesso, ma ha lo scopo concreto di aggiornare le linee guida, ovvero gli strumenti che orientano ogni giorno le decisioni cliniche al letto della persona assistita.

L'impianto normativo della legge 3/2018 va, dunque, interpretato come un patto di fiducia tra lo Stato e il cittadino. Da un lato, stabilisce obblighi, procedure e responsabilità precise; dall'altro, manifesta l'impegno a prendersi cura di ogni persona in modo più giusto, equo e personalizzato, assicurando che nessuno venga più lasciato indietro a causa della sua identità di genere.

Punti di forza nell'attuazione

I dati raccolti dall'Osservatorio, e confermati dalla Relazione al Parlamento del 2023, evidenziano diversi punti di forza nell'attuazione della legge 3/2018. L'impegno nella sensibilizzazione e formazione degli operatori sanitari è tangibile. Il gruppo di lavoro "Formazione" ha rilevato che, a circa cinque anni dalla prima indagine, il 76% dei corsi di laurea magistrale in medicina e chirurgia ha integrato e implementato attività didattiche relative alla medicina di genere. Un dato significativo è che il 35% di questi corsi ha più di sei insegnamenti specifici, con alcuni che superano i dieci. Anche per le professioni sanitarie, sebbene con adesioni disomogenee, si registra un progressivo sviluppo nell'insegnamento della medicina di genere. Inoltre, l'analisi dei corsi di formazione continua (ECM) per il periodo 2017-2022 ha mostrato un'offerta di 188 corsi su varie tematiche di medicina di genere, indicando una crescente attenzione alla formazione post-universitaria.

Un altro aspetto positivo è la promozione di campagne informative per i cittadini e la produzione di documenti chiave. Il gruppo "Comunicazione e Informazione" ha elaborato un glossario di medicina di genere, fondamentale per un linguaggio condiviso e accessibile, e ha definito linee di indirizzo per una corretta comunicazione, includendo la creazione di un LOGO per una riconoscibilità globale. Sono state inoltre sviluppate linee guida specifiche per la comunicazione con pazienti LGBT+ e persone migranti, promuovendo un approccio di equità e inclusione. Questo dimostra un'attenzione non solo scientifica ma anche sociale e culturale alle diverse esigenze della popolazione.

La legge ha anche avuto un impatto diretto sull'integrazione delle differenze di genere nei percorsi clinici e nella ricerca. L'Osservatorio ha promosso l'inserimento del fattore sesso-genere nel Sistema Nazionale delle Linee Guida (SNLG), richiedendo che le nuove linee tengano conto delle differenze di sesso e genere nella diagnosi, cura e prognosi. Il gruppo "Percorsi Clinici" ha predisposto lavori su patologie come le sindromi coronariche acute e lo scompenso cardiaco, evidenziando la necessità di linee guida e PDTA dedicati. La legge ha, inoltre, ottenuto l'inclusione di temi di genere nei bandi di ricerca AIFA. Un passo avanti decisivo è rappresentato dal Decreto del 30 novembre 2023, che ha stanziato un fondo da 1 milione di euro, ripartito tra le Regioni, per finanziare concretamente progetti di formazione, ricerca e comunicazione, segnando il passaggio dalla fase di pianificazione a quella di investimento mirato.

Aree di miglioramento e sfide future

Nonostante i progressi, il percorso di piena attuazione presenta ancora criticità. La sfida maggiore, **ampiamente documentata anche dalla relazione del 2023**, resta la **marcata disomogeneità a livello regionale**. La raccolta di dati omogenei, l'adozione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) specifici e l'organizzazione di una rete di centri di riferimento non procedono alla stessa velocità su tutto il territorio nazionale.

La mappatura delle strutture di ricerca è ancora in fieri e la completezza delle survey sulla formazione è limitata da un'adesione non uniforme. Sarà cruciale migliorare il coordinamento tra Stato e Regioni per garantire una raccolta dati robusta e un monitoraggio efficace, indispensabili per orientare le politiche sanitarie future.

Infine, la sfida culturale rimane centrale: la medicina di genere deve diventare prassi clinica quotidiana e non rimanere un argomento confinato a contesti accademici. Ciò richiede uno sforzo continuo nella formazione continua (ECM) e una collaborazione più stretta con gli Ordini professionali.

Profili giuridici di etica, deontologia e responsabilità professionale nella differenza di genere

L'introduzione della medicina di genere non è solo un avanzamento scientifico, ma una vera e propria rivoluzione etica e giuridica che ridefinisce i contorni della responsabilità professionale per tutti gli operatori sanitari. La legge 3/2018, infatti, eleva la considerazione delle differenze di sesso e genere a standard di buona pratica clinica.

Sul piano **etico**, questo approccio risponde al principio fondamentale di equità e giustizia nell'accesso e nella qualità delle cure. Ignorare le differenze di genere significa negare a una parte della popolazione le terapie più appropriate, basandosi su modelli diagnostici e terapeutici storicamente incentrati sulla biologia maschile. Ciò comporta il rischio concreto di diagnosi tardive o errate, trattamenti inefficaci o dannosi e un'allocazione non ottimale delle risorse.

Dal punto di vista **deontologico**, i doveri di diligenza, prudenza e perizia, prescritti da tutti i codici professionali, si evolvono con il progresso scientifico. Oggi, la conoscenza e l'applicazione della medicina di genere rientrano a pieno titolo in questi principi. Un operatore sanitario che non considera le evidenze scientifiche consolidate sulla rilevanza del genere, quando disponibili, compie una violazione deontologica, poiché l'aggiornamento costante e la personalizzazione della cura sono obblighi professionali ineludibili.

Questo imperativo etico e deontologico trova oggi un potentissimo alleato nel **quadro giuridico**, grazie alla sinergia tra la legge 3/2018 e la precedente legge n. 24 del 2017 (legge Gelli-Bianco). Quest'ultima ha rivoluzionato la responsabilità sanitaria, ancorando la valutazione della condotta del professionista al rispetto delle linee guida accreditate. Se la legge Gelli-Bianco ha stabilito il "contenitore" (le linee guida come riferimento), la legge 3/2018 ne ha definito un "contenuto" imprescindibile: la prospettiva di genere. Di conseguenza, una linea guida che ignora le differenze di sesso e genere non può più essere considerata completa o adeguata. Applicare una cura "gender-blind" basata su protocolli obsoleti non è più solo un'imprecisione scientifica, ma un chiaro scostamento da quello standard di buona pratica che la legge Gelli-Bianco pone a fondamento della non punibilità.

Questa sinergia legislativa ridefinisce la **colpa professionale** in modo più stringente:

- **Imperizia:** Non è più solo la mancanza di abilità pratica, ma diventa la mancata conoscenza o applicazione delle evidenze scientifiche consolidate sulla medicina di genere. L'ignoranza in questo campo non è più scusabile.
- **Negligenza:** Si configura nel non ricercare o considerare dati e sintomi sesso-specifici che la letteratura e le nuove linee guida indicano come fondamentali (es. sintomi atipici dell'infarto nella donna).
- **Imprudenza:** Consiste nell'applicare protocolli terapeutici o dosaggi farmacologici standardizzati senza considerare le note differenze metaboliche e di risposta tra uomini e donne, quando tali informazioni sono disponibili.

In conclusione, l'intreccio tra la legge 24/ 2017 (Gelli-Bianco) e la legge 3/2018 (Lorenzin) rafforza enormemente l'impianto della responsabilità sanitaria. La medicina di genere cessa di essere un'opzione per diventare un dovere giuridico, etico e deontologico. Per ogni professionista della salute, integrare le differenze di genere non è più solo un'opportunità di progresso, ma un fondamento ineludibile della propria responsabilità e un baluardo per la sicurezza delle cure di ogni persona.

BIBLIOGRAFIA

Fonti Normative Principali

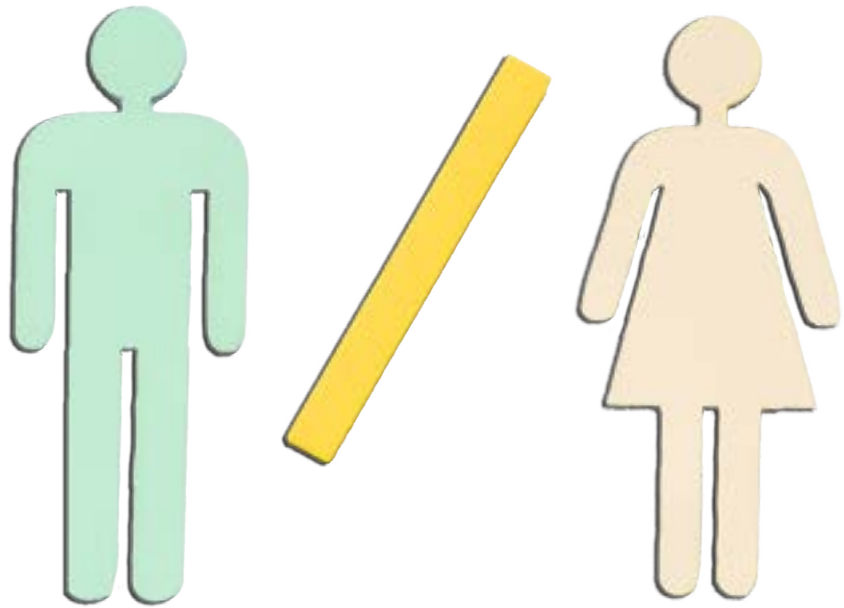
1. Legge 11 gennaio 2018, n. 3 - "Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute".
2. Legge 8 marzo 2017, n. 24 - "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie".

Documenti Istituzionali e Attuativi

1. Ministero della Salute, Decreto 13 giugno 2019 - "Adozione del «Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere»".
2. Costituzione etica della Fno Tsrn e Pstrp - <https://www.tsrn-pstrp.org/wp-content/uploads/2021/11/Costituzione-etica-FNO-TSRM-e-PSTRP-def.pdf>
3. Ministero della Salute, Decreto 30 novembre 2023 - "Riparto tra le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano delle risorse vincolate per la promozione e il sostegno della medicina di genere".
4. Ministero della Salute - "Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sullo stato di conoscenza e di applicazione della medicina di genere sul territorio nazionale - Anno 2023".
5. Istituto Superiore di Sanità (ISS) - Report e verbali delle attività dell'Osservatorio dedicato alla Medicina di Genere.

PARTE II

Approccio metodologico nella pratica clinica



ROSSANA BERARDI

Prof. Ordinario Oncologia Università Politecnica delle Marche

Direttrice Clinica Oncologica AOU delle Marche

Presidente Women for Oncology Italy – Presidente One Health Foundation

BEST PRACTICE E RAPPORTO SUI DATI DI GENERE IN ONCOLOGIA

Introduzione

Negli ultimi decenni la comprensione delle neoplasie ha compiuto notevoli progressi. Tra i cambiamenti più significativi vi è la crescente attenzione alle differenze di genere: i tumori, infatti, non colpiscono uomini e donne nello stesso modo, ma risentono di variabili biologiche, ormonali, genetiche e ambientali che ne influenzano incidenza, progressione e risposta ai trattamenti ⁽¹⁾. A queste si aggiungono variabili sociali e culturali, che influiscono sull'accesso alla diagnosi precoce, sull'aderenza ai trattamenti e sulla qualità di vita ⁽²⁾.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce “medicina genere-specifica” lo studio dell'influenza esercitata dal sesso (fattori biologici) e dal genere (fattori sociali, culturali ed economici) sullo stato di salute e di malattia di ciascuna persona. In questo contesto si colloca l'**oncologia di genere**, un approccio innovativo che analizza le differenze tra uomini e donne nella fisiopatologia, nell'epidemiologia e nelle manifestazioni cliniche, con implicazioni dirette sulla prevenzione, sulla diagnosi, sulla risposta ai trattamenti e, più in generale, sull'appropriatezza, la sicurezza e l'equità di accesso alle cure. Questo paradigma coinvolge tutti i professionisti impegnati nei percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali.

Le differenze legate a sesso e genere si affiancano ad altre dimensioni rilevanti, come orientamento sessuale e identità di genere, che concorrono a definire il profilo complessivo della persona. Ne deriva la necessità di una visione **globale e olistica della salute**, capace di integrare non solo le caratteristiche biologiche e fisiologiche, ma anche i fattori personali, sociali e culturali che incidono sulla prognosi e sulla risposta alle cure.

Parallelamente, occorre promuovere formazione e ricerca dedicate, e organizzare i servizi sanitari secondo protocolli che tengano conto delle differenze di genere. Anche i comportamenti quotidiani dei professionisti devono favorire un accesso equo alle informazioni e ai servizi, riducendo il rischio di diseguaglianze derivanti dal cosiddetto *gender bias*, ossia il pregiudizio che trascura il ruolo del sesso e del genere nella pratica clinica.

In questa direzione si muove anche la comunità scientifica nazionale: recentemente, l'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM) ha pubblicato le prime raccomandazioni sull'oncologia di genere ^{(2) (3) (4)}, con l'obiettivo di sensibilizzare operatori sanitari e istituzioni su un tema di crescente rilevanza e di fornire strumenti utili per una presa in carico più consapevole e completa dei pazienti oncologici.

Parlare di **best practice** significa dunque considerare i dati di genere non come una curiosità statistica, ma come un elemento essenziale della presa in carico del paziente oncologico.

Oncologia di genere: differenze di incidenza e outcome

Le evidenze scientifiche dimostrano che alcuni tumori presentano una prevalenza significativamente diversa tra i sessi: il carcinoma polmonare, ad esempio, ha mostrato un aumento di incidenza tra le donne anche non fumatrici, con presenza di mutazioni driver specifiche più frequenti nel sesso femminile ⁽⁵⁾; i tumori colorettali insorgono mediamente più tardivamente nelle donne, perché più spesso con localizzazioni più prossimali e quindi con maggior rischio di diagnosi tardiva ⁽⁶⁾; i melanomi, invece, hanno una prognosi migliore nelle donne, forse grazie a un diverso assetto immunitario ⁽⁷⁾.

Le differenze di outcome non sono solo biologiche: gli uomini tendono a interrompere più facilmente i programmi di screening ⁽⁸⁾, mentre le donne riportano più frequentemente effetti collaterali ai trattamenti, che impattano sull'aderenza terapeutica ⁽⁹⁾. Questi dati, se non letti e interpretati con una prospettiva di genere, rischiano di rimanere invisibili e di perpetuare disuguaglianze.

Una delle criticità più rilevanti è la scarsità di dati clinici disaggregati per sesso nei trial oncologici. La medicina è stata infatti storicamente androcentrica, anche a tutela delle sue capacità riproduttive, per cui storicamente, le donne sono state sotto-rappresentate negli studi clinici, e solo di recente le agenzie regolatorie hanno spinto per una raccolta sistematica dei dati di genere ⁽⁸⁾. Senza questa stratificazione, però, diventa impossibile costruire linee guida realmente inclusive.

La disponibilità di dati separati per uomini e donne permette di:

- individuare spettri diversi di tossicità, risposta e sopravvivenza;
- personalizzare i protocolli terapeutici;
- sviluppare programmi di prevenzione più mirati.

Un approccio *evidence-based* alla medicina di genere richiede dunque **database nazionali e internazionali che integrino il fattore sesso/genere come variabile obbligatoria** ⁽¹⁰⁾.

Best practice in oncologica

Tra le pratiche virtuose, che sarebbe utile considerare, si possono citare:

- **Screening mirati e adattati per genere ed età:** potenziare programmi di screening per tumore polmonare nelle donne non fumatrici ⁽¹¹⁾ o per carcinoma colorettale nelle fasce d'età più a rischio.
- **Gestione personalizzata della tossicità:** riconoscere che le donne presentano tossicità alle terapie oncologiche, inclusi i farmaci biologici e l'immunoterapia, in maniera diversa rispetto agli uomini ⁽¹²⁾.
- **Comunicazione in ottica di genere:** le donne tendono a verbalizzare più facilmente i sintomi e gli effetti collaterali, mentre gli uomini faticano a esprimere fragilità ⁽¹³⁾. Riconoscere i diversi linguaggi comunicativi aiuta a non sottovalutare problemi clinici.
- **Team multidisciplinari inclusivi:** integrare nel percorso oncologico figure di supporto psico-oncologico e nutrizionale con attenzione alle specifiche esigenze di genere ⁽¹⁴⁾.

Dati di genere e policy sanitaria

Le istituzioni sanitarie stanno gradualmente recependo la necessità di una medicina oncologica più equa. In Italia, la legge 3/2018 ha introdotto la medicina di genere come approccio trasversale in tutte le aree della salute ⁽¹⁵⁾. Tuttavia, l'attuazione pratica è ancora eterogenea. Appare indispensabile potersi dotare di linee guida nazionali che impongano la raccolta e la pubblicazione dei dati di genere nei registri tumori, nei database clinici e nei report delle società scientifiche.

A livello internazionale, l'Organizzazione Mondiale della Sanità e l'Unione Europea hanno richiamato più volte la necessità di ridurre i gap di genere nella ricerca e nell'accesso alle cure oncologiche ⁽¹⁶⁾. La sfida è trasformare queste raccomandazioni in indicatori concreti di qualità e in **obiettivi misurabili** per le strutture sanitarie.

Conclusioni

Affrontare il cancro con un approccio di genere non è un esercizio teorico, ma una **best practice clinica ed etica**. Significa riconoscere che uomini e donne non sono “pazienti generici o standardizzati”, bensì persone con caratteristiche biologiche, sociali e culturali che influenzano in modo concreto l'andamento della malattia.

Raccogliere e interpretare i dati di genere, elaborare linee guida inclusive, comunicare in modo adeguato con linguaggi sensibili alle differenze: tutto questo non solo migliora la qualità delle cure, ma contribuisce a una medicina più equa e realmente personalizzata. In oncologia, dove il tempo e la qualità di vita hanno un peso decisivo, integrare la prospettiva di genere rappresenta non una scelta opzionale, ma una responsabilità imprescindibile.

BIBLIOGRAFIA

1. Clocchiatti A, Cora E, Zhang Y, Dotto GP. Sexual dimorphism in cancer. *Nat Rev Cancer*. 2016;16(5):330–339.
2. https://www.aiom.it/wp-content/uploads/2023/10/2023_Racc_AIOM_Genere.pdf
3. Berardi R et al. Gender oncology: recommendations and consensus of the Italian Association of Medical Oncology (AIOM). *ESMO Open* 2024;9(2):102243
4. Leone AG et al. Position paper of the Italian Association of Medical Oncology on health disparities among transgender and gender diverse people: the Assisi recommendations. *EClinicalMedicine*; 2023;65:102277
5. Herbst RS, Morgensztern D, Boshoff C. The biology and management of non-small cell lung cancer. *Nature*. 2018;553(7689):446–454.
6. Arnold M, Sierra MS, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F. Global patterns and trends in colorectal cancer incidence and mortality. *Gut*. 2017;66(4):683–691.
7. Joosse A, Collette S, Suci S, et al. Sex is an independent prognostic indicator for survival and relapse/progression-free survival in metastatic melanoma. *Br J Cancer*. 2013;109(3): 594–601.
8. Wools A, Dapper EA, de Leeuw JRJ. Colorectal cancer screening participation: a systematic review. *Eur J Public Health*. 2016;26(1):158–168.
9. Mauvais-Jarvis F. Sex differences in metabolic homeostasis, diabetes, and obesity. *Biol Sex Differ*. 2015;6:14.
10. Clayton JA, Tannenbaum C. Reporting sex, gender, or both in clinical research? *JAMA*. 2016;316(18):1863–1864.
11. de Koning HJ, van der Aalst CM, de Jong PA, et al. Reduced lung-cancer mortality with volume CT screening in a randomized trial. *N Engl J Med*. 2020;382(6):503–513.
12. Joseph M. Unger, PhD., Riha Vaidya, PhD., Kathy S. Albain, MD., Michael LeBlanc, PhD., Lori M. Minasian, MD., Carolyn C. Gotay, PhD., N. Lynn Henry, MD, PhD., Michael J. Fisch, MD., Shing M. Lee, PhD., Charles D. Blanke, MD. and Dawn L. Hershman, MD, MS. Sex Differences in Risk of Severe Adverse Events in Patients Receiving Immunotherapy, Targeted Therapy, or Chemotherapy in Cancer Clinical Trials. *Journal of Clinical Oncology* 2022; 40(13):1474-1486.
13. Galdas PM, Cheater F, Marshall P. Men and health help-seeking behaviour: literature review. *J Adv Nurs*. 2005;49(6):616–623.
14. Fitch M, Porter HB, Page BD. Supportive care framework: a foundation for person-centred care. *Pembroke: Canadian Association of Psychosocial Oncology*; 2008.
15. Ministero della Salute. Applicazione e diffusione della medicina di genere nel SSN. Legge 3/2018. Roma, Italia.
16. European Commission. EU4Health programme 2021–2027 – a vision for a healthier European Union. Brussels: European Union; 2021.

PATOLOGIE TIROIDEE E MEDICINA DI GENERE: CAPIRE PER CURARE MEGLIO

Introduzione

Le competenze mediche nella diagnosi e trattamento delle malattie di ambito internistico sono oggi molto ampie e si avvalgono di strumenti diagnostici innovativi che ne hanno consentito significativi miglioramenti. Queste, tuttavia, non possono prescindere dalla **conoscenza delle differenze tra uomini e donne nella sintomatologia, età di insorgenza, presentazione clinica della malattia e risposta alla terapia**. A ciò si aggiunge la comprensione delle differenze di genere nell'accesso ai servizi sanitari e nella sensibilità ai cambiamenti del proprio corpo, elementi fondamentali per interpretare correttamente i dati epidemiologici e garantire diagnosi accurate e trattamenti personalizzati.

Tra le diverse specialità mediche, l'endocrinologia è probabilmente quella in cui la medicina di genere assume un ruolo centrale. Questo perché le differenze ormonali tra uomini e donne influenzano in modo significativo la valutazione clinica, la diagnosi e la terapia, determinando anche marcate differenze fenotipiche. Un esempio evidente è l'irsutismo nelle donne, legato a una disregolazione ormonale: già agli inizi del XIX secolo, W. Cooke descrisse il caso di una giovane donna con un tumore pararenale che provocava modificazioni tali da farle crescere una peluria simile a quella maschile ⁽¹⁾. Nell'ambito endocrinologico, uno degli aspetti in cui la medicina di genere riveste un ruolo importante riguarda la **ghiandola tiroidea**.

Malattie tiroidee da alterazione funzionale

I disturbi della ghiandola tiroidea sono presenti nelle donne 5-8 volte più che negli uomini ⁽²⁾.

Questo dato comprende le alterazioni della funzione tiroidea, palesi o subcliniche, i noduli tiroidei e le patologie autoimmuni della tiroide. Il carcinoma della tiroide è più frequente nelle donne, ma si presenta con una aggressività maggiore negli uomini. Nell'ambito delle **alterazioni funzionali**, è nota una maggiore predisposizione delle donne ad ammalarsi di patologie autoimmuni ed in particolare di patologie autoimmuni della tiroide.

Le tiroiditi, cioè processi infiammatori che possono colpire il tessuto tiroideo, costituiscono quadri variabili, per durata ed entità, di disfunzione tiroidea. Le tiroiditi sono spesso causate o accompagnate dalla presenza di anticorpi diretti contro la ghiandola tiroide. Anticorpi prodotti erroneamente dall'organismo e diretti contro la tiroide possono infatti danneggiare il tessuto tiroideo e possono interferire sulla produzione ormonale causando un quadro di ridotta sintesi degli ormoni tiroidei (ipotiroidismo).

La **tiroidite di Hashimoto** è una **malattia autoimmune** in cui il sistema immunitario attacca la ghiandola tiroidea, causando un'infiammazione cronica che può portare ad una ridotta produzione di ormoni tiroidei. Questa condizione è una delle cause più comuni di **ipotiroidismo** e colpisce prevalentemente le donne. Mentre fino a 50 anni il 10% delle donne può presentare ipotiroidismo in forma lieve o subclinica, dopo i 60 anni la prevalenza sale al 17%, contro il 9% osservato negli uomini. I sintomi includono astenia, intolleranza al freddo, pelle secca, caduta dei capelli, depressione, alterazioni del ciclo mestruale ed aumento di peso.

L'ipotiroidismo derivante da tiroidite di Hashimoto può influenzare il **metabolismo** e la **funzione digestiva** ed essere associato a rallentamento della motilità intestinale, causando **stitichezza** e **accumulo di gas**, che si manifestano con **gonfiore addominale**. La ridotta produzione di **ormoni tiroidei** rallenta il metabolismo basale, portando a un **aumento di peso** nonostante una dieta invariata. La diagnosi corretta limita il disagio della paziente e può essere gestita con una terapia ormonale adeguata e modifiche dello stile di vita, a seconda della severità del quadro.

Anche l'**ipertiroidismo**, cioè una funzione eccessiva della tiroide, riconosce spesso una causa autoimmune. In questo caso l'organismo stesso produce un anticorpo contro una parte delle cellule tiroidee e tale anticorpo accende in modo permanente e inappropriato la funzione della ghiandola. Questa condizione è nota come **malattia di Graves Basedow** ed è una malattia autoimmune che comporta un'iperattività della tiroide con la produzione eccessiva di ormoni tiroidei (ipertiroidismo). La malattia di Graves è più comune nelle donne di età superiore ai 20 anni; sono infatti le donne intorno ai 20-40 anni a presentare più frequentemente tale patologia. Ma il disturbo può verificarsi a qualsiasi età e può colpire anche gli uomini. I sintomi comprendono tachicardia, palpitazioni, **nervosismo**, **tremori**, **stanchezza**, **dimagrimento**, **insonnia**, **aumento della motilità intestinale**. Fanno parte del quadro clinico l'**oftalmopatia** di Graves (occhi sporgenti con difficoltà a chiudere le palpebre, visione doppia, ipersensibilità alla luce, eccesso di lacrimazione) e la **dermopatia** (pelle spessa e scolorita soprattutto sugli stinchi o sulla parte superiore dei piedi).

Tiroide e gravidanza

In generale la patologia tiroidea autoimmune si può manifestare con ipotiroidismo, ipertiroidismo o anche semplicemente con modificazione del volume della tiroide. Particolarmente critico è, comunque, il periodo immediatamente vicino alle gravidanze poiché il 5-8% delle tireopatie si sviluppano entro 6 mesi dalla fine della gravidanza.

La predisposizione del sesso femminile per le patologie tiroidee è talmente importante che diversi autori sottolineano l'importanza degli esami tiroidei come test periodico in alcune tipologie di pazienti quali gli ipercolesterolemici e le donne con età >35 anni ⁽³⁾⁽⁴⁾. È noto che alterazioni lievi della funzione tiroidea possono essere ignorate dalla paziente o confuse clinicamente con altre condizioni per via di sintomi sfumati. Tuttavia, alterazioni anche minime della funzione tiroidea causate dagli anticorpi possono indurre disturbi del ciclo femminile, della fertilità, con abortività anche ripetuta, e incidere sullo sviluppo del feto, che nelle primissime fasi è largamente dipendente dalla tiroide della madre ⁽⁵⁾.

Patologia nodulare e carcinoma della tiroide

La tiroide può essere soggetta alla formazione di **noduli singoli o multipli** nell'ambito della ghiandola. La maggior parte dei noduli sono di natura benigna e devono essere distinti dalla forma maligna, il carcinoma tiroideo. La prevalenza di noduli palpabili, cioè individuabili con l'esplorazione manuale del collo, nella popolazione generale è intorno al 5% ed **aumenta con** l'avanzare dell'**età** e nel **sesso femminile** (prevalenza F/M = 3-4/1).

Di gran lunga superiore è la prevalenza dei noduli tiroidei non palpabili, che vengono diagnosticati nel corso di esami strumentali del collo. Infatti tali noduli tiroidei si evidenziano fino al 35% circa della popolazione generale, con punte del 60% circa nelle aree di endemia gozzigena. In Italia le persone che soffrono di patologie della tiroide sono più di 6 milioni ⁽⁶⁾.

I noduli maligni della ghiandola tiroide rappresentano una piccola percentuale dei noduli riscontrati nei pazienti (5-10%), tuttavia la diagnosi di carcinoma tiroideo è in netto aumento negli anni. In Italia, con poco meno di **12mila nuove diagnosi (circa 3mila tra gli uomini e oltre 8mila tra le donne) questo tipo di tumore è cresciuto in misura considerevole**, collocandosi al quinto posto dopo quello alla mammella, al colon-retto, al polmone e all'endometrio ⁽⁷⁾. Il carcinoma tiroideo rappresenta oggi l'unico tumore, non originato da organo riproduttivo, che mostra una netta prevalenza nel genere femminile. Dal 1992 al 2018 la sua incidenza ha riscontrato un aumento del 200% con una incidenza nelle donne 3-4 volte superiore rispetto agli uomini. Parte di questo incremento generale di diagnosi va tuttavia attribuito ad una più intensa sorveglianza strumentale (ecografia) della ghiandola tiroidea specialmente nella popolazione femminile in età riproduttiva.

Il panorama italiano: dati dell'Osservatorio ITCO

In Italia, i dati relativi al carcinoma tiroideo sono accuratamente rappresentati dal database prospettico dell'Italian Thyroid Cancer Observatory (ITCO), che dal 2013 raccoglie in modo prospettico e multicentrico i dati clinici di pazienti con carcinoma della tiroide. I Centri italiani che afferiscono alla rete ITCO inseriscono i dati dei pazienti dal momento della diagnosi iniziale di tumore della tiroide e curano poi nel tempo l'inserimento di tutte le informazioni che derivano dalle successive evidenze cliniche e terapeutiche. Il database ITCO costituisce uno strumento ideale che ci permette di effettuare analisi di interazione tra sesso, epidemiologia, istologia del tumore, presentazione clinica e prognosi del carcinoma tiroideo.

Grazie al database ITCO, i cui dati sono stati recentemente raccolti e pubblicati nel Thyroid Cancer Monitoring, **1° Italian Thyroid Carcinoma Observatory Report 2025** ⁽⁸⁾, sappiamo che la disparità tra uomo e donna si manifesta in modo specifico in funzione del tipo istologico di carcinoma tiroideo. Infatti, mentre l'incidenza delle forme più aggressive, il carcinoma anaplastico e quello midollare, è simile nei due sessi, le forme di carcinoma differenziato (papillare e follicolare) mostrano una netta predominanza nel genere femminile. Inoltre, nonostante le donne sviluppino un maggior numero di tumori, i maschi tendono ad avere forme di tumori più avanzati al momento della diagnosi e con maggior tasso di recidiva.

Queste differenze legate al sesso del paziente non sono ancora completamente comprese, ma è importante notare che **le differenze epidemiologiche tra uomo e donna sono più marcate dall'infanzia fino all'età adulta, mentre tendono a ridursi nell'età avanzata.** Tale osservazione si conferma nella coorte di pazienti inclusa nel database ITCO. Tale popolazione è stata oggetto di analisi statistiche mirate alla stratificazione del rischio di recidiva del tumore secondo la classificazione dell'American Thyroid Association ⁽⁹⁾, utilizzata in tutto il mondo per questa finalità. L'analisi ha confermato che le donne tendono a rientrare nelle classi di rischio più basse, e che il fattore "dimensioni del tumore" sia rilevante e peggiorativo nel sesso maschile. Tuttavia, ripetendo tali analisi nella sola popolazione sopra ai 55 anni, le differenze nella stratificazione del rischio prognostico tra uomo e donna perdono di significatività. Questa osservazione si presta a molte letture. È stato ipotizzato un ruolo degli ormoni sessuali che in età fertile rende le donne più soggette al carcinoma tiroideo, ma non vi sono ad oggi solide evidenze scientifiche.

Un ruolo importante potrebbe averlo la differenza tra uomo e donna nella risposta immunitaria e nell'immunosorveglianza dell'ospite verso i tumori. Sicuramente altri fattori importanti sono quelli sociali, ambientali, abitudine al fumo, grado di adiposità, apporto iodico, attenzione al proprio stato di salute, adesione ai programmi di screening che complessivamente possono influenzare la frequenza della diagnosi di carcinoma tiroideo e il diverso decorso della malattia.

Conclusioni

In sintesi, **i dati ITCO confermano che il tumore tiroideo ha una frequenza maggiore nella popolazione femminile e mostra un migliore indice prognostico in età riproduttiva, mentre in tale fascia di età i tumori tiroidei negli uomini, pur essendo meno diagnosticati, mostrano aggressività maggiore. Sopra ai 55 anni la maggiore incidenza nel sesso femminile permane ma le differenze di tipo prognostico tendono a livellarsi.** Inoltre, nelle donne l'istotipo papillare differenziato del carcinoma tiroideo si conferma quello prevalente. Studi futuri dovranno valutare fattori biologici, inclusi quelli ormonali ed immunitari, integrati con istologia e stadiazione del tumore, aspetti antropometrici, stili di vita, indice di massa corporea, fattori ambientali, sensibilità e consapevolezza della propria salute per arrivare a comprendere più profondamente le disparità di genere osservate nella prevalenza clinica e nella prognosi del carcinoma tiroideo.

BIBLIOGRAFIA

1. Entre el hirsutismo y el síndrome del ovario poliquístico: análisis desde una perspectiva histórica. F. ESCOBAR-JIMÉNEZ, M.M. CAMPOS Y M.L. DÍAZ Servicio de Endocrinología. Hospital Clínico Universitario. Facultad de Medicina de Granada. Granada. España. *Endocrinol Nutr.* 2006;53(Supl 1):3-6
2. Lenzi A, Migliaccio S, Vitti P. Position Paper Società Italiana di Endocrinologia e medicina di genere. *Ital J Gender-Specific Med* 2019;5(1):41-42. doi 10.1723/3148.31300
3. Willard DL, Leung AM, Pearce EN. Thyroid function testing in patients with newly diagnosed hyperlipidemia. *JAMA Internal Medicine.* 2014 Feb 1;174(2):287-289. doi: 10.1001/jamainternmed.2013.12188. PMID: 24217672
4. Ladenson, P.W., Singer, P.A., Ain, K.B., Bagchi, N., Bigos, S.T., Levy, E.G., Smith, S.A., Daniels, G.H., & Cohen, H.D. (2000). American Thyroid Association guidelines for detection of thyroid dysfunction. *Archives of Internal Medicine*, 160(11), 1573-1575. doi: 10.1001/archinte.160.11.1573 (PMID: 10847249)
5. Silvia Savastano Anna Maria Colao https://www.salumentaledonna.it/Salute_delle_donne_147-158.pdf
6. <https://www.societaitalianadiendocrinologia.it/settimana-mondiale-della-tiroide-2024/>
7. Dati AIRTUM 2024. <https://www.registri-tumori.it/cms/>
8. 1° Italian Thyroid Carcinoma Observatory Report 2025. G. Novelli, R. Bellantone, A. Crescenzi, L. Dal Maso, C. Durante, S. Filetti, S. Frasson, A. Nicolucci, W. Ricciardi, F. Serra, S. Vaccarella Editors. www.itcofoundation.org
9. Haugen BR, Alexander EK, et al. 2015 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer: The American Thyroid Association Guidelines Task Force on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. *Thyroid.* 2016 Jan;26(1):1-133. doi: 10.1089/thy.2015.0020. PMID: 26462967; PMCID: PMC4739132.

GIULIA CAPELLI

MD - Dipartimento di Chirurgia, ASST Bergamo Est

GAYA SPOLVERATO

MD, FACS - Dip. di Scienze Chirurgiche, Oncologiche e Gastroenterologiche (DiSCOG), Università di Padova

INTEGRAZIONE DELLE VARIABILI DI SESSO E GENERE IN CHIRURGIA: VERSO UNA MEDICINA BASATA SULL'EQUITÀ

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce il concetto di *sex* in riferimento a caratteristiche biologiche e fisiologiche che identificano individui maschili, femminili o intersex, distinguendolo da quello di *gender*, che concerne norme, ruoli e comportamenti sociali e culturali. Il genere può assumere connotati gerarchici, influenzando significativamente gli aspetti socio-economici della vita dell'individuo.

La medicina di genere, affermata nei primi anni 2000 come paradigma innovativo volto a riconoscere e valorizzare le differenze di sesso e genere nella pratica clinica, indaga l'impatto di queste variabili sulla salute e propone un approccio personalizzato alla prevenzione, diagnosi e trattamento delle condizioni patologiche.

Già nel decennio successivo è emerso il problema della sovrarappresentazione maschile nei trial clinici, con conseguenti rischi di inadeguatezza delle linee guida nella pratica medica femminile. Nel 2013, la professoressa Giovannella Baggio — pioniera della disciplina in Italia — ha descritto la medicina di genere come un ambito tuttora trascurato, evidenziando come gran parte della letteratura clinica ed epidemiologica degli ultimi trent'anni si riferisse quasi esclusivamente al sesso maschile.

In ambito chirurgico, il dibattito sull'uguaglianza di genere ha inizialmente riguardato la presenza di bias, impliciti o espliciti, che penalizzano le professioniste nel percorso formativo e nella progressione di carriera. La discriminazione nei confronti delle donne in chirurgia è ampiamente documentata a livello internazionale, con ripercussioni tangibili: minori opportunità formative e maggiori difficoltà nell'accesso a ruoli di rilievo in ambito clinico e accademico. Queste disparità si accentuano ulteriormente quando il bias di genere si intreccia con disuguaglianze etniche, economiche o sociali.

Negli ultimi anni, diverse istituzioni accademiche e associazioni professionali hanno riconosciuto il problema, promuovendo iniziative mirate: valutazioni oggettive, percorsi di tutoraggio e interventi di sensibilizzazione nei contesti formativi e lavorativi.

Oltre alla dimensione socio-professionale, l'applicazione della medicina di genere ha aperto nuove riflessioni sulla pratica clinica chirurgica. Già nei primi anni 2000, studi in chirurgia generale hanno ipotizzato differenze di genere nella risposta immunitaria al trauma chirurgico, evidenziando una migliore reattività nel sesso femminile. In chirurgia epatica, alcuni autori hanno evidenziato una tolleranza superiore negli individui di sesso femminile, attribuita all'azione protettiva degli estrogeni durante eventi critici come ischemia-riperfusion, emorragia e riduzione del volume epatico funzionale.

Livelli elevati di estradiolo sono stati studiati come possibile fattore di rischio per disfunzione primaria dell'organo trapiantato nei trapianti polmonari. Inoltre, è stato osservato che le donne figurano più spesso come donatrici piuttosto che come riceventi di organi: un dato non privo di implicazioni cliniche.

Infatti, la discordanza di sesso tra donatore e ricevente potrebbe influire negativamente sulla prognosi, in termini di sopravvivenza e funzionalità dell'organo trapiantato.

È da tempo noto come gli ormoni sessuali influenzino lo sviluppo e la progressione delle neoplasie, con implicazioni significative sulla prognosi e sulla risposta ai trattamenti oncologici. Numerosi studi confermano che epidemiologia, efficacia terapeutica e prognosi oncologiche presentano marcate differenze di genere. Una corretta applicazione del paradigma di genere in oncologia richiede una rappresentanza equa nei trial clinici di fase precoce, una valutazione attenta delle differenze farmacogenetiche e farmacocinetiche, e un'analisi puntuale della sintomatologia, delle comorbidità e dell'impatto relazionale delle terapie.

Un recente studio ha mostrato che le donne hanno una probabilità del 44% più elevata di sottoporsi a interventi chirurgici per neoplasie rispetto agli uomini. Tuttavia, tale probabilità si riduce con l'avanzare dell'età e l'insorgenza di patologie concomitanti, fenomeni che sembrano influire in modo diverso tra i due sessi. È interessante osservare che le pazienti di sesso femminile presentano, in media, minori tassi di reintervento e una mortalità post-operatoria a 90 giorni più contenuta, a conferma di una miglior reazione fisiologica al trauma chirurgico.

Nel carcinoma del colon-retto, si riscontrano importanti differenze di genere sia sul piano epidemiologico che prognostico. Le donne tendono a ricevere la diagnosi in età più avanzata e a presentare tumori in stadio più evoluto, ma mostrano tassi di sopravvivenza superiori rispetto agli uomini. In particolare, sono più frequentemente colpite da neoplasie localizzate nel colon destro, associate a instabilità microsatellitare e a profili molecolari distintivi. Questo quadro si accompagna a una minore incidenza di tossicità in seguito a terapie immunologiche, come i trattamenti anti-EGFR, e a una diversa qualità della vita post-intervento, influenzata anche da fattori anatomici che possono incidere sul benessere sessuale.

La composizione corporea è un altro elemento da considerare: nei pazienti di sesso maschile, un'elevata quantità di tessuto adiposo viscerale e sottocutaneo è stata associata a un incremento delle complicanze infettive post-operatorie, dato non osservato nel campione femminile.

Nelle fasi chemioterapiche pre- e post-chirurgiche, le donne sembrano tollerare meno gli agenti antitumorali, mostrando tassi più elevati di effetti collaterali come alopecia, disturbi gastrointestinali e reazioni avverse maggiori. Eppure, una metanalisi ha evidenziato per il sesso femminile una sopravvivenza globale e specifica per tumore significativamente più favorevole, delineando uno scenario prognostico che si discosta da quello maschile.

Differenze di genere sono state riscontrate anche in altri contesti oncologici. Le donne non fumatrici, ad esempio, presentano un rischio più elevato di sviluppare adenocarcinomi polmonari, spesso diagnosticati in età più giovane e con una risposta terapeutica generalmente migliore.

Il sesso femminile è stato indicato come possibile fattore predisponente per lo sviluppo di complicanze nella chirurgia oncologica gastrica, mentre nel carcinoma uroteliale della vescica si osservano prognosi meno favorevoli rispetto agli uomini. In altri casi, come nel carcinoma surrenalico, le donne sembrano invece rispondere meglio alla chirurgia.

La letteratura internazionale è ormai concorde nell'evidenziare sostanziali differenze di sesso e genere in termini di incidenza, risposta ai trattamenti e prognosi delle patologie chirurgiche, in particolare di quelle oncologiche. Nonostante una graduale presa di coscienza da parte della comunità scientifica, tali dati restano ancora scarsamente integrati nella pratica clinica quotidiana, complice anche la frammentazione dei sistemi informativi e le limitazioni tecnologiche esistenti.

Questa criticità potrebbe essere presto superata grazie all'avvento dell'intelligenza artificiale, che, per mezzo della sua capacità di elaborazione di grandi quantità di dati, si pone come strumento in grado di favorire una medicina personalizzata basata sull'equità. L'utilizzo combinato di algoritmi predittivi e sistemi di apprendimento automatico consentirà l'integrazione delle variabili di sesso e genere con dati genetici, biologico-molecolari, radiologici e anatomopatologici, migliorando la precisione del percorso decisionale clinico. L'applicazione sistemica e consapevole di queste tecnologie alla pratica chirurgica potrà condurre a una reale equità di trattamento, favorendo l'accesso a cure più efficaci e ritagliate sulle specificità biologiche.

BIBLIOGRAFIA

1. Sabine Oertelt-Prigione VR-Z. Sex and Gender Aspects in Clinical Medicine. 2012.
2. Putting gender on the agenda. *Nature* 2010; 465(7299): 665.
3. Baggio G, Corsini A, Floreani A, Giannini S, Zaganel V. Gender medicine: a task for the third millennium. *Clin Chem Lab Med* 2013; 51(4): 713-27.
4. Ferrari L, Mari V, Parini S, et al. Discrimination Toward Women in Surgery: A Systematic Scoping Review. *Ann Surg* 2022; 276(1): 1-8.
5. Wichmann MW, Muller C, Meyer G, et al. Different immune responses to abdominal surgery in men and women. *Langenbecks Arch Surg* 2003; 387(11-12): 397-401.
6. Yokoyama Y, Nagino M, Nimura Y. Which gender is better positioned in the process of liver surgery? Male or female? *Surg Today* 2007; 37(10): 823-30.
7. Bastarache JA, Diamond JM, Kawut SM, Lederer DJ, Ware LB, Christie JD. Postoperative estradiol levels associate with development of primary graft dysfunction in lung transplantation patients. *Gend Med* 2012; 9(3): 154-65.
8. Puoti F, Ricci A, Nanni-Costa A, Ricciardi W, Malorni W, Ortona E. Organ transplantation and gender differences: a paradigmatic example of intertwining between biological and sociocultural determinants. *Biol Sex Differ* 2016; 7: 35.
9. Zheng D, Williams C, Vold JA, et al. Regulation of sex hormone receptors in sexual dimorphism of human cancers. *Cancer Lett* 2018; 438: 24-31.
10. Siegel RL, Wagle NS, Cercek A, Smith RA, Jemal A. Colorectal cancer statistics, 2023. *CA: A Cancer Journal for Clinicians* 2023; 73(3): 233-54.
11. Jochum F, Hamy AS, Gougis P, et al. Sex-related differences in oncological surgery and postoperative outcomes: comprehensive, nationwide study in France. *Br J Surg* 2024; 111(8).
12. Ioannou C, Ragia G, Balgouranidou I, et al. MTHFR c.665C>T guided fluoropyrimidine therapy in cancer: gender-dependent effect on dose requirements. *Drug Metab Pers Ther* 2022; 37(3): 323-7.
13. Kim SE, Paik HY, Yoon H, Lee JE, Kim N, Sung MK. Sex- and gender-specific disparities in colorectal cancer risk. *World J Gastroenterol* 2015; 21(17): 5167-75.
14. Almasaudi AS, Dolan RD, McSorley ST, Horgan PG, Edwards C, McMillan DC. Relationship between computed tomography-derived body composition, sex, and post-operative complications in patients with colorectal cancer. *Eur J Clin Nutr* 2019; 73(11): 1450-7.
15. Diefenhardt M, Ludmir EB, Hofheinz RD, et al. Association of Sex With Toxic Effects, Treatment Adherence, and Oncologic Outcomes in the CAO/ARO/AIO-94 and CAO/ARO/AIO-04 Phase 3 Randomized Clinical Trials of Rectal Cancer. *JAMA Oncol* 2020; 6(2): 294-6.
16. Yang Y, Wang G, He J, et al. Gender differences in colorectal cancer survival: A meta-analysis. *Int J Cancer* 2017; 141(10): 1942-9.
17. Sah BK, Zhu ZG, Wang XY, et al. Post-operative complications of gastric cancer surgery: female gender at high risk. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2009; 18(2): 202-8.
18. Otto W, May M, Fritsche HM, et al. Analysis of sex differences in cancer-specific survival and perioperative mortality following radical cystectomy: results of a large German multicenter study of nearly 2500 patients with urothelial carcinoma of the bladder. *Gend Med* 2012; 9(6): 481-9.
19. Alesina PF, Walz MK. Adrenal Tumors: Are Gender Aspects Relevant? *Visc Med* 2020; 36(1): 15-9.
20. Alum EU, Ugwu OP-C. Artificial intelligence in personalized medicine: transforming diagnosis and treatment. *Discover Applied Sciences* 2025; 7(3).
21. WHO. Gender and health. https://www.who.int/health-topics/gender#tab=tab_12025.

LA DIAGNOSI PRECOCE DEL CARCINOMA COLORETTALE: DIFFERENZE DI SESSO E GENERE

Il cancro del colon-retto (CRC) è una delle neoplasie più diffuse al mondo: secondo per incidenza nelle donne dopo il tumore della mammella e terzo negli uomini, dopo il tumore della prostata e quello del polmone.

L'incidenza standardizzata per età e la mortalità evidenziano però una percentuale di diagnosi e di mortalità più elevata negli uomini. Molti fattori possono concorrere a determinare tale dato, inclusi fattori correlati al sesso, ovvero alle differenze biologiche determinate dall'assetto genetico che concorrono a determinare lo stato ormonale e la composizione corporea, ma anche al genere, ovvero alle attitudini socio-culturali ed ai comportamenti correlabili all'identità sessuale (non al sesso) del soggetto. Il genere è pertanto un processo dinamico, che cambia tra società e può modificarsi nel corso della vita del singolo individuo.

Storicamente, nella ricerca oncologica la rappresentazione dei sessi non è stata bilanciata e negli studi clinici di molte neoplasie la presenza del genere femminile è stata minoritaria; le indicazioni terapeutiche sono state sostanzialmente estrapolate da casistiche a maggioranza maschile.

Per quanto concerne il genere, la ricerca clinica solo recentemente (e in modo del tutto disomogeneo) ha posto attenzione all'effetto dei comportamenti genere-correlati sullo stato di salute. Non vi sono pertanto dati solidi in merito.

Nello sviluppo della neoplasia si possono identificare quattro ambiti determinanti, tra loro correlati e direttamente sotto l'influenza di sesso e genere:

- Fattori di rischio esogeni (Exposome): rappresenta l'insieme delle esposizioni a fattori di rischio esogeni, fortemente correlato al genere. La tendenza all'obesità, soprattutto giovanile, la dieta, fumo e consumo di alcool son fattori non solo sesso ma anche genere correlati. Il microbioma è anch'esso influenzato da fattori genere-correlati.
- Cromosomi sessuali: in essi sono presenti geni oncosoppressori.
- Ormoni sessuale: il rapporto estrogeni/testosterone ha un ruolo protettivo sullo sviluppo del CRC; il microbioma presenta differenze tra i due sessi.
- Immunità nativa e non: differenze nella capacità di attivazione.

I programmi di diagnosi precoce del CRC sono presenti da tempo, per lo più correlati, come primo livello, alla ricerca del sangue occulto fecale (SOF), che consente di rilevare tracce minime di sanguinamento. In caso di positività, si procede a colonscopia che identifica la fonte, spesso polipi, che vengono asportati prima di eventuali degenerazioni maligne. La partecipazione allo Screening in Italia avviene su invito, dai 50 ai 74 anni ed evidenzia differenze riferibili al sesso, con minore partecipazione degli uomini, ma anche differenze sociodemografiche che potrebbero essere anche genere-correlate, tra cui minore partecipazione delle fasce sociali più disagiate e di persone a basso sostegno familiare.

Vi sono importanti differenze anche nell'efficacia dello Screening tra maschi e femmine; nelle donne il test appare più specifico ma meno sensibile, con un più elevato tasso di falsi negativi. Il dato è correlabile alle caratteristiche del CRC nelle donne, che più spesso presentano tumori ad insorgenza nel colon destro, che hanno minore tendenza al sanguinamento e si presentano più come forme infiltranti e non polipoidi. Inoltre, le donne hanno minore tendenza a sviluppare adenomi, frequente fonte di sanguinamento. Un altro fattore evidenziato dai dati di letteratura è rappresentato dalla soglia diagnostiche del SOF, in relazione alla minore presenza di sangue nelle feci. In molte sedi è stato suggerito di verificare la possibilità di utilizzare soglie diagnostiche differenti per i due sessi.

Non esistono ad oggi modalità di Screening differenti dal SOF applicabili in larga scala sulla popolazione. L'utilizzo diffuso della colonscopia ha dimostrato efficacia, ma, allo stato attuale, non può essere proposto per la complessità ed il carico di risorse che determinerebbe.

Tecnologie più avanzate, tra cui la colonscopia virtuale e la videocapsula sono riservate ad ambiti limitati, non avendo, ad oggi dimostrato efficacia nel ridurre la mortalità. In ogni caso l'American Cancer Society (ACS), ha incluso anche la colonscopia virtuale tra le metodiche previste per la diagnosi precoce. I test molecolari, tra cui la biopsia liquida, non hanno ad oggi dimostrazione di efficacia nel setting dello Screening.

In sintesi, allo stato attuale le nuove tecnologie forniranno nel prossimo futuro dati sulla modalità più appropriata per uno screening personalizzato, basato sulle differenze epidemiologiche tra maschi e femmine. Nell'ambito del genere la ricerca dovrà essere maggiormente orientata alla valutazione dei fattori di rischio correlati all'ambito, per migliorare quanto più possibile efficacia ed efficienza dei processi di diagnosi precoce.

BIBLIOGRAFIA

1. [Sex Differences in Colorectal Cancer: Epidemiology, Risk Factors, and Clinical Outcomes](#). Tsokkou S, Konstantinidis I, Papakonstantinou M, Chatzikomnitsa P, Liampou E, Toutziari E, Giakoustidis D, Bangeas P, Papadopoulos V, Giakoustidis A. J Clin Med. 2025 Aug 6;14.
2. [Gender and sex differences in colorectal cancer screening, diagnosis and treatment](#). González-Flores E, Garcia-Carbonero R, Élez E, Redondo-Cerezo E, Safont MJ, Vera García. R.Clin Transl Oncol. 2025 Jul;27(7):2825-2837.
3. [Gender oncology: recommendations and consensus of the Italian Association of Medical Oncology \(AIOM\)](#). Berardi R, Rossi F, Papa R, Appetecchia M, Baggio G, Bianchini M, Mazzei T, Maria Moretti A, Ortona E, Pietrantonio F, Tarantino V, Vavalà T, Cinieri S. ESMO Open. 2024 Feb;9(2):102243.
4. [Sex and gender perspectives in colorectal cancer](#). Baraibar I, Ros J, Saoudi N, Salvà F, García A, Castells MR, Tabernero J, Élez. E.SMO Open. 2023 Apr;8(2)
5. [An updated review of the methods, guidelines of, and controversies on screening for colorectal cancer](#). Emile SH, Barsom SH, Wexner SD. Am J Surg. 2022 Jul;224:339-347.
6. [Aspects of colorectal cancer screening, methods, age and gender](#). Hultcrantz R. J Intern Med. 2021 Apr;289(4):493-50

APPLICAZIONE DELLA MEDICINA DI GENERE ALLA MEDICINA DI LABORATORIO

La medicina di genere è un campo di studio che esamina le differenze tra uomini e donne in termini di salute, malattie e risposta ai trattamenti. Nella medicina di laboratorio, la medicina di genere può essere applicata per migliorare la diagnosi, il trattamento e la prevenzione delle malattie, oltre che a ridurre gli errori diagnostici.

Nello specifico si concentra sull'analisi delle differenze biologiche e socioculturali tra uomini e donne, e come queste influiscono sulla salute e sulla malattia, inclusa la risposta alle terapie e ai trattamenti farmacologici. In particolare, uomini e donne possono presentare sintomi diversi per le stesse malattie; ad esempio, le donne con malattie cardiache spesso mostrano sintomi diversi rispetto agli uomini, come dolore al collo o alla schiena invece del classico dolore al petto, ed alcune malattie sono più comuni in uno dei due generi, come le malattie autoimmuni (es. il lupus eritematoso sistemico) che sono più frequenti nelle donne.

Nell'ambito dei trattamenti farmacologici, la risposta ai farmaci è diversa, in quanto le differenze ormonali e genetiche tra uomini e donne possono influenzare l'efficacia e la sicurezza dei farmaci.

Ad esempio, alcuni farmaci possono avere effetti collaterali diversi o richiedere dosaggi diversi nei due generi, oltre che lo stesso metabolismo dei farmaci può variare tra uomini e donne a causa di differenze enzimatiche e nella composizione corporea.

In medicina di laboratorio, questo si traduce in:

- **Analisi specifiche per sesso e genere:** esaminare come i risultati dei test di laboratorio possano variare tra uomini e donne, tenendo conto delle loro diverse caratteristiche biologiche e sociali.
- **Personalizzazione dei protocolli:** adattare i protocolli diagnostici e i range di riferimento in base al sesso e al genere, per evitare diagnosi errate o trattamenti inappropriati.
- **Ricerca e sviluppo:** sviluppare test di laboratorio più specifici e sensibili, che tengano conto delle differenze di genere nella risposta alle malattie e ai trattamenti.
- **Formazione del personale:** Fornire ai professionisti sanitari una formazione specifica sulla medicina di genere, per garantire che siano in grado di interpretare correttamente i risultati dei test e di fornire cure personalizzate.

Esempi concreti:

- **Malattie cardiovascolari:** le donne tendono ad avere un profilo di rischio diverso rispetto agli uomini per le malattie cardiovascolari, con una maggiore incidenza di alcune condizioni dopo la menopausa. La medicina di laboratorio può aiutare a identificare biomarcatori specifici per genere per la valutazione del rischio cardiovascolare. Inoltre le donne possono presentare sintomi diversi rispetto agli uomini durante un infarto, e i test di laboratorio potrebbero non essere ugualmente efficaci per entrambe i sessi.
- **Malattie autoimmuni:** alcune malattie autoimmuni sono più comuni nelle donne, e i test diagnostici potrebbero richiedere una diversa interpretazione in base al sesso.
- **Farmacogenomica e farmacodinamica:** la risposta ai farmaci può variare in base al sesso e al genere, e i test di laboratorio possono aiutare a prevedere la risposta individuale ai trattamenti. La medicina di laboratorio può supportare studi sulla farmacocinetica di genere, aiutando a personalizzare le terapie farmacologiche in base al sesso del paziente.

Marcatori tumorali: alcuni marcatori tumorali possono avere livelli diversi negli uomini e nelle donne. Ad esempio, i livelli di alcuni marcatori possono essere più alti nelle donne a causa di fattori ormonali. Considerare queste differenze può migliorare la sensibilità e la specificità dei test per la diagnosi precoce dei tumori.

Test ormonali: gli ormoni come il testosterone e gli estrogeni hanno ruoli cruciali in entrambi i sessi, ma a livelli diversi. I test ormonali devono essere interpretati considerando le differenze di genere e le fasi della vita (ad esempio, ciclo mestruale, menopausa, età puberale).

La medicina di genere può influenzare la scelta delle analisi di laboratorio e l'interpretazione dei risultati; pertanto è fondamentale considerare le differenze di genere nella risposta ai trattamenti farmacologici e nella suscettibilità alle malattie.

La valutazione e l'interpretazione dei risultati in laboratorio rappresentano un passaggio cruciale nella pratica clinica, poiché consentono ai medici di diagnosticare malattie, monitorare l'efficacia delle terapie e prendere decisioni informate sulla salute dei pazienti. Tuttavia, è importante considerare come le differenze di genere possano influenzare i risultati e l'interpretazione dei test di laboratorio; ad esempio i valori di riferimento per alcuni parametri ematici, come l'emoglobina e l'ematocrito, possono variare tra uomini e donne a causa delle differenze fisiologiche nella massa eritrocitaria e nel volume plasmatico.

Inoltre le donne possono avere valori ormonali diversi, come ad esempio livelli più alti di ormone tiroideo rispetto agli uomini, il che può influenzare la diagnosi e il trattamento delle disfunzioni tiroidee.

Anche nel metabolismo dei farmaci le differenze di genere possono influenzare i livelli di concentrazione nel sangue e quindi la loro efficacia e sicurezza, ed anche alcuni marcatori tumorali, come il PSA (antigene prostatico specifico), possono avere valori di riferimento diversi tra uomini e donne.

Implicazioni cliniche: le differenze di genere nei risultati di laboratorio possono avere implicazioni cliniche significative. Ad esempio:

- **diagnosi errate:** l'interpretazione errata dei risultati di laboratorio può portare a diagnosi errate o ritardate, con conseguenze negative per la salute dei pazienti.
- **trattamenti inefficaci:** la mancata considerazione delle differenze di genere nei risultati di laboratorio può portare a trattamenti inefficaci o addirittura dannosi.
- **sicurezza dei pazienti:** le differenze di genere nei risultati di laboratorio possono influenzare la sicurezza dei pazienti, ad esempio nel caso di reazioni avverse ai farmaci.

Best practice: per garantire un'interpretazione accurata dei risultati di laboratorio, è importante considerare le differenze di genere e adottare le seguenti best practice:

1. **utilizzare valori di riferimento specifici per genere:** utilizzare valori di riferimento specifici per genere per alcuni parametri ematici e altri test di laboratorio.
2. **considerare le differenze fisiologiche:** considerare le differenze fisiologiche tra uomini e donne quando si interpretano i risultati di laboratorio.

I **benefici della Medicina di genere nella medicina di laboratorio** si traducono nel miglioramento della diagnosi delle malattie con la riduzione degli errori diagnostici e dei falsi positivi o negativi; miglioramento dei trattamenti di cura con lo sviluppo di terapie mirate e personalizzate in base alle esigenze specifiche di uomini e donne, equità nell'accesso alle cure con garanzia che tutti, indipendentemente dal sesso e dal genere, abbiano accesso a diagnosi e trattamenti appropriati, ed infine anche **riduzione dei costi sanitari** attraverso la prevenzione di trattamenti inappropriati e ospedalizzazioni inutili.

In sintesi, l'applicazione della medicina di genere alla medicina di laboratorio è fondamentale per garantire una diagnosi e una cura più precisa e personalizzata, migliorando la salute di tutti.

Conclusione

La medicina di genere rappresenta un approccio innovativo nella pratica medica, focalizzandosi sulle differenze biologiche, fisiologiche e patologiche tra uomini e donne. Applicare la medicina di genere alla medicina di laboratorio significa considerare queste differenze nella fase di diagnosi e monitoraggio delle malattie attraverso gli esami di laboratorio. Questo approccio mira a personalizzare le diagnosi e i trattamenti, migliorando l'efficacia e l'equità delle cure, oltre che a migliorare la prevenzione delle malattie, riconoscendo e rispettando le differenze biologiche tra uomini e donne. Inoltre è fondamentale l'educazione e la formazione dei professionisti della salute sull'importanza della medicina di genere per garantire una corretta applicazione nella pratica clinica.

In sintesi, la medicina di genere, applicata anche in laboratorio, rappresenta un approccio fondamentale per migliorare la qualità delle cure, garantendo equità e personalizzazione, e per promuovere una ricerca più efficace e mirata.

BIBLIOGRAFIA

1. Società Italiana di Medicina di Genere (SIMGe)
2. "Sex and Gender in Medical Research" - Journal of Women's Health (2018)
3. "The Importance of Sex and Gender in Biomedical Research" - National Institutes of Health (NIH)
4. "Medicina di genere: una sfida per la salute pubblica" - Annali dell'Istituto Superiore di Sanità (2019)
5. "Sex-specific differences in laboratory test results" - Clinical Chemistry and Laboratory Medicine (2019)
6. "The impact of sex and gender on laboratory test interpretation" - Journal of Laboratory Medicine (2020)
7. "Medicina di genere e laboratorio: una prospettiva di genere nella diagnosi e nella terapia" - Biochimica Clinica (2020)
8. Medicina di genere: una medicina a misura di ogni persona – ISSalute www.issalute.it
9. Medicina di genere: documentazione in Italia – EpiCentro www.epicentro.iss.it

LA FARMACIA DIGITALE E LA DERMOCOSMESI DI GENERE: TRA SCIENZA E TECNOLOGIA

Farmacia digitale: una trasformazione da guidare, non da subire

Come farmacisti, siamo da sempre un punto di riferimento sanitario sul territorio: il primo presidio, il consiglio accessibile, il volto umano della cura. Oggi, questa nostra identità è chiamata a evolversi, non a snaturarsi, di fronte a una delle più grandi trasformazioni del nostro tempo: la sanità digitale.

L'integrazione della tecnologia nei nostri processi quotidiani non è più un'ipotesi futuribile, ma una realtà in piena accelerazione, che sta ridisegnando i confini della nostra professione.

La farmacia non è più solo il luogo della dispensazione del farmaco, ma si sta affermando come un vero e proprio "punto di accesso" alla sanità digitale. Un cambiamento che non riguarda solo la gestione delle terapie o dei percorsi clinici, ma anche ambiti che dialogano con la quotidianità delle persone, come la dermocosmesi.

Il campo in cui il nostro ruolo sta compiendo il salto di qualità più evidente è la **Telemedicina**.

La farmacia, con la sua capillarità, diventa il luogo fisico dove il digitale incontra il bisogno di salute del cittadino. I dati confermano questa direzione: un'indagine condotta in collaborazione con **Federfarma** mostra che l'**80%** delle farmacie italiane eroga già servizi di telecardiologia (ECG, Holter).

Tuttavia, l'orizzonte è molto più ampio: il 56% dei farmacisti manifesta interesse verso la **teledermatologia** -un ambito che, da esperta di dermocosmesi, ritengo strategico e di enorme potenziale-, il 48% verso la **telespirometria** e il 43% verso il **telemonitoraggio dei pazienti cronici**.

La farmacia di prossimità sta evolvendo da luogo di dispensazione a **hub digitale** capace di integrare competenza clinica, tecnologie diagnostiche non invasive e canali di telemedicina. Questo cambio di ruolo è particolarmente rilevante nell'ambito della **dermocosmesi**: la gestione di problematiche cutanee trae grande beneficio da modelli ibridi in cui la competenza del farmacista e la misurazione strumentale si integrano con consulti specialistici remoti e percorsi di monitoraggio digitale.

Caratteristiche biologiche distintive tra uomini e donne

La pelle, con una superficie che si aggira intorno ai 2 m² negli adulti, rappresenta l'organo più esteso del corpo umano. Una barriera multifunzionale e dinamica che delimita, e al tempo stesso mette in connessione, l'organismo con l'ambiente esterno. Nei suoi pochi millimetri di spessore, la pelle svolge numerose funzioni vitali: funge da barriera contro agenti patogeni e radiazioni UV, è coinvolta nei processi di termoregolazione, ospita un'estesa rete di recettori sensoriali e partecipa attivamente alla sintesi di molecole essenziali

Numerosi studi hanno evidenziato che la pelle delle donne e degli uomini presenta caratteristiche diverse. Tali variazioni, sia morfologiche che fisiologiche, influenzano l'invecchiamento cutaneo, la reattività a stimoli ambientali e la suscettibilità a determinate patologie. È proprio grazie alla comprensione di queste differenze che può nascere un approccio mirato, fondato sulla scelta di prodotti in grado di sostenere e rispettare, senza distinzioni, la pelle dell'uomo e della donna.

Sebbene la pelle sia caratterizzata da una struttura anatomica comune a tutti gli individui (epidermide, derma e ipoderma), esistono differenze sostanziali tra uomini e donne:

- **Anatomia della pelle:** nei **maschi**, il derma è mediamente **più spesso e denso**, caratterizzato da una maggiore quantità di fibre di **collagene di tipo I** che, disposte in fasci compatti, conferiscono una maggiore robustezza e resistenza meccanica. Il microbiota cutaneo mostra una **minore biodiversità** rispetto a quello femminile: ciò potrebbe essere spiegato dall'acidificazione della superficie cutanea indotta dal rilascio di acidi grassi liberi dalle ghiandole sebacee e di acido lattico dalle ghiandole sudoripare, entrambi elementi presenti in maggior numero negli uomini. La pelle femminile ha invece un **derma più sottile**, ma un **ipoderma** (tessuto adiposo sottocutaneo) **più sviluppato**, distribuito secondo schemi specifici definiti dagli estrogeni e dalla genetica.
- **Ruolo degli ormoni sessuali:** gli **estrogeni** influenzano significativamente la pelle delle donne, promuovendo la sintesi di **collagene di tipo III** e di molecole igroscopiche, che garantiscono livelli ottimali di idratazione e turgore. Gli **androgeni**, prevalenti negli uomini, stimolano la produzione di collagene di tipo I e l'attività delle ghiandole sebacee, conferendo alla pelle una struttura più resistente. Questa differente regolazione ormonale porta a delle conseguenze che si manifestano nel corso della vita: nelle donne, la drastica riduzione degli estrogeni in **menopausa** provoca un rapido assottigliamento del derma e una perdita di collagene ed elasticità. Negli **uomini** invece, il calo degli androgeni subentra in maniera più **graduale** con una progressiva diminuzione della secrezione sebacea e della densità pilifera, riflettendo un processo di invecchiamento cutaneo più lento e lineare.

Alla luce di queste differenze, le strategie di prevenzione, trattamento e protezione dovrebbero essere calibrate sulla base delle caratteristiche biologiche associate alla pelle maschile e femminile, al fine di supportare l'equilibrio cutaneo.

Differenze nelle preferenze e nelle richieste cosmetiche

Le differenze biologiche della pelle si riflettono direttamente sulle scelte e sulle aspettative nei confronti dei prodotti dermocosmetici. La percezione soggettiva delle proprie esigenze cutanee, unita a fattori culturali e sociali, contribuisce a definire profili di consumo distinti per uomini e donne, che devono essere considerati in fase di formulazione e nella comunicazione di un prodotto.

Gli **uomini** tendono a ricercare trattamenti che rispondano a necessità **immediate e tangibili**, spesso con un approccio **pragmatico** e orientato alla **funzionalità**. La priorità è generalmente rivolta alla gestione di problematiche specifiche come la pelle grassa, le irritazioni da rasatura, la secchezza localizzata o le manifestazioni acneiche persistenti. Spesso il packaging e la comunicazione visiva dei prodotti destinati al pubblico maschile sono studiati proprio per trasmettere essenzialità e performance, con un numero ridotto di passaggi nella routine quotidiana.

Le **donne**, al contrario, mostrano in media un approccio **più articolato e attento alla prevenzione**.

La scelta di un cosmetico è spesso guidata da una combinazione di fattori: efficacia percepita, compatibilità con la propria tipologia di pelle, esperienza sensoriale e risultati estetici apprezzabili.

I trattamenti mirano non solo a correggere inestetismi cutanei, ma anche a preservare l'elasticità, l'idratazione e l'omogeneità del tono della pelle nel tempo. La tendenza a utilizzare più prodotti in sequenza (detergenti, tonici, sieri, creme idratanti, filtri solari) riflette un interesse verso strategie cosmetiche complesse e personalizzate.

Sviluppo di condizioni cutanee: predisposizione gender-based

Le caratteristiche anatomiche e fisiologiche della pelle influenzano non solo l'aspetto esterno e le esigenze di trattamento, ma anche la predisposizione allo sviluppo di specifiche condizioni cutanee. Tali differenze determinano pattern di incidenza e manifestazioni cliniche distinti tra uomini e donne, che riflettono il ruolo degli ormoni sessuali e le peculiarità strutturali dei tessuti.

Negli **uomini**, la maggiore attività delle ghiandole sebacee, sostenuta dalla stimolazione androgenica, rende la pelle **più incline a manifestazioni acneiche** che possono persistere oltre l'adolescenza.

A dimostrazione di ciò, gli studi indicano che il problema cosmetico più comune che porta i pazienti maschi ad una consulenza dermatologica è l'**acne con iperpigmentazione post-infiammatoria (63,6%)** rispetto al **53,1%** nelle donne, seguita dall'alopecia androgenetica (**17,9%**) e dalle cicatrici da acne (**7,6%**).

La densità e la profondità dei follicoli piliferi favoriscono, inoltre, la comparsa di **follicoliti**, in particolare nelle aree sottoposte a rasatura frequente. Anche le **cheratosi attiniche**, espressione di un danno cronico da fotoesposizione, tendono a essere più comuni nella popolazione maschile, complice una minore aderenza a strategie di protezione ai raggi ultravioletti nella vita quotidiana. Gli uomini, inoltre mostrano una maggiore propensione a sviluppare la **psoriasi grave** con punteggi PASI (Psoriasis Area and Severity Index) mediamente più elevati (**7,2 vs 5,4, P < 0,001**). La maggiore severità dei sintomi può derivare dalla combinazione di fattori immunologici, metabolici e legati allo stile di vita.

La **pele delle donne**, pur evidenziando mediamente una produzione sebacea inferiore rispetto agli uomini (rispettivamente **48,66 ± 40,53 µg/cm² vs 84,17 ± 51,15 µg/cm²**, valutazione fatta su 300 soggetti di età compresa tra 20 e 74 anni), presenta una **maggiore sensibilità**. La barriera cutanea infatti, influenzata dalle oscillazioni estrogeniche, può diventare più permeabile, aumentando il rischio di **dermatiti irritative o allergiche da contatto**, soprattutto in periodi come la gravidanza o la menopausa. La maggiore reattività vascolare contribuisce alla predisposizione a **couperose e rosacea (5,9%** delle donne vs **4,4%** degli uomini), condizioni che possono esacerbarsi in risposta a variazioni termiche, stress o alimentazione.

Inoltre, il progressivo assottigliamento del derma causato dalla riduzione degli estrogeni rende la pelle più suscettibile a **microtraumi** e ad **atrofia cutanea**, con un rallentamento dei processi riparativi.

Entrambi i sessi condividono il rischio di patologie fotoindotte e di alterazioni pigmentarie, ma con sfumature differenti. Negli uomini, le iperpigmentazioni tendono a essere meno frequenti ma più localizzate, mentre nelle donne le discromie possono essere diffuse e correlate a fattori ormonali, come nel **melasma**.

La conoscenza di questi profili di rischio consente di mettere in atto strategie preventive che riducano l'insorgenza di tali condizioni e di intervenire tempestivamente con soluzioni dermocosmetiche e comportamentali.

Caratteristiche ideali del dermocosmetico per uomo e per donna

Affinché il prodotto cosmetico possa interagire in maniera ottimale con la superficie cutanea e la compliance del consumatore sia garantita, è fondamentale definire accuratamente la scelta degli attivi e la loro concentrazione all'interno della formulazione, il profilo sensoriale e i protocolli di applicazione.

Per la pelle maschile, caratterizzata da un maggiore spessore dermico, un pH lievemente più acido e una secrezione sebacea più abbondante, il dermocosmetico ideale deve presentare formulazioni leggere e di **rapido assorbimento**, capaci di bilanciare la componente lipidica senza occludere i pori.

Ingredienti ad azione **sebonormalizzante** come derivati dello zinco, niacinamide o beta idrossiacidi come l'acido salicilico, possono essere utili per prevenire la formazione di comedoni e il ristagno di sebo nei follicoli. Nei prodotti destinati all'uso post-rasatura, è importante includere sostanze **protettive e lenitive**, come l'allantoina o il pantenolo, al fine di ridurre arrossamenti e microlesioni causate dalla rasatura.

La **fotoprotezione**, spesso sottovalutata dal consumatore maschile, dovrebbe essere integrata in texture fluide o gel non untuosi, così da incrementarne l'accettazione e l'uso quotidiano.

Nella pelle **femminile**, le esigenze principali riguardano un'adeguata **idratazione**, la difesa dallo **stress ossidativo**, il contrasto di fenomeni di **iperpigmentazione** e il mantenimento di **tono e compattezza** cutanea. Le formulazioni devono contenere umettanti e agenti filmogeni (glicerolo, acido ialuronico, betaina) capaci di contrastare la perdita transepidermica d'acqua (TEWL) e di preservare l'elasticità cutanea. L'inclusione di antiossidanti, come la vitamina C o la vitamina E, contribuisce a proteggere dai danni dei radicali liberi e a rallentare il fotoaging. In età peri- e post-menopausale, l'integrazione di attivi che stimolino la sintesi di collagene (peptidi biomimetici, retinoidi) e di ingredienti in grado di modulare la risposta infiammatoria diventa fondamentale per contrastare l'assottigliamento dermico e migliorare la densità tissutale.

Nei cosmetici pensati per l'**uomo**, la preferenza va verso **emulsioni a bassa fase oleosa o gel-crema**, che determinano un maggiore comfort cutaneo. Per le **donne**, la texture può essere **più ricca** e stratificabile, con formulazioni che consentano l'integrazione di più prodotti in sequenza, adattandosi a routine più complesse.

Infine, la **fragranza**, pur non avendo un impatto diretto sulla funzione biologica del prodotto, incide sulla sua accettabilità e sull'aderenza all'uso. Nei prodotti **maschili** tende a essere più **discreta e fresca**, mentre in quelli **femminili** può essere più **articolata e avvolgente**, coerente con la percezione sensoriale desiderata.

Impatto psicosociale della cosmetica ed evoluzione del consumo maschile

L'uso dei cosmetici rappresenta oggi un fenomeno trasversale, che va oltre la dimensione estetica per incidere profondamente sulla percezione di sé, sulle relazioni sociali e sul benessere psicologico

Nelle **donne**, la cosmetica è culturalmente integrata nella costruzione dell'identità e della socialità. L'applicazione di prodotti per la cura della pelle o di make-up è percepita come parte di un rituale quotidiano che contribuisce a migliorare l'umore, rafforzare l'autostima e la fiducia in sé stessi.

Numerosi studi hanno evidenziato che le donne che utilizzano cosmetici si sentono **più sicure nelle interazioni sociali e professionali**. Tuttavia, questa dinamica ha anche un **risvolto critico**: la pressione sociale verso standard estetici elevati può generare ansia, insoddisfazione della propria immagine e una dipendenza psicologica dal prodotto cosmetico come strumento di accettazione sociale.

Negli **uomini**, il rapporto con la cosmetica è storicamente più recente e ancora fortemente condizionato da fattori sociali e culturali. La cura della pelle e l'uso di cosmetici sono stati a lungo associati a un comportamento "**non conforme ai canoni di mascolinità**". L'uso maschile dei cosmetici ha conosciuto negli ultimi decenni una grande trasformazione, che riflette un cambiamento profondo nei modelli culturali di mascolinità e nell'accettazione sociale della cura estetica da parte degli uomini. Se fino agli anni Novanta la cosmetica era considerata quasi esclusivamente appannaggio femminile, oggi si assiste ad una espansione costante del mercato maschile, sostenuta da dinamiche socioculturali, mediatiche ed economiche.

Secondo i dati riportati nel Rapporto Annuale di Cosmetica Italia del 2024, la ripartizione dei consumi totali di cosmetici in Italia è:

- per il **73,4%** attribuibile alle donne.
- per il **26,4%** attribuibile agli uomini

Il mercato dei prodotti cosmetici dedicati specificamente ai prodotti maschili in Italia ha registrato una crescita del **+2,7%** rispetto al 2023, superando i **145 milioni di euro** nel 2024. Il valore complessivo del mercato cosmetico per l'uomo (che include anche prodotti senza una specifica declinazione di genere) è stato quantificato in **3,5 miliardi di euro** nel 2024. Mentre i consumi di prodotti cosmetici da parte delle donne continuano ad essere la quota predominante del mercato, attestandosi a **9,9 miliardi di euro**. L'evoluzione del consumo maschile di cosmetici sembra destinata a consolidarsi, con un ampliamento dell'offerta e una progressiva normalizzazione culturale. Tuttavia, la velocità di questo processo dipenderà dalla capacità della società di **ridefinire i modelli di mascolinità e di riconoscere l'uso del cosmetico non come pratica associata esclusivamente al mondo femminile, ma come parte integrante del benessere e della salute della pelle di tutti.**

Il ruolo del farmacista nella gestione dermatologica del paziente

Il farmacista rappresenta un **punto di riferimento** privilegiato per il consumatore nella scelta di un dermocosmetico, grazie alla combinazione di competenze scientifiche, conoscenza delle formulazioni e capacità di interpretare le esigenze individuali. Infatti, non si limita a fornire il prodotto, ma svolge un ruolo attivo di consulenza, traducendo le caratteristiche tecniche di un cosmetico in indicazioni concrete per l'uso quotidiano.

La valutazione parte dall'analisi delle condizioni cutanee del cliente: tipologia di pelle, eventuali problematiche dermatologiche, abitudini di detersione e trattamento, esposizione a fattori di rischio ambientali e stile di vita. Il farmacista può inoltre **identificare i fattori che condizionano l'aderenza al trattamento**, come la texture, il tempo di assorbimento o la presenza di fragranze, e proporre soluzioni che massimizzino la probabilità di utilizzo costante. Questa capacità di mediazione tra esigenze biologiche e preferenze soggettive è fondamentale per garantire l'efficacia del dermocosmetico nel lungo periodo.

Un aspetto fondamentale del contributo del farmacista è l'**educazione alla prevenzione**.

Spiegare in modo chiaro l'importanza dell'uso quotidiano della protezione solare, di una detersione delicata o della corretta sequenza di applicazione dei prodotti, permette di convertire l'atto dell'acquisto in un gesto di prevenzione e cura di sé, volto a mantenere l'equilibrio fisiologico della pelle e a ridurre il rischio di problematiche future. Il farmacista svolge un ruolo di **collegamento tra il consumatore e il medico dermatologo**, riconoscendo quando una condizione cutanea richiede un approfondimento specialistico. Questa funzione di filtro permette di indirizzare l'utente verso la soluzione più adeguata, minimizzando il rischio di trattamenti inappropriati.

Conclusione

Integrare i servizi digitali della farmacia nella gestione dermatologica dei pazienti rappresenta una trasformazione profonda nella pratica quotidiana. Mettere a disposizione servizi di teledermatologia, può consentire di ridurre significativamente i **tempi di attesa** e migliorare l'**accesso alle cure** per i pazienti, soprattutto in zone rurali, periferiche o con carenza di specialisti.

La possibilità di ricevere consulenze tempestive e basate su dati oggettivi limita **ritardi diagnostici ed errori terapeutici**, aumentando la **fiducia** nel percorso intrapreso.

Naturalmente, si tratta di una trasformazione che richiede responsabilità e consapevolezza. Non possiamo affidarci all'illusione che la tecnologia risolva da sola tutte le criticità: saranno la nostra preparazione, la capacità di interpretare correttamente i dati, l'abilità di filtrare i bisogni del paziente e la prontezza nel riconoscere i casi che necessitano di approfondimento specialistico a fare la differenza.

La sanità digitale non rappresenta una minaccia per la nostra professione, bensì la sua naturale evoluzione. La tecnologia non ha lo scopo di sostituire il ruolo del farmacista, ma di potenziare la nostra capacità di prenderci cura delle persone. In questo scenario, la farmacia del futuro non è più soltanto il luogo della dispensazione del farmaco, ma si configura come un presidio sanitario ibrido, un nodo fondamentale della rete di sanità territoriale in cui la competenza scientifica e l'ascolto empatico si fondono con l'efficienza degli strumenti digitali.

Il compito che ci attende come categoria è governare questa trasformazione senza subirla. Questo significa investire nella formazione e dialogare in maniera costruttiva con le istituzioni, affinché vengano definite regole chiare, sostenibili e realmente applicabili nella pratica quotidiana. Significa anche sviluppare un modello di farmacia digitale che sia inclusivo e che non lasci indietro nessun paziente. La vera sfida della sanità digitale sarà proprio questa: mantenere intatto il legame umano che ha sempre caratterizzato la professione del farmacista, senza mai dimenticare che dietro ogni ricetta elettronica, televisita o dato digitale, c'è una persona con i suoi bisogni e le sue fragilità.

BIBLIOGRAFIA

1. Dao, Harry Jr., & Kazin, Rebecca A. (2007). *Gender Differences in Skin: A Review of the Literature*. *GenD Med*.
2. Audhkhasi, Anindita, & Arora, Pavni. (2022). *Women and Consumer Behaviour in the Cosmetics Industry: Analysing the Impact of Intersectionality*. *International Journal of Policy Sciences and Law*, Volume 2, Issue 2.
3. Gawronska-Kozak, Barbara, Kopcewicz, Marta, Machcinska-Zielinska, Sylwia, Walendzik, Katarzyna, Wisniewska, Joanna, Drukała, Justyna, Wasniewski, Tomasz, Rutkowska, Joanna, Malinowski, Piotr, & Pulinski, Michał. (2023). *Gender Differences in Post-Operative Human Skin*. *Biomedicines*.
4. He, Xianyou, Liang, Fuqun, Wang, Xingang, Liu, Yanfei, Zhang, Jun, & Luo, Jiahao. (2023). *Girls Tolerate Girls, men condemn men: Gender differences in the impact of beautification strategies on trustworthiness and morality evaluation*. *Heliyon*.
5. Rahrovan, S., Fanian, F., Mehryan, P., Humbert, P., & Firooz, A. (2018). *Male versus female skin: What dermatologists and cosmeticians should know*. *International Journal of Women's Dermatology*.
6. Girdwichai, Natnicha, Chanprapaph, Kumutnart, & Vachiramon, Vasanop. (2018). *Behaviors and Attitudes Toward Cosmetic Treatments Among Men*. *J Clin Aesthet Dermatology*.
7. Filippini A, Odorici G, Raboni R, Bardazzi F. (2014) Psoriasi: una malattia oltre la pelle. Edizione giugno 2014. Genova: Aristeia Education.
8. Cosmetica Italia, Centro Studi. Rapporto annuale: 57a analisi del settore e dei consumi cosmetici in Italia nel 2024. Milano: Cosmetica Italia; 2025

UN APPROCCIO GENDER-SENSITIVE ALLA GESTIONE DEL DOLORE: VERSO UN'ASSISTENZA EQUA, DIGITALE E MULTIDISCIPLINARE

Il dolore non è neutro: introduzione al gender pain gap

Il dolore non è solo una sensazione fisica. È una complessa esperienza biopsicosociale, fortemente influenzata anche da aspetti legati al genere. Il termine "**gender pain gap**" descrive il divario tra uomini e donne nella percezione, nel riconoscimento e nel trattamento del dolore. Sebbene le donne soffrano in media più spesso e più intensamente di dolore cronico rispetto agli uomini, ricevono diagnosi meno tempestive, trattamenti meno adeguati e minore ascolto clinico.

Un ampio studio condotto su oltre 2.400 pazienti con dolore cronico, pubblicato su Pain Reports (2019), ha dimostrato che le donne avevano una probabilità **due volte maggiore** rispetto agli uomini di ricevere un trattamento psichiatrico per sintomi legati al dolore, a parità di condizioni cliniche.

Questo suggerisce una tendenza persistente a **psicologizzare il dolore femminile**, sottovalutandone la componente fisica.

Epidemiologia e dati: chi soffre di più?

Secondo l'**Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)**, il dolore cronico è una delle principali cause di disabilità a livello globale. Le stime indicano che colpisca tra il 20 e il 30% della popolazione adulta, ma con una prevalenza significativamente **maggiore tra le donne**: circa il 70% dei pazienti che soffrono di dolore cronico sono donne.

In Italia, l'**AIFA** ha pubblicato nel suo *Rapporto OsMed (2022)* dati interessanti: le donne consumano una **quota maggiore di analgesici rispetto agli uomini**, sia in regime ambulatoriale che ospedaliero.

Tuttavia, a fronte di questo dato, si osserva una **minore efficacia percepita dei trattamenti** e una maggiore incidenza di reazioni avverse. Questo conferma la necessità di sviluppare protocolli differenziati per sesso e genere, anche nella farmacologia del dolore.

Le differenze biologiche e ormonali

Le donne hanno una soglia del dolore mediamente più bassa e una maggiore sensibilità a stimoli dolorosi. La fluttuazione ormonale legata al ciclo mestruale, alla gravidanza e alla menopausa può modificare in modo significativo la percezione del dolore e la risposta ai farmaci.

Inoltre, il sistema immunitario e il sistema nervoso centrale reagiscono diversamente al dolore in base al sesso. Gli studi condotti su modelli animali – come quello pubblicato su *Nature Neuroscience (2015)* – hanno mostrato che i meccanismi cellulari che attivano il dolore neuropatico differiscono nei due sessi: nei maschi prevalgono le cellule della microglia, mentre nelle femmine sono coinvolte altre cellule immunitarie, come i linfociti T.

Stereotipi e medicalizzazione del dolore femminile

La cultura medica e sociale ha storicamente teso a **normalizzare il dolore femminile**, spesso legandolo al ciclo mestruale, al parto o a presunti tratti emotivi. Questa attitudine ha portato a una pericolosa **medicalizzazione**: condizioni come l'endometriosi, la fibromialgia o la vulvodinia, tutte patologie con prevalenza femminile, vengono spesso trattate solo farmacologicamente, senza una reale presa in carico multidisciplinare.

Un sondaggio condotto dall'**Associazione Italiana Endometriosi** nel 2021 ha rilevato che oltre il **60% delle pazienti ha atteso più di 5 anni per una diagnosi corretta**. La medicalizzazione, in questo senso, è un'arma a doppio taglio: da un lato si rischia l'eccesso di prescrizioni; dall'altro, la banalizzazione del dolore riferito.

Il ruolo del digitale nella gestione del dolore

L'evoluzione della medicina digitale ha aperto nuove strade per una gestione più personalizzata e continuativa del dolore. Dispositivi indossabili (wearables), app mobili, intelligenza artificiale (AI) e piattaforme di telemedicina, possono contribuire a **raccogliere e analizzare dati** in tempo reale, offrendo strumenti concreti per una diagnosi più accurata e una terapia più adatta al singolo paziente.

Uno studio pubblicato su *The Lancet Digital Health* (2022) ha dimostrato che le **app mobili integrate con AI** possono aiutare a prevedere i picchi di dolore cronico con un'accuratezza dell'80%, permettendo interventi precoci. Un altro studio su *Journal of Pain Research* (2020) ha mostrato che i **dispositivi wearable** utilizzati da pazienti con lombalgia cronica migliorano l'aderenza alle terapie riabilitative e favoriscono il monitoraggio dei sintomi, in particolare tra le donne, che hanno mostrato maggiore compliance.

Le **piattaforme di telemedicina** offrono inoltre un canale continuo per il monitoraggio e il follow-up, importante soprattutto per pazienti fragili, spesso donne, che gestiscono carichi familiari e lavorativi che rendono difficile l'accesso continuativo alle strutture sanitarie.

Farmaci, genere e ricerca clinica

Le differenze nella risposta agli analgesici tra uomini e donne sono ormai ben note, ma spesso ancora **sottovalutate nella pratica clinica**. Gli studi clinici, per decenni, hanno avuto una **sottorappresentazione femminile**, con il risultato che i protocolli terapeutici standard sono stati calibrati su una fisiologia maschile.

Negli ultimi anni, **AIFA** ha promosso iniziative per correggere questo squilibrio.

Il documento "Linee guida per la sperimentazione clinica con attenzione al genere" (2021) invita le aziende farmaceutiche e i comitati etici a garantire una **adeguata rappresentanza di genere** nei trial, con analisi disaggregate e interpretazioni differenziate dei risultati.

La ricerca ha dimostrato, ad esempio, che le donne metabolizzano gli oppiacei in modo differente, con maggior rischio di nausea, sedazione e dipendenza. Altri farmaci, come il tramadolo, sembrano essere **più efficaci nelle donne**, mentre i FANS possono avere un profilo di tossicità maggiore in presenza di cicli ormonali irregolari.

Verso un modello multidisciplinare e personalizzato

Superare il gender pain gap richiede **un cambiamento sistemico**. La medicina del dolore deve evolversi verso un modello multidisciplinare, che integri competenze cliniche, psicologiche, farmacologiche, sociali e tecnologiche. Il modello biopsicosociale, ormai ampiamente validato dalla letteratura, rappresenta una guida importante in questa direzione.

Un esempio virtuoso è rappresentato dai centri di terapia del dolore che integrano **psicologi, nutrizionisti, fisioterapisti e medici di base**, in collaborazione con specialisti di telemedicina e data scientist.

Questo tipo di approccio consente una **presa in carico completa**, capace di cogliere la complessità dell'esperienza del dolore, soprattutto nei pazienti più vulnerabili.

Il valore delle policy: la Legge 3/2018

La **Legge 3/2018**, meglio nota come **Legge Lorenzin**, ha contribuito a rafforzare il concetto di medicina di genere nel Servizio Sanitario Nazionale. Essa ha sancito l'importanza della **formazione, della ricerca e della pratica clinica basata sulle differenze di sesso e genere**, e ha promosso la valorizzazione delle professioni sanitarie in chiave interprofessionale.

Questa legge ha spinto le istituzioni a includere le **differenze di genere nei percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali**, aprendo la strada a un rinnovamento della medicina del dolore, non più standardizzata ma **personalizzata e inclusiva**.

Conclusione: un nuovo paradigma di equità e innovazione

Il gender pain gap non è solo una questione medica: è un tema culturale, etico e politico.

Riconoscere le differenze nella percezione e nel trattamento del dolore significa **garantire equità**, promuovere **innovazione**, e rafforzare la **fiducia** nel sistema sanitario. La sfida è costruire modelli di cura in cui ogni persona, a prescindere dal genere, venga ascoltata, compresa e curata con strumenti adeguati e rispettosi della propria esperienza soggettiva.

L'integrazione tra **scienza, tecnologia e policy sanitarie** è oggi una risorsa preziosa per costruire una medicina del dolore moderna, centrata sulla persona, fondata su dati, equità e multidisciplinarietà.

Il superamento del gender pain gap è, in definitiva, un atto di giustizia e di progresso.

BIBLIOGRAFIA

1. Fillingim, R. B., King, C. D., Ribeiro-Dasilva, M. C., Rahim-Williams, B., & Riley, J. L. (2009). Sex, gender, and pain: a review of recent clinical and experimental findings. *The Journal of Pain*, 10(5), 447–485. - <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2008.12.001>
2. Mogil, J. S. (2012). Sex differences in pain and pain inhibition: multiple explanations of a controversial phenomenon. *Nature Reviews Neuroscience*, 13(12), 859–866. - <https://doi.org/10.1038/nrn3360>
3. Sorge, R. E., et al. (2015). Different immune cells mediate mechanical pain hypersensitivity in male and female mice. *Nature Neuroscience*, 18(8), 1081–1083. - <https://doi.org/10.1038/nn.4053>
4. Samulowitz, A., Gremyr, I., Eriksson, E., & Hensing, G. (2018). “Brave Men” and “Emotional Women”: A theory-guided literature review on gender bias in health care and how it affects diagnosis and treatment of pain. *Pain Research and Management*, 2018, 1–14. - <https://doi.org/10.1155/2018/6358624>
5. Osborn, M., & Rodham, K. (2010). Insights into pain: a review of qualitative research. *Reviews in Pain*, 4(1), 2–7. - <https://doi.org/10.1177/204946371000400102>
6. Slater, H., Dear, B. F., Merolli, M., Li, L. C., & Briggs, A. M. (2022). Use of eHealth technologies to enable the implementation of musculoskeletal Models of Care: Evidence and practice. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 36(1), 101731. - <https://doi.org/10.1016/j.berh.2021.101731>
7. Nouri, S. S., Adler-Milstein, J., Thao, C., Acharya, P., Barr-Walker, J., & Sarkar, U. (2020). Patient Characteristics Associated With Objective Measures of Digital Health Tool Use in the United States: A Literature Review. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 27(5), 834–841. - <https://doi.org/10.1093/jamia/ocz210>
8. Dantas, L. O., Ferreira, C. H. J., & Andrade, A. V. (2020). Use of wearable devices for physical activity monitoring in patients with chronic pain: A systematic review. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 101(1), 122–132. - <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2019.06.007>
9. Davis, K., Schoenbaum, S. C., & Audet, A. M. (2005). A 2020 vision of patient-centered primary care. *Journal of General Internal Medicine*, 20(10), 953–957. - <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.0178.x>
10. AIFA – Agenzia Italiana del Farmaco. (2023). Rapporto Nazionale OsMed 2022. L'uso dei farmaci in Italia. Roma: AIFA. Disponibile su: <https://www.aifa.gov.it/osmed>
11. Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). (2021). World Health Organization guidelines on the management of chronic pain in children. Ginevra: OMS. Disponibile su: <https://www.who.int/publications/item/9789240017870>
12. Associazione Italiana Endometriosi. (2021). Indagine nazionale su diagnosi e gestione dell'endometriosi. Disponibile su: <https://www.endometriosi.it>
13. Ministero della Salute. (2018). Legge 11 gennaio 2018, n. 3. Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali e disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie (Legge Lorenzin). *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana*, Serie Generale n. 25 del 31-01-2018. Testo completo: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2018/01/31/18G00019/sg>
14. AIFA. (2021). Linee guida per la sperimentazione clinica con attenzione al genere. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco. - Disponibile su: https://www.aifa.gov.it/documents/20142/1282264/linee_guida_genere.pdf
15. The Lancet Digital Health. (2022). Digital tools for pain prediction: Progress and pitfalls. *Lancet Digital Health*, Editorial. - [https://doi.org/10.1016/S2589-7500\(22\)00080-0](https://doi.org/10.1016/S2589-7500(22)00080-0)

MEDICINA DI GENERE E PATOLOGIE REUMATOLOGICHE: UN APPROCCIO NECESSARIO PER UNA CURA PIÙ EQUA ED EFFICACE

Patologie comuni a uomini e donne presentano incidenza, sintomi e gravità differenti.

Questo avviene anche nella risposta alle terapie e nelle reazioni avverse ai farmaci.

Inoltre, sappiamo che le donne vivono più a lungo degli uomini ma, di contro, si ammalano di più, consumano più farmaci e, di conseguenza, sono più esposte alle reazioni avverse dei medicinali.

Il concetto di **Medicina di Genere** nasce dall'esigenza di tenere conto di tutte queste differenze, che sono legate non solo alla caratterizzazione biologica e alla funzione riproduttiva, ma anche a fattori ambientali, sociali, culturali e relazionali che vengono definiti come "genere".

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), infatti, definisce la "medicina di genere" – o, meglio, la medicina genere-specifica – come lo studio dell'influenza delle differenze biologiche (definite dal sesso) e socioeconomiche e culturali (definite dal genere) sullo stato di salute e di malattia di ogni persona.

La medicina di genere, quindi, non è tanto lo studio delle malattie che colpiscono gli uomini o le donne, quanto lo studio di come il genere (e tutti quegli elementi che lo definiscono, dall'alimentazione al luogo di residenza, dalla propensione alla prevenzione allo stile di vita) influenza lo stato di salute e di malattia di una persona, in modo che l'approccio medico diagnostico e terapeutico siano il più adeguati e mirati possibile.

Patologie reumatologiche: prevalenza e differenze di genere

Le malattie reumatologiche sono un gruppo eterogeneo di patologie autoimmuni e infiammatorie croniche che colpiscono articolazioni, muscoli e organi interni.

Diversi studi hanno documentato l'esistenza di una diversa prevalenza delle malattie reumatiche (MR) tra donne e uomini. I dati evidenziano una forte disparità di genere a favore delle donne in alcune malattie autoimmuni sistemiche.

- Patologia Rapporto Femmine/Maschi Prevalenza
- Artrite Reumatoide (AR) 3:1 0,5–1%
- Lupus Eritematoso Sistemico (LES) 9:1 50/100.000
- Sindrome di Sjögren 9:1 0,5–1%
- Sclerosi Sistemica 4–9:1 24/100.000
- Fibromialgia 8:1 2–4%
- Spondiloartriti (es. SPA, SA) 1:2 – 1:3 0,2–1,6%

Mentre le differenze di genere sono evidenti, i meccanismi alla base di tali differenze non sono ancora ben conosciuti. La causa sembrerebbe determinata da diversi fattori, come una diversa regolazione del sistema immunitario, un differente patrimonio genetico legato al cromosoma X, un effetto degli ormoni sessuali e un'esposizione a fattori ambientali diversi. Evidenze dimostrano che le MR sono clinicamente diverse tra donne e uomini e necessitano pertanto un differente approccio clinico e terapeutico.

L'effetto del genere sulle comorbidità nelle malattie reumatiche

Il genere può influenzare il profilo clinico e la progressione delle patologie reumatologiche, ma la presenza di altre comorbidità potrebbe influenzare il decorso della malattia. Nell'ambito dello studio GENIRA, un progetto finalizzato allo studio delle differenze di genere nei pazienti con Artrite Reumatoide e del modo in cui queste influiscono sulla malattia, 70 pazienti con Artrite Reumatoide di entrambi i sessi sono stati studiati in maniera trasversale. Le donne con Artrite Reumatoide presentano livelli di disabilità e una qualità di vita peggiori rispetto agli uomini. Le differenze potrebbero essere spiegate dalla presenza di comorbidità associate al genere femminile piuttosto che dal genere in sé. In una coorte americana di pazienti affetti da gotta, le donne sono più anziane e con un maggior numero di comorbidità e fattori di rischio diversi rispetto agli uomini (nelle donne più frequentemente l'assunzione di diuretici, negli uomini fattori legati all'alimentazione). Uno studio svedese ha mostrato che tutti i pazienti con gotta presentano un numero elevato di comorbidità alla diagnosi rispetto ai soggetti di controllo della popolazione generale a cui erano stati appaiati; tali comorbidità sono più frequenti nelle donne, e in particolare l'uso di diuretici e l'obesità.

L'effetto del genere sulla percezione della malattia

La diversa percezione della malattia potrebbe essere un'area di ricerca e una delle possibili cause della disparità di genere, constatata nelle patologie reumatologiche. Le differenze potrebbero derivare da una diversa percezione della malattia stessa. Le donne, infatti, presentano un maggior numero di sintomi e punteggi peggiori nella maggior parte dei questionari, compresi quelli relativi al dolore, alla depressione e ad altri domini correlati alla salute, il che può condizionare negativamente la misura dell'attività della malattia e amplificare la disparità di genere nell'espressione clinica delle patologie reumatologiche.

In uno ampio studio internazionale condotto in pazienti con LES, sono state valutate le differenze di genere nella qualità della vita. Mentre gli uomini mostrano un peggior andamento nel dominio relativo al sostegno sociale, le donne – specialmente quelle in età fertile – ottengono punteggi peggiori nei domini correlati alla sintomatologia lupica e agli aspetti riproduttivi.

Adesione alla terapia

Studi hanno dimostrato che l'aderenza terapeutica è inferiore nelle donne, anche per motivi legati al ruolo sociale (cura della famiglia, gestione del lavoro, ecc.), all'intolleranza ai farmaci e a una maggiore percezione degli effetti avversi ⁽¹⁾.

⁽¹⁾ <https://www.gendermedjournal.it/archivio/3013/articoli/30120/>

L'effetto del genere sul trattamento

Le differenze di genere nella prevalenza delle malattie reumatiche sono ormai note, ma non esiste alcuno studio su possibili differenze nel metabolismo dei farmaci antireumatici tra uomini e donne.

I dati ottenuti da diversi registri europei hanno dimostrato una minore percentuale di risposta al trattamento con farmaci Anti-Tumor Necrosis Factor (Anti-TNF) alfa e una maggiore percentuale di sospensione di tali farmaci nelle donne con AR rispetto agli uomini.

Anche nelle SpA assiali, l'efficacia degli anti-TNFalfa è inferiore nelle donne rispetto agli uomini.

I fattori predittivi di una buona risposta al trattamento con gli anti-TNFalfa, tra cui la presenza dell'HLA-B27, l'assenza di entesite, la breve durata di malattia e l'essere naïve agli anti-TNFalfa, sono associati negativamente con il genere femminile. Inoltre, la maggiore percentuale di grasso corporeo nelle donne unitamente agli effetti degli ormoni femminili, potrebbero contribuire alla minore risposta agli anti-TNFalfa. Va detto che tra le donne, l'aderenza alla terapia è minore e il passaggio da un anti-TNFalfa a un altro è più frequente. Queste differenze potrebbero spiegare la minore risposta al trattamento e gli esiti poco favorevoli nelle donne con SpA assiali.

Ad oggi, non esistono trattamenti specifici per i diversi generi. Vi sono però aspetti particolari da considerare per il genere femminile, legati al rischio che i farmaci possano avere effetti collaterali sulle funzioni riproduttive e/o essere escreti nel latte materno e quindi passare al bambino durante l'allattamento al seno. Sulla base di una revisione sistematica della letteratura e dei dati di sicurezza provenienti da diversi registri, la European League Against Rheumatism (EULAR) ha recentemente pubblicato le proprie raccomandazioni sui farmaci antireumatici compatibili con la gravidanza e l'allattamento.

RE.DO. – Associazione REumatologhe DONne

Esiste un'Associazione di medici, in Italia, che ha un'attenzione particolare per la medicina genere-specifica e mette il paziente al centro: si chiama RE.DO., acronimo di REumatologhe DONne, **nata** circa 7 anni fa da un'idea di colleghe e amiche del panorama universitario ospedaliero romano. L'intento era di **unire le forze al femminile** per poter ampliare la rete e la conoscenza delle malattie immuno-reumatologiche.

In questi anni l'Associazione è cresciuta, fino a diventare una commissione della S.I.R.-Società Italiana di Reumatologia. Ad oggi RE.DO. conta più di 400 associate in tutta Italia, è l'unica associazione di donne reumatologhe presente nel nostro Paese e in Europa, ed attiva anche a livello internazionale.

Collabora con AWIR-Association of Women in Rheumatology, l'Associazione delle donne reumatologhe americane, su progetti dedicati alla sensibilizzazione sia dei medici sia dei pazienti alle tematiche inerenti alle malattie reumatologiche.

Nell'ultimo anno RE.D.O. si è occupata della stesura delle linee guida e raccomandazioni per la gestione della gravidanza nel paziente affetto da patologie immunoreumatologiche. Ad oggi si conoscono diversi fenotipi tra uomo e donna sia nelle malattie autoimmunitarie propriamente dette, sia nell'artrite reumatoide, nell'artrite psoriasica e nelle spondiloartriti assiali.

In tutti gli eventi che l'Associazione ha organizzato finora e in quelli che saranno svolti in futuro, il ruolo del paziente è e sarà al centro.

Ad esempio, con il progetto Galassia ha portato negli Atenei romani la conoscenza di tutte le patologie che possono emergere accanto alle malattie reumatologiche. Specialisti come il ginecologo, l'endocrinologo, il nutrizionista hanno parlato delle manifestazioni che possono essere legate alla presenza di comorbidità nei pazienti affetti da patologie reumatologiche.

RE.DO. ha lavorato molto sulla sensibilizzazione agli stili di vita. I pazienti devono capire l'importanza di seguire uno stile adeguato nel management della patologia reumatologica; non solo, vanno informati su come migliorare questi stili di vita.

L'attività è volta a sensibilizzare anche i medici, sia i medici di base sia gli specialisti, per poterli coinvolgere a 360 gradi in questi topic che sono ad oggi molto importanti nella gestione del paziente immunodermatologico.

Conclusioni

L'applicazione della medicina di genere in reumatologia è una necessità clinica e scientifica.

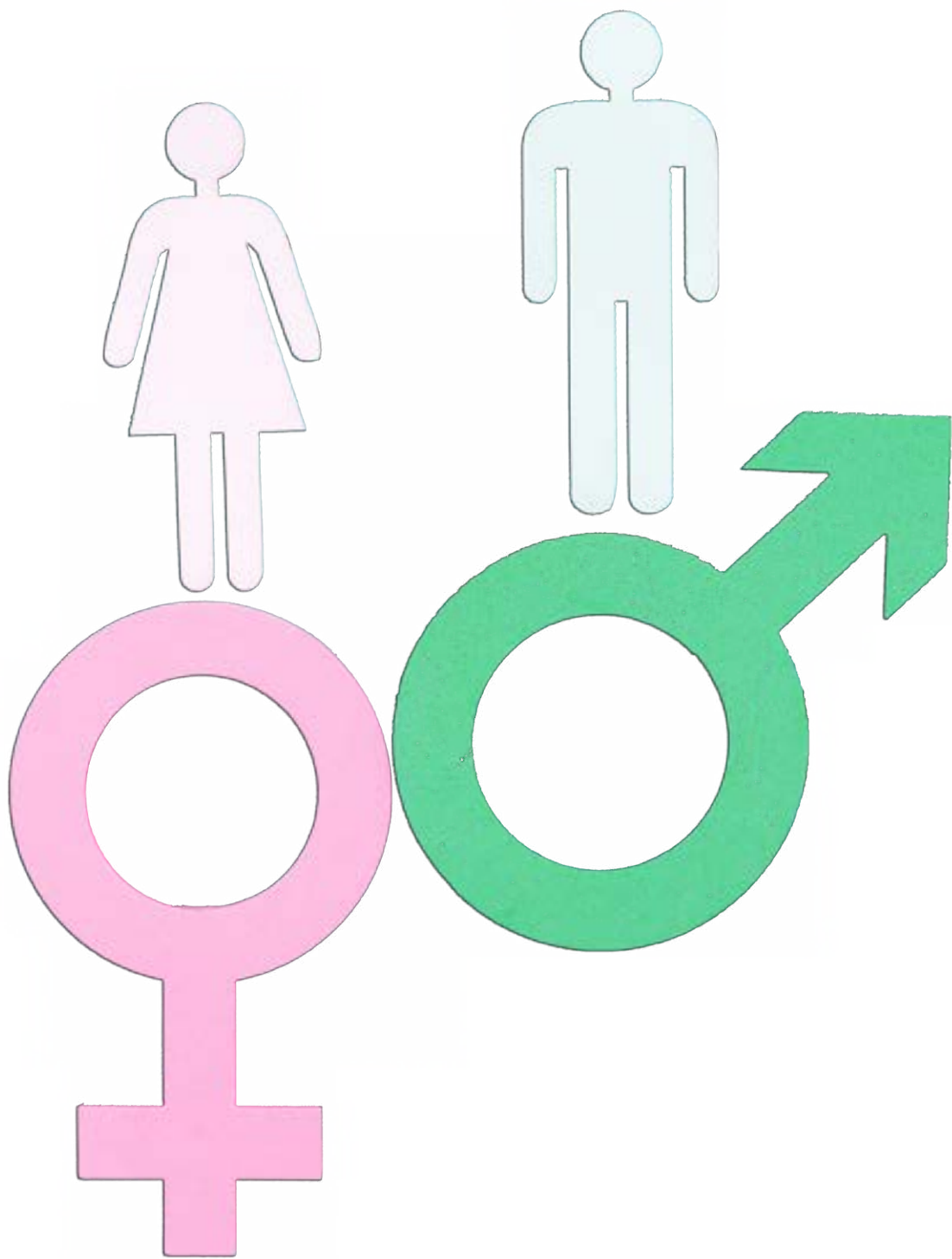
Le donne rappresentano la maggioranza dei pazienti reumatologici, ma continuano a ricevere cure meno mirate e a essere sotto-rappresentate nella ricerca. Solo integrando le conoscenze di genere nei percorsi di cura sarà possibile garantire diagnosi più precoci, trattamenti più efficaci e una reale equità sanitaria.

BIBLIOGRAFIA

1. Ngo ST, Steyn FJ, McCombe PA. Gender differences in autoimmune disease. *Front Neuroendocrinol* 2014; 35 (3): 347-69.
2. Aurrecoechea E, Llorca Díaz J, Diez Lizuain ML, McGwin G Jr, Calvo-Alen J. Gender-associated comorbidities in rheumatoid arthritis and their impact on outcome: data from GENIRA. *Rheumatol Int* 2017; 37 (4): 479-85.
3. Harrold LR, Etzel CJ, Gibofsky A, Kremer JM, Pillingner MH, Saag KG, et al. Sex differences in gout characteristics: tailoring care for women and men. *BMC Musculoskelet Disord* 2017; 18 (1): 108.
4. Drivelegka P, Sigurdardottir V, Svärd A, Jacobsson LTH, Dehlin M. Comorbidity in gout at the time of first diagnosis: sex differences that may have implications for dosing of urate lowering therapy. *Arthritis Res Ther* 2018; 20 (1): 108.
5. Barsky AJ, Peekna HM, Borus JF. Somatic symptom reporting in women and men. *J Gen Intern Med* 2001; 16 (4): 266-75.
6. Keogh E, Herdenfeldt M. Gender, coping and the perception of pain. *Pain* 2002; 97 (3): 195-201.
7. Loge JH, Kaasa S. Short Form 36 (SF-36) Health Survey: normative data from the general Norwegian population. *Scand J Soc Med* 1998; 26 (4): 250-8.
8. Bowling A, Bond M, Jenkinson C, Lamping D. Short Form 36 (SF-36) Health Survey questionnaire: which normative data should be used? Comparisons between the norms provided by the Omnibus Survey in Britain, the Health Survey for England and the Oxford Healthy Life Survey. *J Public Health* 1999; 21 (3): 255-70.
9. Jolly M, Sequeira W, Block JA, Toloza S, Bertoli A, Blazevic I, et al. Gender Differences in Quality of Life in Patients with Systemic Lupus Erythematosus. *Arthritis Care Res* 2018; Apr 25. doi: 10.1002/acr.23588.[Epub ahead of print].
10. <https://www.generedonna.it/medicina-di-genere/la-medicina-di-genere/>
11. <https://www.reumatologhedonne.it>

PARTE III

Medicina di genere nella pratica assistenziale



IL RUOLO DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA NELLA MEDICINA DI GENERE: UN PARADIGMA PER UNA SANITÀ EQUA ED EFFICACE

Introduzione

Il sistema sanitario sta vivendo una duplice, profonda rivoluzione che ne sta ridisegnando i paradigmi. Da un lato, l'affermazione della medicina di genere come pilastro di un'assistenza personalizzata ci impone di superare il modello "taglia unica", riconoscendo le cruciali differenze di sesso e genere nella salute e nella malattia. Dall'altro, la trasformazione digitale sta introducendo strumenti – dalla telemedicina all'intelligenza artificiale – che promettono di rendere le cure più accessibili, efficienti e predittive.

L'intersezione tra questi due mondi apre scenari inediti per la professione infermieristica. Se da un lato la sanità digitale offre opportunità straordinarie per applicare i principi della medicina di genere su larga scala, dall'altro nasconde sfide significative, legate soprattutto ai bias dei dati e alla necessità di nuove e più complesse competenze. In questo contesto in rapida evoluzione, l'infermiere si posiziona come la figura chiave, il professionista capace di governare questa transizione, garantendo che la tecnologia sia uno strumento di equità e non un amplificatore di disuguaglianze.

Vedere con occhi nuovi: l'arte dell'accertamento di genere

Immaginiamo per un istante la porta di un Pronto Soccorso. È un confine frenetico tra il mondo esterno e il cuore del sistema sanitario. Ora immaginiamo due persone che varcano quella soglia a pochi minuti di distanza l'una dall'altra. La prima è un uomo di 55 anni, sudato, che si stringe il petto con una smorfia di dolore, lamentando una sensazione di schiacciamento che si irradia al braccio sinistro. La seconda è una donna di 62 anni, che si presenta descrivendo una stanchezza profonda, quasi paralizzante, che la affligge da giorni, accompagnata da nausea e un fastidio insolito alla mandibola.

Nel primo caso, ogni campanello d'allarme suona all'unisono nella mente di un infermiere esperto: probabile infarto miocardico acuto. Si attiva un protocollo rapido, preciso, salvavita. Ma nel secondo caso? Il rischio, terribilmente concreto, è che quei sintomi, così sfumati e "atipici", vengano interpretati come ansia, stress, un disturbo digestivo o semplicemente le fatiche dell'età. Il rischio è che la donna venga rassicurata e rimandata a casa, perdendo tempo prezioso.

Quante volte, nella nostra pratica quotidiana, abbiamo avuto la sensazione che un paziente sfuggisse alle definizioni dei manuali? Quante volte una terapia, pur corretta sulla carta, si è rivelata inefficace su una persona e perfetta su un'altra? Queste intuizioni, nate al letto del malato, sono l'essenza dell'assistenza infermieristica. Oggi, la scienza convalida questa nostra esperienza e le dà un nome: **medicina di genere**. Essa nasce dalla consapevolezza di un errore storico – aver considerato il modello maschile come universale – le cui conseguenze si manifestano in scene quotidiane, come quella di una donna i cui sintomi di infarto vengono scambiati per ansia. Spetta a noi infermieri, sentinelle dell'assistenza, accogliere questa nuova consapevolezza per garantire una cura che sia davvero dimensionale, efficace e giusta.

Questa chiave di lettura, dunque, non è una nuova e complicata specialità da aggiungere al nostro bagaglio, né tantomeno una moda passeggera. È, al contrario, un modo più profondo e intelligente di guardare alla salute, che ci chiede di mettere a fuoco due elementi distinti ma inseparabili. Da un lato c'è il sesso, il nostro "hardware" biologico: i cromosomi, gli ormoni e la fisiologia che ci definiscono come maschi e femmine. Dall'altro c'è il genere, il "software" che la società, la cultura e la nostra storia personale installano su quell'hardware, modellando ruoli, comportamenti e identità. È proprio dall'interazione continua tra questi due fattori che si crea la lente unica e irripetibile attraverso cui ogni persona vive la salute, la malattia e la cura. E noi Infermieri, che per vocazione e professione siamo il ponte tra la scienza medica e l'esperienza umana, ci troviamo nel punto perfetto per imparare a usare questa lente, trasformando la nostra assistenza in qualcosa di ancora più efficace e vicino alla persona.

Tutto comincia dal nostro primo contatto con il paziente, dall'accertamento. Un approccio di genere ci insegna a porre domande diverse, ad ascoltare in modo più profondo, trasformando l'accertamento in un potente strumento diagnostico. Ci spinge a considerare non solo i sintomi fisici, ma anche come il vissuto di una persona – il suo ruolo in famiglia, il tipo di lavoro, il modo in cui le è stato insegnato a esprimere il dolore o la paura – influenzi il suo racconto.

La qualità delle nostre informazioni dipende dalla qualità delle nostre domande.

Non basta chiedere "Dove le fa male?", ma "Come descriverebbe questo dolore? È qualcosa che ha mai provato? C'è qualcosa che lo fa peggiorare o migliorare?". Ma soprattutto, dobbiamo creare uno spazio di ascolto così sicuro da permettere al paziente di esprimere anche ciò che non ha le parole per dire. Un uomo potrebbe descrivere la sua ansia come "nervosismo" o "irritabilità", perché il termine "ansia" è culturalmente associato a una debolezza "femminile". Una donna potrebbe minimizzare il suo dolore per non "dare fastidio", adempiendo a un ruolo di cura che la vede sempre come colei che dà, mai come colei che chiede. Le domande che aprono le porte sono quelle aperte, non giudicanti:

- *"Mi parli di una sua giornata tipo. Quali sono le cose che le pesano di più?"* (Indaga sui ruoli di genere e sullo stress).
- *"Quando si sente così, c'è qualcuno con cui può parlarne o che la può aiutare?"* (Esplora la rete di supporto sociale).
- *"Ci sono state preoccupazioni o cambiamenti recenti sul lavoro o in famiglia?"* (Connette i sintomi fisici al contesto di vita).
- *"Molte persone con i suoi sintomi si sentono... [frustrate, spaventate, non credute]. È così anche per lei?"* (Valida l'esperienza emotiva del paziente).

Questo tipo di dialogo ci permette di raccogliere dati essenziali che un esame del sangue o una radiografia non potranno mai rivelare, costruendo le fondamenta per un piano di cura che sia davvero olistico.

Casi Clinici Emblematici: Oltre l'Infarto

L'infarto miocardico, in questo senso, ci offre una lezione fondamentale che ogni professionista della salute dovrebbe conoscere a memoria. Per decenni, abbiamo costruito il nostro sapere sul modello di riferimento maschile: quel classico dolore al petto, oppressivo, che si irradia al braccio sinistro. Ma le donne, spesso, raccontano una storia completamente diversa, fatta di sintomi più sfumati che un occhio non allenato potrebbe facilmente confondere con l'ansia o un semplice affaticamento. Parlano di una stanchezza che non lascia respiro, di una nausea improvvisa, di un dolore sordo che si localizza tra le scapole o alla mandibola.

Un infermiere che sa "vedere con occhi di genere" non liquida questi segnali come secondari, ma li riconosce per ciò che sono: le possibili, vitali bandiere rosse di una condizione gravissima.

Questa discrepanza, tuttavia, è solo la punta di un iceberg che si estende ben oltre la cardiologia, illuminando con una luce nuova quasi ogni campo della medicina. Pensiamo all'esperienza universale del **dolore**, che un approccio di genere ci aiuta a decodificare come il prodotto di una conversazione continua tra la nostra biologia e la nostra biografia. Dal punto di vista biologico, le differenze sono marcate: gli ormoni sessuali, come gli estrogeni, modulano la percezione del dolore in modo complesso, e la diversa densità di alcuni recettori cerebrali spiega perché patologie come la fibromialgia o l'emicrania siano così prevalenti nel sesso femminile. A questa realtà biologica si sovrappone poi il condizionamento culturale: da un lato l'uomo, educato a "essere forte" e a negare la sofferenza, che rischia di arrivare alle cure troppo tardi; dall'altro la donna, il cui dolore, sebbene socialmente più accettato, rischia di essere "psicologizzato" e trattato con minor serietà clinica. Il nostro compito, come infermieri, è muoverci su questo doppio binario: credere al dolore del paziente e, allo stesso tempo, saper leggere tra le righe dei condizionamenti per garantire a tutti un sollievo efficace e tempestivo.

Questa stessa interazione tra biologia e biografia la ritroviamo in contesti altrettanto critici. Nelle emergenze neurologiche come l'**ictus**, accanto ai sintomi classici, dobbiamo saper riconoscere nelle donne segnali atipici come un singhiozzo persistente o uno stato confusionale. Nelle **malattie autoimmuni**, che colpiscono il sesso femminile con una frequenza impressionante, il nostro ruolo diventa cruciale nel supportare la paziente nella lunga e frustrante "odissea diagnostica" alla ricerca di una causa per i suoi sintomi vaghi e multisistemici. E se il corpo parla linguaggi diversi, la mente non è da meno. Le differenze di genere nella salute mentale sono abissali: dalla depressione, che negli uomini si maschera spesso dietro l'irritabilità e comportamenti a rischio, portando a un tragico tasso di suicidi, al disturbo da stress post-traumatico, più comune nelle donne e frequentemente legato a storie di violenza che dobbiamo imparare a intercettare con delicatezza e competenza.

In questo scenario così complesso, il nostro ruolo di infermieri assume una profondità unica. Diventiamo detective sensibili, traduttori di linguaggi silenziosi, capaci di cogliere quell'indizio atipico che, unito alla comprensione della storia unica di ogni persona, può fare davvero la differenza tra una diagnosi mancata e una vita salvata.

Una cura su misura: farmaci, stili di vita e la sfida della personalizzazione

Ma una volta che il nostro sguardo si è fatto più acuto, una volta che abbiamo imparato a decifrare i linguaggi segreti con cui il corpo esprime il suo disagio, il nostro compito di "detective sensibili" è tutt'altro che concluso. Anzi, si apre un capitolo forse ancora più delicato e carico di responsabilità: quello della cura. È qui, nel momento in cui un principio attivo diventa un gesto terapeutico, che l'attenzione alle differenze smette di essere un esercizio intellettuale e si trasforma in una questione di sicurezza, di efficacia e, in definitiva, di rispetto per la persona che assistiamo.

Entriamo in un territorio dove l'idea di uno standard universale si sgretola di fronte all'evidenza biologica. I corpi di uomini e donne non sono macchine identiche che processano i farmaci allo stesso modo. Le differenze nel peso, nella complessa architettura di massa grassa e massa magra, nella diversa funzionalità di organi vitali come il fegato e i reni, creano un ecosistema metabolico unico. Questo significa che una dose di un farmaco, meticolosamente studiata per essere efficace e sicura per un uomo di 75 chilogrammi, può

trasformarsi in qualcosa di imprevedibile per una donna di 60: potrebbe essere un dosaggio insufficiente, che la lascia scoperta ed esposta alla progressione della malattia, oppure, al contrario, potrebbe diventare tossico, accumulandosi nel suo organismo e scatenando quelle reazioni avverse che, non a caso, le statistiche ci dicono essere molto più frequenti nella popolazione femminile.

Cosa significa, dunque, per noi infermieri, essere consapevoli di tutto questo? Significa accettare di essere molto più che semplici esecutori di una prescrizione. Diventiamo i **custodi attenti della sicurezza del paziente**, i guardiani di quella soglia sottile tra beneficio e danno. Il nostro monitoraggio non può più essere una routine, ma deve diventare un'**osservazione critica e mirata**. Dobbiamo essere pronti a cogliere segnali di allarme diversi, a collegare un sintomo apparentemente slegato all'introduzione di una nuova molecola, a usare la nostra esperienza clinica per intuire che qualcosa, in quella specifica persona, non sta funzionando come dovrebbe.

E, soprattutto, questo nuovo sguardo ci chiama a un ruolo ancora più profondo: quello di diventare i migliori e più fidati alleati del paziente nel lungo e spesso tortuoso cammino dell'aderenza alla cura.

Qui, la nostra capacità di costruire un **intervento educativo "su misura" diventa la chiave di volta di tutto il processo terapeutico**. Dobbiamo avere l'umiltà di chiederci, prima di ogni altra cosa: quali sono gli ostacoli reali, concreti, che questa persona incontrerà quando tornerà a casa con questa scatola di pillole?

Immaginiamo la signora Maria, una donna di sessant'anni che si prende cura del marito non autosufficiente e dei nipoti. Le consegniamo una prescrizione con quattro farmaci diversi, da prendere a orari scaglionati. Per noi è un piano terapeutico; per lei, è un'ulteriore, enorme complicazione in una vita già satura di impegni e preoccupazioni. Il nostro compito non è solo spiegarle "cosa" prendere, ma capire insieme a lei "come" può realisticamente farlo, forse semplificando gli schemi, usando un portapillole, o anche utilizzando dispositivi wearable, che si incastrano nella sua giornata senza diventare una fonte di stress insostenibile.

Ora immaginiamo il signor Franco, un uomo di cinquantacinque anni, a cui è stato prescritto un betabloccante fondamentale per il suo cuore. Notiamo che alle visite di controllo è sfuggente, risponde a monosillabi, e i suoi valori pressori non migliorano. Potremmo pensare che sia "non collaborante".

Ma un approccio di genere ci spinge a considerare un'altra possibilità, un tabù che un uomo difficilmente affronterà di sua iniziativa: quel farmaco potrebbe causargli una disfunzione erettile. Il nostro compito, in questo caso, è un atto di coraggio e di profonda empatia: creare un dialogo così sicuro e privo di giudizio da permettergli di parlare, spiegandogli che esistono alternative e che la sua salute sessuale è una parte importante del suo benessere generale.

Ecco la vera essenza del nostro ruolo. La nostra responsabilità non si esaurisce nel monitorare i farmaci. La vera alleanza terapeutica si costruisce su un altro pilastro fondamentale: l'educazione, intesa non come una lezione frontale, ma come la costruzione di un patto di cura. Costruire questo "patto di cura" vivo e sostenibile è un'arte che si fonda su pilastri concreti, primo tra tutti un'educazione terapeutica che abbandoni il tono della lezione frontale per diventare un vero e proprio dialogo. Un piano di cura, infatti, funziona solo se il paziente lo sposa, lo sente suo, e in questo ambito la nostra sensibilità di genere può produrre i risultati più straordinari. Si comincia dalle fondamenta del benessere: il corpo. I nostri consigli nutrizionali non possono essere universali, ma devono sapersi adattare al maggior fabbisogno di ferro di una donna fertile o alla necessità di calcio per una donna in menopausa, così come devono tener conto della diversa presentazione della sindrome metabolica tra i sessi.

Lo stesso approccio sartoriale vale per il movimento, consigliando esercizi di carico per contrastare l'osteoporosi o un'attività aerobica per un uomo iperteso, ma senza mai dimenticare di esplorare con empatia le barriere culturali che possono frenare: la paura di una donna a correre da sola la sera, o la percezione di un uomo che discipline come lo yoga siano "poco virili".

Eppure, il vero cuore di questa alleanza, il campo di battaglia decisivo dove si vince o si perde la partita della salute a lungo termine, è la sfida dell'aderenza. È qui che dobbiamo diventare esperti di comunicazione e motivazione, aiutando ogni persona a trovare le sue personalissime ragioni per seguire una cura.

È qui che la nostra professione richiede un supplemento di coraggio e di acutezza. Il coraggio di affrontare i tabù, di essere noi a parlare con un paziente maschio della possibile disfunzione erettile causata da un farmaco, spiegandogli che esistono alternative per evitargli l'abbandono silenzioso della terapia.

E l'acutezza di intercettare i comportamenti a rischio dettati dalle pressioni estetiche, come quello di un'adolescente diabetica che, nel timore di ingrassare, salta le dosi di insulina in un pericoloso fenomeno noto come "diabulimia". Comprendere e agire su queste dinamiche profonde significa entrare nel mondo del paziente, capirne le paure, le priorità e le difficoltà, per disegnare insieme un percorso di cura che sia non solo clinicamente corretto, ma umanamente possibile e, infine, efficace.

Oltre il letto del paziente: l'Infermiere come agente di equità tra le complessità socio-culturali

L'assistenza infermieristica non si svolge in un vuoto sociale tra le mura asettiche di un reparto, ma si immerge nel tessuto vivo e spesso complesso della società. Si confronta ogni giorno con il fatto che la salute di una persona è modellata dal suo contesto di vita, dove le disuguaglianze di genere generano profonde disparità sanitarie. La nostra professione ci colloca in una posizione privilegiata per leggere tra le righe della sofferenza: siamo spesso i primi a scorgere i segni di una violenza domestica, a percepire la preoccupazione per una difficoltà economica, o a decifrare il disorientamento causato da una barriera linguistica.

Di fronte a questo, la nostra risposta deve essere mirata e consapevole. Agire in un'ottica di genere significa tradurre questa visione in gesti concreti e coraggiosi. È il coraggio di porre quella domanda in più, con delicatezza, in un ambiente che garantisca privacy e assenza di giudizio.

È la competenza pragmatica di conoscere le risorse del territorio – i centri antiviolenza, i servizi sociali, i consultori – e di saperle attivare, diventando un ponte per il paziente.

Ed è, soprattutto, l'impegno costante a creare uno spazio di cura dove chiunque, a prescindere dalla sua identità, si senta profondamente visto, rispettato e al sicuro.

In questo modo, il nostro agire cessa di essere puramente clinico per diventare un potente strumento di equità sociale, capace di abbattere le barriere che negano il diritto alla salute.

E tra tutte le barriere invisibili che siamo chiamati a smantellare, nessuna è più oscura e insidiosa della violenza di genere. Questa vera e propria epidemia silenziosa lascia ferite profonde sulla salute fisica e mentale delle persone, e spesso i nostri ambulatori o i reparti di Pronto Soccorso sono gli unici luoghi "sicuri" in cui una vittima entra in contatto con un professionista.

Siamo in una posizione unica per vedere ciò che altri non vedono: i lividi nascosti sotto una manica, le spiegazioni implausibili per le ferite, quell'ansia pervasiva che impregna ogni parola, o i sintomi psicosomatici ricorrenti che non trovano una causa apparente.

La nostra professionalità, in questi casi, si manifesta in un approccio a tre tempi: si comincia con un'**attenzione** vigile e mai giudicante a questi segnali d'allarme; prosegue con il **coraggio** di porre la domanda giusta – "Si sente al sicuro a casa?" – sempre in un contesto di assoluta privacy; e si completa con la **competenza** di attivare una rete di protezione, conoscendo le risorse del territorio e offrendo un aiuto concreto per spezzare la spirale della violenza. Questa è una delle responsabilità più delicate e vitali della nostra professione.

Ma la nostra capacità di vedere non può fermarsi a una sola dimensione della vulnerabilità. La vera equità ci chiede di fare un passo ulteriore, di abbracciare la ricca complessità dell'intersezionalità. Nessuno, infatti, è una sola etichetta. Una persona non è solo una donna; può essere una donna anziana che vive sola, una migrante che fatica con la lingua, una lavoratrice precaria o una persona con disabilità. Ciascuna di queste identità si interseca con le altre, creando strati unici di fragilità e barriere all'accesso alle cure.

Comprendere questo significa, in pratica, chiederci sempre: quali ostacoli specifici sta incontrando *questa* persona? Significa capire che un uomo disoccupato potrebbe rinunciare a un esame per il costo del ticket, o che una donna immigrata potrebbe non seguire una terapia perché non ne ha compreso le istruzioni.

Il nostro accertamento deve esplorare queste dimensioni per attivare le risorse giuste – un mediatore culturale, un assistente sociale – e trasformare l'assistenza da standardizzata a equa, perché risponde alla complessa realtà di ogni individuo.

Infine, questo impegno a vedere la persona nella sua interezza si fonda su un pilastro non negoziabile: la creazione di un **ambiente inclusivo**, fondato sul rispetto assoluto per l'identità di genere di ogni individuo. Per le persone transgender, in particolare, il sistema sanitario può essere un luogo ostile e di profonda sofferenza. Il nostro ruolo nel creare un clima accogliente è fondamentale e si traduce in gesti semplici ma potentissimi.

Chiedere alla persona con quale nome e con quali pronomi desidera essere chiamata, e usarli con scrupolosa costanza, non è un dettaglio, ma il primo e più significativo atto terapeutico di riconoscimento e rispetto. A questo si affianca la competenza professionale di conoscere le esigenze sanitarie specifiche, come il monitoraggio di una terapia ormonale o le corrette raccomandazioni per gli screening oncologici, che variano in base al percorso di transizione. Garantire una comunicazione, verbale e scritta, che sia sempre rispettosa e priva di curiosità morbose, definisce la qualità umana e professionale della nostra assistenza, rendendola un porto sicuro per tutti, senza eccezioni.

La frontiera digitale e la promessa della precisione: opportunità e pericoli del "gender data gap"

Questo impegno a vedere e rispettare la persona nella sua interezza ci proietta direttamente verso la sfida più attuale e complessa della nostra professione: la frontiera digitale. L'assistenza sanitaria sta vivendo una trasformazione epocale, un'ondata di innovazione che porta con sé opportunità straordinarie ma anche nuove e insidiose insidie.

Da un lato, la tecnologia si rivela un potente strumento di equità e personalizzazione.

La telemedicina e il telenursing, ad esempio, abbattano le barriere geografiche e di mobilità che spesso ostacolano l'accesso alle cure, con un impatto particolarmente positivo per le donne, che statisticamente si fanno maggiormente carico del lavoro di cura familiare. Oltre a rendere l'assistenza più accessibile, la rivoluzione digitale ne potenzia l'efficacia, trasformando l'educazione terapeutica in un dialogo interattivo e su misura. Immaginiamo un'applicazione per il diabete che, riconoscendo l'utente come donna, fornisca consigli nutrizionali mirati per la sindrome dell'ovaio policistico (PCOS) o per la gestione della glicemia in menopausa: la cura diventa più mirata e consapevole.

Tuttavia, questa promessa si scontra con ostacoli significativi. La sfida più critica emerge dal "gender data gap": una storica eredità di ricerca clinica focalizzata sull'uomo che, se codificata negli algoritmi, crea un'intelligenza artificiale che riproduce i bias del passato. A questo si aggiungono il "divario digitale", che rischia di escludere le fasce di popolazione meno avvezze alla tecnologia, e la delicata questione della privacy, in un ecosistema che raccoglie dati sempre più personali.

In questo scenario così complesso, il nostro ruolo di infermieri non solo si arricchisce, ma diventa il perno di un'assistenza sicura ed equa. Diventiamo "**validatori umani**" e "**sentinelle etiche**", gli unici in grado di contestualizzare l'output di una macchina, ponendoci la domanda fondamentale: "L'algoritmo calcola un rischio basso, ma il mio intuito clinico e la storia di questa donna mi raccontano un'altra verità. Cosa sta sfuggendo alla macchina?". Diventiamo "**architetti di percorsi ibridi**", capaci di mescolare sapientemente teleassistenza e approcci tradizionali per garantire che nessuno venga lasciato indietro.

Qui, il nostro ruolo si evolve in quello di "**digital health curator**": non più semplici dispensatori di informazioni, ma guide esperte che orientano il paziente nel vasto mare dell'informazione online. Raccomandiamo strumenti certificati, aiutiamo le persone a sviluppare quell'alfabetizzazione sanitaria digitale (**digital health literacy**) che è il fondamento per un'autentica e consapevole partecipazione al proprio percorso di cura.

E diventiamo "**garanti della fiducia**", educando i pazienti a un uso consapevole e sicuro della tecnologia.

È proprio questo approccio critico e olistico a rappresentare il ponte verso l'obiettivo ultimo della medicina moderna: la **salute di precisione**. **Dare la cura giusta, alla persona giusta, al momento giusto, non è possibile se si ignora la variabile fondamentale del sesso e del genere.** Ed è l'infermiere, più di ogni altro professionista, a poter orchestrare questa complessa sinfonia, integrando le informazioni genomiche, i dati digitali, i referti clinici e i fattori di stile di vita in un piano di assistenza potentemente e autenticamente personalizzato.

L'approccio di genere: un imperativo etico e un atto di eccellenza per la pratica infermieristica

Siamo partiti dalla porta di un Pronto Soccorso, abbiamo attraversato i territori complessi della diagnosi, della terapia e delle disuguaglianze sociali, per giungere infine alla frontiera più attuale e sfidante della nostra professione: quella della sanità digitale. Questa nuova dimensione, fatta di app per la salute, sensori indossabili e algoritmi intelligenti, non è un futuro lontano, ma è già parte integrante della nostra realtà assistenziale. Qui, l'approccio di genere si rivela la nostra bussola indispensabile, perché ci insegna che i dati non sono mai neutri e che la tecnologia, se non governata con saggezza critica, rischia di perpetuare i bias del passato.

Di fronte a questa realtà, il ruolo dell'infermiere si evolve magnificamente.

La sfida diventa duplice: da un lato, acquisire le competenze per interagire con i nuovi strumenti; dall'altro, e con ancora maggior forza, affinare quelle capacità che nessuna macchina potrà mai replicare: il pensiero critico, l'empatia, la comunicazione e il giudizio clinico olistico.

Non siamo più solo erogatori di cure, ma diventiamo interpreti di dati complessi e garanti etici di una tecnologia che deve rimanere al servizio dell'uomo.

Lungo tutto questo percorso, è emerso un filo rosso che lega ogni nostra azione: l'approccio di genere non è un compito in più da aggiungere alla nostra lista, né una tecnica da imparare a memoria.

È, molto più profondamente, un modo di *essere* infermieri. È una scelta consapevole che ci chiede di rifiutare la comoda standardizzazione per abbracciare la complessità unica di ogni essere umano.

Adottare questo paradigma richiede umiltà, per mettere costantemente in discussione ciò che pensavamo di sapere; richiede una curiosità insaziabile, che ci spinge a studiare e ad aggiornarci; e richiede coraggio: il coraggio di far sentire la nostra voce all'interno del team di cura per difendere il benessere di un paziente.

Scegliere di essere un infermiere in un'ottica di genere, dunque, è un'opportunità di crescita straordinaria e un atto di eccellenza professionale. È la via per produrre risultati tangibili – diagnosi più rapide, terapie più sicure, maggiore aderenza – e, in definitiva, una salute migliore per le persone che si affidano a noi.

Ma, al di là di tutto, abbracciare questo approccio significa onorare la promessa più sacra e la vera essenza della nostra professione: quella di prenderci cura delle persone, non solo delle malattie, riconoscendo ogni individuo nella sua irripetibile unicità, con tutta la scienza e la coscienza di cui siamo capaci.

Perché garantire a tutti una cura più sicura, efficace ed equa non è solo un obiettivo clinico.

È, semplicemente, la cosa giusta da fare.

STRATEGIE E AZIONI PER L'IMPLEMENTAZIONE DELL'APPROCCIO DI GENERE NELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA – CALL TO ACTION	
Area di Intervento	Strategie e Azioni Specifiche
Pratica Clinica e Assistenziale	<ul style="list-style-type: none"> - ACCERTAMENTO SENSIBILE AL GENERE: Riconoscere e documentare sistematicamente sintomatologie atipiche che variano in base al sesso (es. infarto miocardico nella donna, depressione nell'uomo). - APPROCCIO INTERSEZIONALE: Valutare come genere, età, status socio-economico, orientamento sessuale e origine culturale si intreccino, creando bisogni di salute unici. - MONITORAGGIO FARMACOLOGICO DIFFERENZIATO: Vigilare attentamente su reazioni avverse ai farmaci (ADRs) sesso-specifiche, considerando le diverse risposte metaboliche. - SCREENING E PREVENZIONE MIRATI: Promuovere percorsi di prevenzione personalizzati che tengano conto dei diversi fattori di rischio per uomini e donne (es. osteoporosi, malattie cardiovascolari). - GESTIONE DEL DOLORE CONSAPEVOLE: Interpretare l'espressione del dolore del paziente considerando sia i fattori biologici sia i condizionamenti socio-culturali di genere. - IDENTIFICAZIONE PRECOCE DELLA VIOLENZA DI GENERE: Utilizzare un approccio sistematico per riconoscere i segnali di violenza e conoscere i percorsi di protezione da attivare.
Relazione, Comunicazione ed Educazione	<ul style="list-style-type: none"> - COMUNICAZIONE INCLUSIVA E NON GIUDICANTE: Utilizzare un linguaggio rispettoso dell'identità di genere di ogni persona (nomi, pronomi) e creare un ambiente di cura sicuro. - EDUCAZIONE TERAPEUTICA PERSONALIZZATA: Fornire consigli su stili di vita, nutrizione e attività fisica basati sulle specificità fisiologiche e sui contesti di vita di genere. - COSTRUZIONE DELL'ALLEANZA TERAPEUTICA: Affrontare proattivamente temi tabù (es. salute sessuale, incontinenza) che possono compromettere l'aderenza alla cura. - EMPOWERMENT DEL PAZIENTE: Aiutare la persona a comprendere la propria salute e le proprie cure in un'ottica di genere, promuovendone la partecipazione attiva alle decisioni (shared decision-making).
Competenze Digitali e Tecnologiche	<ul style="list-style-type: none"> - VALUTAZIONE CRITICA DEGLI STRUMENTI DIGITALI: - Imparare a riconoscere i potenziali "gender data bias" (pregiudizi di genere) negli algoritmi di IA, nelle app per la salute e nei sistemi di supporto decisionale. - PROGETTAZIONE DI PERCORSI DI CURA IBRIDI: - Valutare l'alfabetizzazione digitale del paziente per integrare in modo appropriato strumenti tecnologici (teleassistenza, monitoraggio remoto) con approcci tradizionali (telefonate, visite), garantendo equità di accesso. - PROMOZIONE DELLA PRIVACY E DELLA SICUREZZA: - Educare i pazienti alla gestione consapevole dei propri dati sanitari sensibili raccolti dalle piattaforme digitali.
Formazione, Ricerca e Sviluppo Organizzativo	<ul style="list-style-type: none"> • FORMAZIONE CONTINUA (ECM) E UNIVERSITARIA: Integrare in modo obbligatorio e strutturale la medicina di genere nei piani di studio del corso di laurea in infermieristica e nei programmi di aggiornamento professionale. • PROMOZIONE DELLA RICERCA INFERMIERISTICA DI GENERE: Raccogliere e analizzare sistematicamente dati disaggregati per sesso e genere per produrre evidenze scientifiche e migliorare le pratiche. • SVILUPPO DI PROTOCOLLI E CHECKLIST AZIENDALI: Creare strumenti operativi (es. checklist per l'accertamento, protocolli per il triage) che guidino l'inclusione della dimensione di genere nella pratica quotidiana. • ADVOCACY E RUOLO POLITICO: Farsi promotori attivi, all'interno delle organizzazioni sanitarie e degli ordini professionali, di politiche che sostengano e finanzino l'applicazione della medicina di genere.

BIBLIOGRAFIA**1. Manuali, Libri e Documenti Istituzionali**

- ASSD (Associazione Scientifica per la Sanità Digitale) (a cura di). (2022). *Le donne incontrano la salute: Esperienze e riflessioni*
- ASSD (Associazione Scientifica per la Sanità Digitale) (a cura di). (2024). *Il digital gender gap nella cultura del digitale in sanità (Collana: Le donne incontrano la salute)*.
- Coleman, E., et al. (2022). *Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8*. International Journal of Transgender Health, 23(sup1), S1-S259.
- Criado Perez, C. (2019). *Invisible Women: Data Bias in a World Designed for Men*. Abrams Press. (Trad. It. *Invisibili: Come il nostro mondo ignora le donne in ogni campo. Dati alla mano*. Mondadori).
- Legato, M. J. (Ed.). (2017). *Principles of Gender-Specific Medicine: Gender in the Genomic Era (3rd ed.)*. Academic Press.
- Ministero della Salute. (2022). *Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere (ai sensi dell'art. 3 della Legge 3/2018)*.
- Viola, V. M. G., Merzagora, F., & Merz, M. D. (a cura di). (2018). *Salute a misura di donna. Conoscere la medicina di genere per la salute di tutti*. FrancoAngeli (per ONDA - Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna e di Genere).
- World Health Organization (WHO). (2021). *Violence against women prevalence estimates, 2018*.

2. Medicina di Genere e Ricerca Infermieristica ASSD

- Antonen, K. M., & Punton, S. (2021). *Nurses' role in gender-sensitive health care: a scoping review*. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 35(4), 1011-1024.
- Gattamorta, K. A., et al. (2023). *An intersectionality-based policy analysis framework for nursing*. Nursing Inquiry, 30(2), e12534.
- Hawks, Z. W., & Torsvik, M. (2023). *Nurses' experiences with providing gender-affirming care: A qualitative systematic review*. Journal of Advanced Nursing, 79(6), 2004-2016.
- O'Donnell, J. M., et al. (2022). *The state of the science in gender-related nursing research*. Nursing Outlook, 70(4), 575-586.

3. Aree Cliniche, Farmacologia e Sanità Digitale

- Angum, F., et al. (2020). *The Prevalence of Autoimmune Disorders in Women: A Narrative Review*. Cureus, 12(5), e8094.
- Cirillo, D., et al. (2020). *Sex and gender differences and biases in artificial intelligence for biomedicine and healthcare*. NPJ Digital Medicine, 3(1), 81.
- Mogil, J. S. (2020). *Qualitative sex differences in pain*. Nature Reviews Neuroscience, 21(2), 87-99.
- Parsons, C., & Kring, D. L. (2022). *The Role of Digital Health Literacy in a Gender-Responsive Health System*. Journal of Midwifery & Women's Health, 67(S1), S29-S34.
- Tannenbaum, C., et al. (2021). *Sex and gender analysis in pharmacology: a call for a new conceptual framework*. The Lancet, 397(10283), 1438-1440.
- Vogel, B., et al. (2021). *The Lancet women and cardiovascular disease Commission: reducing the global burden by 2030*. The Lancet, 397(10292), 2385-2438.

LA MEDICINA DI GENERE IN MEDICINA GENERALE

Introduzione

La Medicina Generale è il primo punto di accesso al sistema sanitario e si occupa di patologie acute e croniche, integrando dimensioni biologiche, sociali, culturali e relazionali.

Il genere influenza incidenza, età di insorgenza, modalità di presentazione clinica, prognosi delle patologie ed efficacia dei trattamenti, e deve quindi essere considerato nei modelli di medicina personalizzata e di precisione.

La medicina di genere studia come sesso biologico e genere socioculturale condizionino l'intero percorso di malattia, dalla prevenzione alla diagnosi, fino alla risposta alle cure e alla qualità di vita del paziente. Integrare la medicina di genere nella pratica quotidiana consente percorsi più equi ed efficaci.

Il medico di famiglia, grazie alla sua visione olistica e alla prossimità territoriale, è nella posizione ideale per tradurre questa prospettiva in pratica clinica, come dimostrano alcune patologie comuni che evidenziano differenze di genere.

Patologie cardiovascolari

Le malattie cardiovascolari rappresentano la prima causa di morte in entrambi i sessi.

Nelle donne l'esordio è mediamente più tardivo rispetto agli uomini, grazie alla protezione ormonale in età fertile. In aggiunta alla limitata consapevolezza del rischio, fattori sociali e culturali, come il carico familiare, portano molte donne a minimizzare i sintomi, con conseguente ritardo nella diagnosi e nei trattamenti. Negli uomini, al contrario, condizioni socialmente considerate "femminili", come il ruolo di caregiver e lo stress psico-emotivo, possono aumentare il rischio cardiovascolare.

Nel sesso femminile i sintomi di presentazione delle patologie cardiache sono spesso atipici (nausea, affaticamento, dolore epigastrico o irradiato alla schiena/mandibola), con rischio di diagnosi tardive e minore prescrizione di trattamenti salvavita (ad es. antiaggreganti, beta-bloccanti, anti-ipertensivi e ipolipemizzanti).

Riguardo all'ipertensione, gli uomini presentano valori pressori più elevati fin dall'adolescenza e sviluppano ipertensione più precocemente, spesso in associazione a sindrome metabolica e stili di vita a rischio.

Nelle donne, invece, la pressione tende ad aumentare soprattutto dopo la menopausa, quando viene meno la protezione degli estrogeni: in questa fase la progressione è più rapida. Gli ormoni sessuali giocano infatti un ruolo cruciale: gli estrogeni hanno un effetto vasodilatatore e protettivo, mentre il testosterone favorisce l'attivazione del sistema renina-angiotensina con azione pro-ipertensiva. Anche i fattori di rischio di ipertensione mostrano un diverso profilo: nelle donne prevalgono obesità, sindrome dell'ovaio policistico, diabete, malattie autoimmuni e preeclampsia; negli uomini la sindrome metabolica, la dislipidemia, l'apnea notturna e la gotta. Il danno d'organo da ipertensione arteriosa riflette queste differenze: nelle donne sono più frequenti ipertrofia ventricolare sinistra, insufficienza cardiaca con frazione di eiezione preservata, fibrillazione atriale ed ictus; mentre negli uomini prevalgono infarto miocardico e insufficienza cardiaca con frazione di eiezione ridotta. È rilevante notare che nelle donne il rischio cardiovascolare aumenta già a valori pressori inferiori rispetto agli uomini.

La risposta ai farmaci, infine, mostra ulteriori differenze: le donne ricevono più spesso diuretici e rispondono meglio a calcio-antagonisti e beta-bloccanti, ma sono più soggette a effetti collaterali (ad esempio tosse da ACE-inibitori o edemi con calcio-antagonisti). Negli uomini vengono prescritti più frequentemente ACE-inibitori e sartani, mentre i diuretici favoriscono più facilmente iperuricemia e gotta.

Le donne hanno in genere una maggiore aderenza terapeutica, ma un controllo pressorio meno efficace, soprattutto in età avanzata; gli uomini, pur meno attenti alla gestione della malattia, possono talvolta ottenere un miglior controllo una volta impostata la terapia.

Nel contesto delle patologie cardiovascolari il medico di medicina generale riveste un ruolo fondamentale. Deve saper riconoscere precocemente i segnali di rischio, anche quando i sintomi si presentano in forma atipica, soprattutto nelle donne. È importante che adatti la comunicazione: da un lato sensibilizzando le pazienti donne sull'importanza di sintomi apparentemente "minori", dall'altro incoraggiando gli uomini a sottoporsi a controlli regolari e a migliorare l'aderenza terapeutica. Allo stesso tempo, il medico di famiglia ha il compito di promuovere screening mirati — pressione arteriosa, assetto lipidico, glicemia — tenendo conto delle differenze legate al sesso e all'età, e di considerare il ruolo dei fattori ormonali come menopausa, terapia estroprogestinica, gravidanza o sindrome dell'ovaio policistico. Infine, la scelta terapeutica deve essere personalizzata non solo sulla base delle linee guida, ma anche delle differenze di genere nella tolleranza e negli effetti collaterali. Promuovere stili di vita sani, informare sui rischi specifici (ad esempio nelle donne fumatrici che assumono estroprogestinici o negli uomini con sindrome metabolica) e sostenere l'aderenza terapeutica sono strumenti essenziali per garantire cure realmente mirate e ridurre il divario di genere nelle patologie cardiovascolari.

Patologie respiratorie

Anche le malattie respiratorie presentano differenze di genere significative. L'asma, più comune nel sesso maschile durante l'infanzia, diventa più frequente e spesso più grave nelle donne dopo la pubertà.

Nel sesso femminile, le fasi ormonali, come menarca, gravidanza e menopausa, influenzano l'insorgenza e l'andamento delle esacerbazioni. Le donne riferiscono sintomi più intensi e hanno una qualità di vita più compromessa, con maggior ricorso a cure mediche e ospedalizzazioni.

Anche nella Bronco-Pneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) le differenze sono evidenti: a parità di esposizione al fumo, le donne hanno un declino più rapido della funzione polmonare e una maggiore sensazione di dispnea. Spesso però i loro sintomi vengono ricondotti a disturbi psicosomatici o ansiosi, ritardando la diagnosi. Negli uomini prevalgono tosse ed espettorato, e più facilmente vengono eseguiti esami strumentali che portano a diagnosi precoci.

Anche sul piano terapeutico emergono differenze: alcuni studi mostrano una risposta migliore agli steroidi inalatori negli uomini, mentre nelle donne sembra efficace la riabilitazione respiratoria.

In questo contesto, il medico di famiglia ha un ruolo centrale. È fondamentale che non sottovaluti i sintomi riferiti dalle donne, anche quando atipici o sfumati, riconoscendone la reale gravità clinica; utilizzi precocemente la spirometria nei pazienti a rischio senza differenze di genere nell'accesso agli accertamenti; promuova percorsi personalizzati di cessazione del fumo, adattando il counseling a uomini e donne; sostenga l'aderenza terapeutica, spiegando l'importanza della continuità dei trattamenti inalatori e monitorando con attenzione eventuali effetti collaterali, che possono variare tra i sessi; integri programmi di riabilitazione respiratoria soprattutto nelle pazienti donne, dove dimostrano un impatto positivo sulla qualità di vita.

Malattie endocrinologiche

Nel diabete mellito di tipo 2 uomini e donne presentano una prevalenza simile, ma con importanti distinzioni: gli uomini tendono a svilupparlo più precocemente, mentre nelle donne il rischio aumenta in presenza di disturbi ormonali come la sindrome dell'ovaio policistico o il diabete gestazionale, e cresce significativamente dopo la menopausa con la perdita della protezione estrogenica.

Inoltre, la diagnosi nelle donne è spesso più tardiva: l'emoglobina glicata può sottostimare il rischio nelle pazienti in età fertile, rendendo necessaria l'integrazione con strumenti aggiuntivi, come la curva da carico orale di glucosio e la valutazione della circonferenza vita.

Nelle complicanze croniche del diabete emergono chiare differenze di genere. La neuropatia diabetica nelle donne si manifesta più spesso con sintomi dolorosi, algogeni e nocicettivi, accompagnati da parestesie e perdita di sensibilità, mentre negli uomini tende a prevalere il deficit funzionale periferico con riduzione della forza agli arti. Anche la nefropatia presenta un andamento diverso: negli uomini la progressione verso l'insufficienza renale è più rapida, ma nelle donne sottoposte a dialisi cronica il rischio di mortalità è più elevato, in particolare per la concomitanza di comorbidità cardiovascolari e di un maggiore stress ossidativo. Sul piano cardiovascolare, nelle donne il diabete annulla precocemente la protezione ormonale esercitata dagli estrogeni, determinando un incremento del rischio di aterosclerosi carotidea, infarto e ictus. Infine, il piede diabetico tende a comparire più precocemente negli uomini, con un rischio maggiore di amputazioni. Anche la risposta terapeutica varia: con la metformina gli uomini mostrano maggiore riduzione di HbA1c, le donne un calo ponderale più significativo ma con più effetti collaterali gastrointestinali.

Le sulfaniluree appaiono meno efficaci nelle donne, mentre le glifozine e gli agonisti recettoriali del GLP-1, pur efficaci in entrambi i sessi, risultano meno prescritti al sesso femminile.

Accanto agli aspetti biologici, giocano un ruolo determinante anche i fattori psicosociali.

Dopo la diagnosi di malattia, le donne riportano più frequentemente un impatto negativo sulla qualità di vita e maggiori sintomi depressivi; mentre negli uomini prevale il cattivo controllo dei fattori comportamentali come alimentazione, consumo di alcol e sedentarietà.

Accanto al diabete, le malattie tiroidee rappresentano un ulteriore ambito in cui le differenze di genere sono marcate. Le tireopatie – seconde solo al diabete tra le malattie endocrino-metaboliche – colpiscono le donne fino a 5 volte più degli uomini. La maggiore prevalenza è legata sia al ruolo degli estrogeni e delle variazioni ormonali cicliche, sia alla più alta incidenza di autoimmunità nel sesso femminile.

I disturbi tiroidei influenzano in modo cruciale la salute riproduttiva: possono alterare menarca e cicli mestruali, favorire anovulazione e complicanze in gravidanza (pre-eclampsia, aborti spontanei, parto pretermine, ritardo di crescita fetale), oltre a predisporre a tiroidite post-partum e menopausa precoce.

Sul piano clinico, l'ipotiroidismo è più frequente nelle donne dopo i 60 anni e i sintomi persistono più a lungo nonostante la terapia con L-tiroxina, che richiede spesso dosaggi più elevati rispetto agli uomini. L'ipertiroidismo, in particolare il morbo di Basedow, è fino a sette volte più comune nelle donne.

Nei tumori tiroidei, le donne presentano un'incidenza più alta, soprattutto in età premenopausale, con un possibile ruolo degli estrogeni nella proliferazione cellulare; negli uomini, invece, le lesioni tendono a manifestarsi più tardivamente e con maggiore aggressività. Inoltre, il sesso maschile è considerato un fattore prognostico sfavorevole per il carcinoma papillare della tiroide, con rischio di recidiva superiore rispetto alle donne. Infine, le interazioni tra ormoni tiroidei e metabolismo lipidico sono fortemente sesso-specifiche: negli uomini i bassi livelli di TSH sembrano proteggere dall'iperlipidemia, mentre nelle donne livelli elevati di TSH si associano precocemente a profili lipidici più aterogeni.

Il medico di famiglia ha un ruolo centrale nel riconoscere queste differenze: deve garantire una diagnosi precoce utilizzando strumenti adeguati nelle donne (OGTT, valutazioni antropometriche, screening tiroideo oltre i 35 anni), prestare attenzione ai disturbi riproduttivi e alle complicanze gravidiche come possibili indicatori di patologie endocrine, monitorare l'aderenza terapeutica e il benessere psicosociale, e collaborare con lo specialista endocrinologo per personalizzare la prevenzione e la terapia.

Patologie oncologiche

Le differenze di genere in oncologia sono ampiamente documentate. Nelle donne prevalgono il carcinoma mammario e quello polmonare, mentre negli uomini il carcinoma prostatico e il polmonare. Il carcinoma colon-retto interessa entrambi i sessi, ma con caratteristiche diverse: negli uomini è più frequente e associato a una mortalità più elevata, mentre nelle donne tende a localizzarsi nel colon destro, sede in cui i test di screening hanno minore sensibilità, con conseguente rischio di falsi negativi e ritardi nella diagnosi.

Il carcinoma mammario, pur raro negli uomini, non deve essere trascurato: la mancanza di consapevolezza e l'assenza di programmi di prevenzione maschile portano spesso a diagnosi più tardive e prognosi peggiori. Il tumore del polmone, un tempo ritenuto tipicamente maschile, è la seconda causa di morte oncologica nelle donne, incluse non fumatrici e donne giovani, probabilmente per una combinazione di fattori ambientali, genetici e ormonali. Nonostante ciò, i sintomi respiratori nelle donne vengono ancora frequentemente sottovalutati e attribuiti a componenti psicosomatiche ed emotive.

Le differenze emergono anche negli screening. I criteri di eleggibilità alla TC torace a basso dosaggio tendono a escludere molte donne a rischio, nonostante gli studi abbiano mostrato che tale metodica porti ad una riduzione della mortalità più marcata nelle donne rispetto agli uomini. Pap test e mammografia sono programmi consolidati e con elevata adesione, mentre negli uomini lo screening prostatico tramite PSA rimane meno sistematico, scarsamente prescritto e spesso percepito come facoltativo. Per quanto riguarda lo screening del colon-retto, la partecipazione è maggiore nelle donne, mentre negli uomini l'adesione è più bassa con ricadute negative sulla prognosi.

Per il medico di famiglia, integrare la prospettiva di genere nella prevenzione oncologica significa, nelle donne, potenziare lo screening del tumore polmonare e migliorare la sensibilità diagnostica per i tumori del colon destro; negli uomini, aumentare la consapevolezza sul carcinoma mammario, promuovere l'adesione allo screening del colon-retto e implementare la prevenzione per il carcinoma prostatico. In questo modo il medico di famiglia può contribuire a rendere la diagnosi più tempestiva e a migliorare gli esiti clinici.

Osteoporosi

L'osteoporosi è una patologia cronica ad alta prevalenza e rilevanza in medicina generale, per le gravi conseguenze delle fratture da fragilità, che determinano disabilità, perdita di autonomia e aumento della mortalità.

Le differenze di genere sono evidenti: la malattia è quattro volte più frequente nelle donne, soprattutto dopo la menopausa per il calo estrogenico. Negli uomini compare più tardi, grazie a una maggiore resistenza scheletrica, ma le fratture hanno prognosi peggiore, con recupero più lento e mortalità più elevata.

Inoltre, la distribuzione differisce: nelle donne sono più comuni fratture vertebrali e di polso, negli uomini fratture femorali, associate a esiti più gravi.

Nella pratica clinica le donne vengono più frequentemente sottoposte a densitometria ossea e trattamenti farmacologici, mentre negli uomini la diagnosi arriva spesso dopo la prima frattura, riflesso di una persistente sottovalutazione del rischio maschile.

Il medico di famiglia deve quindi superare questi bias: nelle donne promuovendo prevenzione precoce in peri-menopausa, negli uomini individuando fattori di rischio secondari come ipogonadismo o uso cronico di corticosteroidi. In entrambi i sessi resta fondamentale dieta adeguata, esercizio fisico regolare, abolizione del fumo e supplementazione di calcio e vitamina D e trattamenti farmacologici. Un approccio di genere permette così di personalizzare la presa in carico e ridurre il carico di disabilità.

Salute mentale

Ansia e depressione colpiscono più frequentemente le donne, che tendono a rivolgersi al medico di famiglia più precocemente, spesso riportando sintomi aspecifici come affaticamento, insonnia, palpitazioni, vertigini o dolore toracico. Negli uomini, invece, prevale una maggiore reticenza nel chiedere aiuto, legata a barriere culturali e stereotipi di genere che associano la vulnerabilità emotiva a una perdita di forza.

Questo porta a un accesso ritardato alle cure e a una diagnosi spesso in fase più avanzata.

Le differenze si riflettono anche nella comorbidità: nelle donne ansia e depressione tendono a manifestarsi in concomitanza, alimentate da fattori come ruminazione e sensibilità ansiosa; negli uomini, invece, l'ansia si associa più frequentemente a disturbi esternalizzanti come abuso di sostanze, aggressività o ADHD, rendendo la diagnosi più complessa e tardiva. Inoltre, la socializzazione di genere condiziona i vissuti: nelle donne pesano maggiormente relazioni interpersonali, ruoli di cura e standard sociali, mentre negli uomini ansia e stress sono più spesso legati a lavoro, competitività e aspettative di successo.

Anche il dolore osteo-articolare viene vissuto diversamente: le donne lo portano più facilmente all'attenzione del medico, mentre gli uomini tendono a minimizzarlo o ad attribuirlo all'età, ritardando la diagnosi e l'iter terapeutico.

Per il medico di famiglia ciò significa adottare un approccio empatico e non giudicante, che valorizzi i sintomi femminili senza etichettarli frettolosamente come disturbi somatoformi, e che incoraggi gli uomini a superare barriere culturali e stereotipi, favorendo un accesso più tempestivo alle cure. Solo in questo modo la gestione del dolore cronico e della salute mentale può diventare realmente personalizzata e rispettosa delle differenze di genere.

Conclusioni

La medicina di genere non si limita a descrivere differenze biologiche, ma mette in evidenza come sesso e genere influenzino prevenzione, diagnosi, presentazioni cliniche, qualità di vita e risposte ai trattamenti. Una sua applicazione efficace richiede un approccio trasversale, capace di considerare la persona all'interno del proprio contesto di vita.

Per il medico di famiglia ciò significa formulare domande mirate, interpretare i sintomi in ottica di genere, ascoltare con empatia e modulare la comunicazione. Attraverso strumenti organizzativi come cartelle cliniche sensibili al genere, audit interni e campagne di prevenzione dedicate, la medicina generale può incidere in modo concreto nel superare bias, stereotipi e disuguaglianze.

Integrare la prospettiva di genere nella pratica quotidiana non significa rivoluzionare la clinica, ma renderla più equa ed efficace, costruendo percorsi calibrati sulle differenze biologiche e sociali.

Curare con attenzione al genere vuol dire, in definitiva, conoscere meglio i pazienti e garantire cure più sicure, efficaci e giuste, rafforzando la relazione medico-paziente e avvicinando la medicina generale alla sua missione più autentica: prendersi cura di tutta la popolazione in modo completo e umano.

BIBLIOGRAFIA

1. Ambrosino I, Barbagelata E, Gnerre G, Politi C: Le malattie respiratorie nell'ottica di genere. *Italian Journal of Medicine* 2019, 7:1-33.
2. Castello R, Caputo M: Thyroid diseases and gender. *Journal of Sex-and Gender-Specific Medicine* 2019, 5(3):136-141.
3. Ciarambino T, Crispino P, Leto G, Mastrolorenzo E, Para O, Giordano M: Influence of gender in diabetes mellitus and its complication. *International journal of molecular sciences* 2022, 23(16):8850.
4. Dorak MT, Karpuzoglu E: Gender differences in cancer susceptibility: an inadequately addressed issue. *Frontiers in genetics* 2012, 3:268.
5. Farhane-Medina NZ, Luque B, Taberner C, Castillo-Mayén R: Factors associated with gender and sex differences in anxiety prevalence and comorbidity: A systematic review. *Science progress* 2022, 105(4):00368504221135469.
6. Gerds E, Sudano I, Brouwers S, Borghi C, Bruno RM, Ceconi C, Cornelissen V, Diévert F, Ferrini M, Kahan T: Sex differences in arterial hypertension: a scientific statement from the ESC Council on Hypertension, the European Association of Preventive Cardiology, Association of Cardiovascular Nursing and Allied Professions, the ESC Council for Cardiology Practice, and the ESC Working Group on Cardiovascular Pharmacotherapy. *European Heart Journal* 2022, 43(46):4777-4788.
7. Groeneveld JM, Ballering AV, van Boven K, Akkermans RP, Olde Hartman TC, Uijen AA: Sex differences in incidence of respiratory symptoms and management by general practitioners. *Family Practice* 2020, 37(5):631-636.
8. Kautzky-Willer A, Leutner M, Harreiter J: Sex differences in type 2 diabetes. *Diabetologia* 2023, 66(6):986-1002.
9. Loikas D, Karlsson L, von Euler M, Hallgren K, Schenck-Gustafsson K, Bastholm Rahmner P: Does patient's sex influence treatment in primary care? Experiences and expressed knowledge among physicians—a qualitative study. *BMC family practice* 2015, 16(1):137.
10. López-Ferreruela I, Gimeno-Miguel A, Laguna-Berna C, Malo S, Castel-Feced S, José Rabanaque M, Aguilar-Palacio I: When gender matters: inequalities in health services utilization and risk factors monitoring after acute myocardial infarction. *Front Glob Womens Health* 2025, 6:1605400.
11. McCloskey E, Rath J, Heijmans S, Blagden M, Cortet B, Czerwinski E, Hadji P, Payer J, Palmer K, Stad R: The osteoporosis treatment gap in patients at risk of fracture in European primary care: a multi-country cross-sectional observational study. *Osteoporosis International* 2021, 32(2):251-259.
12. Somayaji R, Chalmers JD: Just breathe: a review of sex and gender in chronic lung disease. *European Respiratory Review* 2022, 31(163).
13. Song J-J, Ma Z, Wang J, Chen L-X, Zhong J-C: Gender differences in hypertension. *Journal of cardiovascular translational research* 2020, 13(1):47-54.
14. Zhao M, Woodward M, Vaartjes I, Millett ER, Klipstein-Grobusch K, Hyun K, Carcel C, Peters SA: Sex differences in cardiovascular medication prescription in primary care: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Heart Association* 2020, 9(11): e014742.

DONATELLA USSORIO

Vicepresidente AITeRP - Associazione Italiana Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica

ALESSIA PICA

Segretario AITeRP - Associazione Italiana Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica

OLTRE GLI STEREOTIPI: LE RADICI E LE CONSEGUENZE DELLE DIFFERENZE DI GENERE IN SALUTE MENTALE

Fin dall'antichità, esiste una forte connessione tra il concetto di "follia" e il genere femminile: nell'antica mitologia greca Lyssa, dea della rabbia e della follia, operava insieme a Mania, spiriti che rappresentavano la pazzia e la frenesia, mentre il dio della medicina e della guarigione, Asclepio, era un uomo.

Questo contrasto tra le figure divine rifletteva simbolicamente le differenze di genere, che si sono poi tradotte anche nel modo in cui si percepivano e si trattavano i problemi di salute mentale nel corso della storia (Showalter, 1987; Ussher, 2011).

Anche il termine "isteria", derivante dal greco *hysteria* (che indica l'utero), è stato introdotto da Ippocrate (V secolo a.c), secondo cui l'utero, se non adeguatamente umidificato, avrebbe potuto vagare nel corpo, causando una varietà di sintomi fisici e psicologici. Le teorie di Ippocrate sull'isteria, sebbene oggi considerate prive di fondamento scientifico, hanno influenzato la comprensione della salute femminile per secoli.

Con il passare dei secoli, soprattutto nel XIX e XX secolo, si sono sviluppate teorie su basi scientifiche e meno stereotipate, la psichiatria ha iniziato a studiare la salute mentale in modo più oggettivo, anche se, purtroppo, ancora oggi permangono influenze culturali e sociali che possono portare a percezioni distorte o a trattamenti non equi tra i generi (Ussher, 2011; Riecher-Rössler, 2010).

Nel linguaggio comune, le parole "sesso" e "genere" sono spesso utilizzate come sinonimi, ma rappresentano concetti molto diversi. Il sesso si riferisce principalmente a caratteristiche biologiche e fisiche, mentre il genere riguarda ruoli, comportamenti, espressioni e identità che una società associa a uomini e donne, è un costrutto fluido che varia nel tempo e tra le diverse culture. In altre parole, il sesso è biologico, mentre il genere è un concetto non binario, costruito socialmente e influenzato non solo da fattori intrinseci, ma anche da pratiche sociali, norme e aspettative (American Psychological Association, 2015; Lorber & Moore, 2002).

L'OMS ha recentemente dichiarato che il genere è uno dei determinanti sociali di salute più trascurati nella salute mentale (OMS, 2022) mentre dovrebbe essere considerato, perché sono state riscontrate differenze di genere in diverse variabili: prevalenza, sintomatologia; fattori di rischio; decorso e trattamento dei disturbi mentali (Riecher-Rössler, 2010).

Prevalenza dei disturbi mentali e genere

Le evidenze relative alle differenze nella prevalenza dei disturbi mentali sono rilevanti: 1 donna su 5 sperimenta ansia o depressione (Lan et al., 2022) e la depressione è il 50% più comune nel sesso femminile rispetto a quello maschile (Thomas, 2023).

Un recentissimo studio condotto dall'*Institute for Environmental Medicine* (IMM) del *Karolinska Institute* in Svezia, pubblicato su *The Lancet*, condotto su oltre 4,8 milioni di donne e altrettanti uomini, nati e residenti in Svezia tra il 2003 e il 2019 ha dimostrato come gli uomini presentino un tasso di incidenza più elevato di disturbi psichiatrici nell'infanzia (5-9 anni), mentre nelle donne la prevalenza aumenta nell'adolescenza (15-19 anni) e permane elevata fino ai 54 anni. Secondo i risultati di tale studio, le donne tra i 10 e i 54 anni presentano un'incidenza significativamente più elevata di disturbi depressivi, d'ansia, disturbi fobici, disturbo da stress post-traumatico, disturbi alimentari e bipolari.

Gli uomini tra i 15 e i 54 anni hanno una maggiore incidenza di disturbi da uso di droghe e di abuso di alcol in età adulta e disturbi meno prevalenti in epidemiologia, come il disturbo antisociale di personalità e i deficit di attenzione. (Yang, et al. 2024).

I tentativi di suicidio sono maggiori nelle donne rispetto agli uomini, ma negli uomini è maggiore il suicidio completato, quindi la morte per suicidio. Possiamo così dividere questi disturbi in due gruppi, i “disturbi internalizzanti”, più frequenti nel sesso femminile, e i “disturbi esternalizzanti”, più frequenti nel sesso maschile.

Il genere come fattore determinante della salute mentale

Come evidenziato da Afifi adottare un approccio di genere alla salute mentale significa distinguere i fattori biologici da quelli sociali, esplorando le loro interazioni e riconoscendo come la disuguaglianza di genere influisca sui risultati di salute (Afifi, 2007). Il genere non opera in modo isolato, ma interagisce con altri marcatori sociali come classe e razza, in modo additivo o moltiplicativo. Effettuare un’analisi di genere migliora la comprensione dell’epidemiologia dei problemi di salute mentale, le decisioni e il trattamento di questi problemi. Inoltre, le differenze di genere influenzano altri aspetti della vita: gli uomini mai sposati e quelli separati o divorziati hanno tassi complessivi di ammissione alle strutture di salute mentale più elevati rispetto alle donne nelle stesse categorie di stato civile, mentre le donne sposate hanno tassi di ammissione più elevati rispetto agli uomini sposati (Afifi, 2007).

Considerando il loro impatto sulla salute mentale, sia le differenze di genere che quelle legate al sesso dovrebbero essere sempre prese in considerazione, a partire dall’implementazione della promozione e dell’adozione di strategie di screening per identificare le persone che sono a rischio di sviluppare problemi di salute mentale, per prevenirne l’insorgenza o almeno permettere di intervenire prima che peggiorino (Colizzi et al., 2020).

Fattori di rischio per le differenze di genere nella salute mentale

Molte sono le variabili che possono influenzare le differenze di genere nella salute mentale e che possono aiutarci a comprendere le variazioni nell’insorgenza e nell’espressione del disagio mentale

Fattori biologici

Per lungo tempo ha prevalso l’ipotesi secondo cui le differenze di genere nella salute mentale fossero principalmente attribuibili a fattori biologici, quali aspetti costituzionali, genetici ed endocrini (Kuehner, 2017; Li et al., 2017). In particolare, alcuni autori hanno identificato i sistemi ormonali e riproduttivi come responsabili della maggiore vulnerabilità delle donne a specifiche condizioni di salute mentale (Janowsky et al., 1985). Infatti alcune fasi biologiche di una donna sono associate a un aumento del rischio di problematiche mentali. Periodi importanti includono la pubertà, fase caratterizzata da trasformazioni ormonali, fisiche e psicologiche che possono influire sull’adattamento sociale e sull’identità personale delle giovani. Anche il periodo premestruale è riconosciuto per la frequente comparsa di sintomi psichici, derivanti da una complessa interazione tra variazioni ormonali e fattori psicologici. Un ulteriore picco di incidenza di disturbi dell’umore si verifica nella menopausa, periodo in cui ai cambiamenti endocrini si sommano fonti di stress psicosociale come il pensionamento, la partenza dei figli, o l’assistenza a genitori anziani (Lolak et al., 2005). Inoltre, la gravidanza e il post-partum sono fasi di elevata vulnerabilità per le donne, caratterizzate da un rischio aumentato di disturbi d’ansia, depressione e disturbi alimentari (FNOPO, 2025; OMS, 2022).

Fattori sociali, ambientali e socioculturali nelle differenze di genere in salute mentale

Da una prospettiva di costruzione sociale le differenze di genere nella salute mentale possono essere modellate da fattori socialmente costruiti: i ruoli e le aspettative assegnati a uomini e donne nella società possono contribuire a queste differenze. In altre parole, le disparità osservate nei risultati relativi alla salute mentale tra popolazione maschile e femminile potrebbero derivare dalle norme e dalle pressioni sociali associate ai ruoli di genere (Payne et al., 2008).

Alcuni studiosi ritengono che la causa principale, da un punto di vista socioculturale, sia il predominio del modello maschile nella salute mentale, ovvero che le definizioni di normalità si basino su ruoli culturali che lasciano poco spazio all'individualità e a chi si identifica in un genere non maschile.

Chiunque si percepisca appartenente a un genere che non è il genere privilegiato dalla società, il maschile, è più vulnerabile. Il genere non binario, come il transgender, riscontrata maggiore incidenza di ansia, depressione e suicidalità. Questo può essere spiegato secondo il *minority stress model*, elaborato da Meyer all'inizio degli anni 2000, secondo il quale la presenza di maggiore stigma, pregiudizio e discriminazione a cui queste persone vanno incontro, che rende ostile l'ambiente in cui vivono, causa un aumento dello stress più significativo rispetto alle altre popolazioni. Quindi i generi tradizionali possono rendere le persone che non si identificano nel genere maschile più vulnerabili, rispetto agli uomini, ai disturbi mentali (Meyer, 2003).

Oltre ai fattori socialmente costruiti, esistono ulteriori variabili socioculturali e stressors che contribuiscono alle differenze di genere in salute mentale. Una variabile importante è la povertà, e in particolare la "femminilizzazione della povertà" (Belle et al., 2003). Vi è dimostrazione di una forte correlazione tra genere e povertà, le donne non solo mostrano una maggiore incidenza di povertà rispetto agli uomini, ma anche una povertà più grave. Chi vive in povertà è più incline a sviluppare problemi di salute mentale quindi le donne povere hanno maggiori probabilità di avere problemi di salute mentale (EQUINET, 2021; Palacios-Barrios et al., 2019).

Secondo i dati dell'OMS (2022), le donne affrontano numerosi fattori di stress che accentuano la disuguaglianza di genere, tra cui tassi più bassi di scolarizzazione e occupazione, retribuzioni inferiori per lavoro equivalente, sottorappresentazione nelle posizioni di leadership e maggiori livelli di stress psicosociale e problematiche correlate, dall'onere del *caregiving* (bambini, anziani, persone malate) alla violenza di genere (ad esempio, violenza nelle relazioni intime). La teoria del ruolo sociale di genere evidenzia come questo status sociale svantaggiato e cronico può aumentare lo stress o ridurre il senso di controllo, peggiorando la salute mentale (Wang et al., 2016).

Anche la violenza di genere riveste un ruolo importante. Pur essendo uomini, donne e bambini potenziali vittime, modalità e conseguenze differiscono significativamente: gli uomini sono più spesso aggrediti da estranei, le donne da partner o familiari, ed è più frequente che siano uccise da partner rispetto agli uomini da estranei. In Europa, la violenza domestica rappresenta la principale causa di morte per le donne tra i 16 e 50 anni (Sabbadini, 2007).

Dati dell'OMS (2017) indicano che una donna su tre ha subito nella vita violenza fisica o sessuale, in gran parte da parte di partner o familiari. Il 27% delle giovani donne tra i 15 e 49 anni che hanno avuto relazioni ha riferito episodi di violenza da parte del partner. Una ricerca ISTAT del 2007 stima che in Italia

6.743.000 donne tra 16 e 70 anni abbiano subito violenza fisica o sessuale almeno una volta nella vita; circa un milione ha subito stupro o tentato stupro. Solo il 7% delle vittime denuncia il partner, mentre circa un terzo non parla con nessuno della violenza subita. Questi atti violenti compromettono non soltanto la salute fisica, sessuale e riproduttiva, ma anche quella mentale.

Le ripercussioni sulla salute mentale includono disturbi depressivi e ansiosi, disturbi post-traumatici da stress, abuso di sostanze e patologie psicosomatiche. Le donne vittime manifestano inoltre un tasso di suicidio superiore alla media, con impatti negativi sulle capacità di cura di sé e della famiglia (Aguglia, 2011). In Italia, dall'inizio del 2025, si contano già 40 femminicidi accertati in sette mesi, numero probabilmente sottostimato.

Prevalenza dei disturbi mentali e genere

Il genere gioca un ruolo significativo nell'atteggiamento verso la richiesta di un aiuto psicologico professionale, con le donne che hanno generalmente atteggiamenti più positivi rispetto agli uomini (Gonzalez et al., 2011; Nam et al., 2010).

La riluttanza degli uomini a cercare aiuto per problemi di salute mentale può derivare dalla loro adesione alle norme maschili dominanti che scoraggiano le espressioni di debolezza, limitano la divulgazione di sé, ed enfatizzano l'autosufficienza. Di conseguenza, gli uomini che si conformano maggiormente a queste norme tendono ad avere atteggiamenti più negativi nei confronti della ricerca di aiuto (Tang et al., 2014) credendo di essere in grado di gestire le loro preoccupazioni di salute mentale in modo indipendente, senza l'aiuto di un professionista (Latalova et al., 2014).

Se le donne sono così reticenti nel parlare rispetto al fatto di essere vittime di abuso, invece rispetto alla propria salute mentale lo sono molto meno. Sono più propense a parlare anche a figure non specialistiche, come il medico di base, il ginecologo, dei propri disturbi di salute mentale cosa che porta ad accedere di più alle diagnosi e alle cure.

Gli uomini, al contrario, tendono a ignorare o comunque a mascherare i sintomi psichici finché è possibile e se decidono di farlo sicuramente prediligono una figura specialistica. Questo avviene probabilmente a causa di barriere culturali, a causa dell'aderenza al modello di mascolinità che rende difficile ammettere di avere problemi mentali più per un uomo che per una donna. Inoltre, i maschi mostrano una più scarsa alfabetizzazione in materia di salute mentale (cioè la conoscenza della prevenzione, del riconoscimento dei sintomi e dei trattamenti disponibili) rispetto alle femmine e un minore utilizzo dei servizi di salute mentale (Bonabi et al., 2016).

Un contributo fondamentale alla comprensione dei *bias* di genere, nella valutazione clinica della salute mentale, è stato fornito dallo studio pionieristico di Broverman. In questa ricerca, gli autori dimostrarono che i medici valutavano diversamente la persona che avevano di fronte, in base al sesso: lo stereotipo di buona salute mentale introiettato dagli operatori era aderente al modello maschile, ma non a quello femminile. Di conseguenza, tratti considerati segno di equilibrio e autonomia negli uomini venivano invece interpretati come negativi o patologici nelle donne. Questo fenomeno fu definito “doppio standard” e, purtroppo, non è stato ancora completamente superato (Broverman, 1970).

Ancora oggi, i dati mostrano che la depressione negli uomini è spesso sottodiagnosticata, mentre nelle donne si tende a sovrastimare la presenza di disturbi emotivi, proprio a causa di questi stereotipi di genere che influenzano la pratica clinica. Questo forse è anche una chiave di lettura del dato relativo al tasso di

suicidio degli uomini che è quattro volte maggiore rispetto a quello delle donne, e tuttora gli operatori sanitari sono meno propensi a vedere questi problemi nei maschi.

Un aspetto cruciale e spesso sottovalutato nella pratica clinica, riguarda le differenze di genere nella risposta ai farmaci psicotropi. Tradizionalmente, la maggior parte degli studi farmacologici è stata condotta su campioni prevalentemente maschili, con una scarsa rappresentanza femminile (Geller et al., 2018; Zucker et al., 2020). Fino al 1990 le donne erano completamente escluse dagli studi scientifici e, fino al 1993, non era necessario includerle negli studi farmacologici.

Ancora oggi, nonostante le politiche di inclusione, si stima che solo il 20-25% dei soggetti partecipanti agli studi siano donne (Geller et al., 2018; Bacigalupe et al., 2020).

Questo ha comportato una serie di conseguenze negative per la salute mentale delle donne, che si riflettono sia in termini di efficacia terapeutica che di sicurezza dei trattamenti. Le donne presentano caratteristiche fisiologiche e ormonali che influenzano profondamente sia la farmacocinetica (assorbimento, distribuzione, metabolismo, eliminazione) che la farmacodinamica (effetti del farmaco sull'organismo) dei farmaci psicotropi (Soldin et al., 2009).

La maggiore percentuale di tessuto adiposo, ad esempio, la variabilità ormonale legata al ciclo mestruale, alla gravidanza e alla menopausa, e le differenze nell'attività degli enzimi epatici possono alterare la concentrazione plasmatica e l'efficacia dei farmaci (Franconi et al., 2017; Zucker et al., 2020).

Queste differenze fanno sì che, a parità di dosaggio, le donne siano spesso più esposte a effetti collaterali e reazioni avverse, soprattutto con farmaci antidepressivi, antipsicotici e stabilizzatori dell'umore (Mazure et al., 2015; Franconi et al., 2017).

Il Gap tra ricerca e pratica clinica

Nonostante le numerose evidenze scientifiche che hanno ormai chiarito l'esistenza di differenze di genere nella prevalenza, espressione clinica, decorso e risposta ai trattamenti dei disturbi mentali, la loro reale integrazione nella pratica clinica quotidiana resta limitata e frammentaria. Questo divario si riflette in vari ambiti:

- **Sottorappresentazione delle donne negli studi clinici:** la maggior parte delle linee guida terapeutiche e delle strategie di trattamento prestano scarsa attenzione alle specificità di genere.
- **Mancata personalizzazione degli interventi:** i trattamenti terapeutici e riabilitativi, sia farmacologici che psicosociali, vengono spesso applicati secondo un modello "one size fits all", trascurando le differenze di genere che incidono su efficacia, tollerabilità e aderenza ai trattamenti.
- **Scarsa integrazione tra approcci farmacologici e psicosociali:** un approccio integrato, che tenga conto delle specificità di genere, è ancora poco diffuso. La personalizzazione ("tailored approach") degli interventi, che dovrebbe essere la norma, resta l'eccezione.
- **Barriere culturali e organizzative:** la persistenza di stereotipi di genere tra operatori sanitari e decisori limita l'adozione di strategie realmente personalizzate e inclusive.
- **Carenza di dati disaggregati e monitoraggio:** dovrebbe essere una pratica standard disaggregare tutti i dati epidemiologici per sesso ed età per tutte le malattie e condizioni di salute, consentendo l'analisi di genere dei dati e il monitoraggio del carico di malattia specifico per sesso nell'arco della vita (Afifi, 2007; Clayton et al., 2016). La mancanza di indicatori di genere nei sistemi informativi sanitari ostacola la pianificazione di interventi mirati e la valutazione dell'impatto delle politiche di salute mentale.

Raccomandazioni per la pratica clinica

- **Incoraggiare la ricerca di genere:** promuovere studi che includano adeguatamente donne e persone di genere non binario, analizzando i dati in modo disaggregato (Geller et al., 2018; Zucker et al., 2020)
- **Applicare i dati disponibili:** integrare nella pratica clinica le conoscenze sulle differenze di genere, adattando valutazioni, diagnosi e trattamenti (Mazure et al., 2015)
- **Sviluppare linee guida “gender-sensitive”:** redigere raccomandazioni cliniche che prevedano percorsi differenziati e integrati, sia farmacologici che psicosociali, per rispondere in modo efficace ai bisogni di ogni individuo (Franconi et al., 2017)
- **Innovazione tecnologica:** sviluppare indicatori di genere nei sistemi informativi sanitari nazionali (Clayton et al., 2016)
- **Empowerment e advocacy:** promuovere l’empowerment e l’autonomia delle donne come fattori protettivi per la salute mentale (OMS, 2022)
- **Formazione dei professionisti:** sensibilizzare e formare il personale sanitario sulle differenze di genere e sull’importanza di un approccio personalizzato (Affi, 2007; Franconi et al., 2017).

Conclusioni

Le evidenze scientifiche mostrano un modello coerente di differenze nella prevalenza di alcuni disturbi psichici: le donne hanno una maggiore probabilità di sviluppare disturbi internalizzanti, quali ansia e depressione, mentre gli uomini tendono più frequentemente a manifestare disturbi esternalizzanti, come disturbo antisociale di personalità o uso di sostanze.

Queste differenze di genere non possono essere spiegate esclusivamente da fattori biologici intrinseci, quali i cambiamenti ormonali, ma richiedono anche l’analisi dei fattori socioculturali (Bacigalupe et al., 2020). Molte patologie psichiatriche risultano strettamente correlate a elementi quali la disuguaglianza di genere, l’esposizione alla violenza, lo status sociale e il carico di cura non equamente distribuito. L’adozione di un approccio di genere alla salute mentale può offrire importanti spunti per strategie di prevenzione. A tal fine, sono necessarie politiche e interventi volti a sviluppare e integrare indicatori di genere, nonché a contrastare efficacemente la discriminazione nei confronti delle donne.

Nonostante la documentazione delle differenze di genere sia consolidata anche in ambito psichiatrico, esse sono ancora troppo poco applicate nella pratica clinica. Solo attraverso una reale integrazione dei dati di genere nella ricerca, nella formazione e nell’organizzazione dei servizi sarà possibile offrire cure realmente efficaci, personalizzate e inclusive, superando l’approccio “one size fits all” e garantendo così equità e qualità nell’assistenza (Bacigalupe et al., 2020).

BIBLIOGRAFIA

1. Afifi, M. (2007). Gender differences in mental health. *Singapore Medical Journal*, 48(5), 385-391.
2. Aguglia E. (2011). Disturbi psichici e violenza di genere: impatti e strategie di intervento. *Rivista Italiana di Psichiatria*, 46(3), pp. 215-223.
3. American Psychological Association. (2015). Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people. *Am Psychol*. 2015 Dec;70(9):832-64.
4. Bacigalupe A., Erviti J. et al. (2020). Gender perspective in health research: a descriptive study. *International Journal for Equity in Health*, 19(1), 99.
5. Belle D., Doucet J. (2003). Poverty, Inequality, and Health: The Feminization of Poverty. *American Journal of Sociology*, 99(1), pp. 1-15.
6. Bonabi H., Müller M., et al. (2016). Mental health literacy, attitudes to help seeking, and perceived need as predictors of mental health service use: A longitudinal study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 204(4), 321-324.
7. Broverman IK, Broverman DM, et al. (1970). Sex-role stereotypes and clinical judgments of mental health. *J Consult Clin Psychol*. Feb;34(1):1-7
8. Clayton J.A., Tannenbaum, C. (2016). Reporting sex, gender, or both in clinical research? *JAMA*, 316(18), 1863-1864.
9. Colizzi M., Lasalvia A., Ruggeri, M. (2020) Prevention and Early Intervention in Youth Mental Health: Is It Time for a Multidisciplinary and Trans-Diagnostic Model for Care? *Int. J. Ment. Health Syst.* 14, 1-14
10. European Network of Equality Bodies (EQUINET) (2021). Report on Gender and Poverty in Europe. Bruxelles: EQUINET.
11. FNOPO (Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Ostetriche). (2025). Salute mentale in gravidanza e post-partum: linee guida operative. Roma: FNOPO.
12. Franconi F., Campesi I. et al. (2017). Sex-gender variable: methodological recommendations for increasing scientific value of clinical studies. *Cellular Physiology and Biochemistry*, 41(4), 1271-1284.
13. Geller S. E., Koch A., et al. (2018). Inclusion, analysis, and reporting of sex and race/ethnicity in clinical trials: Have we made progress? *Journal of Women's Health*, 27(4), 502-510.
14. Gonzalez J.M., Alegría M., et al. (2011). How the relationship of attitudes toward mental health treatment and service use differs by age, gender, ethnicity/race and education. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46, 45-57
15. Janowsky D.S., Rausch, J.L. (1985). Hormones and Affective Disorders. *Psychoneuroendocrinology*, 10(1), 3-21.
16. Kuehner C. (2017). Why is depression more common among women than among men? *The Lancet Psychiatry*, 4(2), 146-158.
17. Lan L., Jain S., et al. (2022). Perspectives on Global Women's Mental Health, *Psychiatric Times*.
18. Latalova K., Kamaradova D., Prasko J. (2014). Perspectives on perceived stigma and self stigma in adult male patients with depression. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 10, 1399-1405.
19. Li M., Graham B. (2017). Sex differences in anxiety disorders: A review of the possible role of hormones. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 13, 1323-1330.
20. Lorber J., Moore L.J. (2002). Gender and the Social Construction of Illness. Rowman & Littlefield.
21. Lolak S., Smith M., Johnson A. (2005). Hormonal changes and the risk of mood disorders in women. *Journal of Affective Disorders*, 85(1-2), 15-26.
22. Mazure C.M., Jones D.P. (2015). Twenty years and still counting: Including women as participants and studying sex and gender in biomedical research. *BMC Women's Health*, 15, 94.
23. Meyer I.H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychol. Bull.*, 129 (5) 674-697.
24. Nam S.K., Chu H.J et al.. (2010). Ameta-analysis of gender differences in attitudes toward seeking professional psychological help. *Journal of American College Health*, 59(2), 110-116.

25. Organizzazione Mondiale della Sanità (2017). *Violence Against Women Prevalence Estimates*, Geneva.
26. Organizzazione Mondiale della Sanità (2022). *Gender disparities in mental health: Key statistics*. Ginevra.
27. Organizzazione Mondiale della Sanità. (2022). *Gender and women's mental health*. Ginevra.
28. Palacios-Barrios, E. M., & Hanson, J. E. (2019). Poverty and Mental Health: Vulnerabilities and Interventions. *Current Psychiatry Reports*, 21(5), 35.
29. Payne S., et al. (2008). Gender, Mental Health and Social Roles: Perspectives and Evidence. *International Journal of Social Psychiatry*, 54(3), pp. 219–235.
30. Riecher-Rössler A. (2010). Prospects for the classification of mental disorders in women. *European Psychiatry*, 25(4), 189–196.
31. Sabbadini L. (2007). *Violenza domestica e salute delle donne: dati e riflessioni*. Roma: Istituto Superiore di Sanità.
32. Showalter E. (1987). *The Female Malady: Women, Madness and English Culture, 1830-1980*. London.
33. Soldin OP, Mattison DR. (2009). Sex differences in pharmacokinetics and pharmacodynamics. *Clin Pharmacokinet*. 48(3):143-57.
34. Tang M.O.T., Oliffe, J.L., et al. (2014). College men's depression-related help-seeking: A gender analysis. *Journal of Mental Health*, 23(5), 219–224 Virago.
35. Thomas S.P. (2023). Mental Health of the World's Women in 2023, *Issues in Mental Health Nursing*, 44:8, 681–681.
36. Ussher J.M. (2011). *The madness of women: Myth and experience*. Routledge/Taylor & Francis Group.
37. Wang Y., Di Pietro S. M., Moreno, C. (2016). Gender Roles and Mental Health: Social Role Stress and Health Outcomes. *Journal of Health Psychology*, 21(7), pp. 1367–1375.
38. Yang Y. et al. (2024) Sex differences in clinically diagnosed psychiatric disorders over the lifespan: a nationwide register-based study in Sweden. *The Lancet Regional Health – Europe*, Volume 47, 101105.
39. Zucker I., Prendergast B.J. (2020). Sex differences in pharmacokinetics predict adverse drug reactions in women. *Biology of Sex Differences*, 11, 32.

VALENTINA DI MATTEI*Professore Associato Università Vita Salute San Raffaele,
Responsabile Servizio di Psicologia Clinica della Salute, Ospedale San Raffaele*

SALUTE MENTALE E BENESSERE PSICOLOGICO NELLA MEDICINA DI GENERE: METRICHE INCLUSIVE PER UNA SANITÀ EQUA E SOSTENIBILE

Premessa

Il contributo esplora il tema della medicina di genere con particolare attenzione alla salute mentale e al benessere psicologico, proponendo la necessità di integrare nuove metriche sensibili al genere nei sistemi sanitari. Attraverso una riflessione critica su disuguaglianze diagnostiche, stereotipi culturali, barriere all'accesso e limiti della sanità digitale, si evidenzia l'urgenza di strumenti psicometrici inclusivi e di politiche pubbliche più eque. Si richiama inoltre l'importanza di un approccio intersezionale e sostenibile, in linea con l'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile, per costruire una medicina psicologica capace di valorizzare la pluralità dei vissuti e di promuovere un benessere collettivo equo e trasformativo.

Introduzione

Negli ultimi anni la medicina di genere ha assunto un ruolo sempre più centrale nel dibattito scientifico e istituzionale, influenzando in modo significativo le politiche sanitarie internazionali. Se in passato l'attenzione era rivolta soprattutto alle differenze biologiche tra uomini e donne, oggi si adotta una prospettiva più ampia, che include fattori psicologici, sociali e culturali (EIGE, 2023; WHO, 2019). Tale cambiamento ha messo in discussione l'idea di neutralità nei sistemi di cura, evidenziando come i modelli tradizionali tendano a ignorare la specificità delle esperienze vissute in relazione al genere (McDonough & Walters, 2001; Shang, 2022). Questa evoluzione concettuale impone una trasformazione anche nella formazione e nella pratica clinica, tramite approcci intersezionali e multidisciplinari capaci di garantire percorsi di cura più equi, rappresentativi e rispettosi delle diversità individuali. Ciò è particolarmente rilevante anche nel campo della salute mentale e del benessere psicologico: le scienze psicologiche hanno riconosciuto il ruolo dei determinanti sociali sul benessere psichico, ma resta difficile tradurre queste conoscenze in strumenti operativi che guidino concretamente la pratica clinica in modo sensibile alle differenze di genere (OECD, 2013; Read & Gorman, 2010; Sabbadini, 2019).

La medicina psicologica

La medicina psicologica — intesa come area che integra dimensioni psichiche, relazionali, sociali e culturali del benessere — necessita oggi di strumenti valutativi più complessi e rappresentativi, che superino la mera assenza di patologia. In questo senso, è fondamentale ripensare le “metriche”, ovvero gli strumenti, le scale e gli indicatori — qualitativi e quantitativi — utilizzati per misurare il benessere mentale, la qualità della vita, i sintomi psicologici o la soddisfazione rispetto ai percorsi di cura. Diversi studi epidemiologici, ad esempio quelli condotti dall'ISTAT (Sabbadini, 2010; 2017; 2019), mostrano una maggiore incidenza di disturbi ansioso-depressivi nelle donne. Tuttavia, queste condizioni sono spesso diagnosticate più tardi o in modo inadeguato, anche a causa di stereotipi che portano a interpretare la sofferenza psicologica femminile come una manifestazione “naturale” o “caratteriale”, piuttosto che come una condizione clinica da trattare (ISTAT, 2018; WHO, 2019). Questi pregiudizi hanno conseguenze dirette sui percorsi di cura, riducendo l'aderenza terapeutica e favorendo la cronicizzazione del disagio.

Questi meccanismi di sottovalutazione sono inoltre rafforzati da narrazioni culturali che associano tratti emotivi come ansia e tristezza a tratti di personalità femminili, mentre riconoscono nella rabbia e nell'aggressività, tipicamente associate agli uomini, segnali più "visibili" di disagio psicologico. A ciò si aggiungono barriere che limitano l'accesso ai servizi da parte delle donne: carichi di cura, difficoltà economiche, mancanza di servizi pubblici accessibili (soprattutto nelle aree rurali), stigma legato alla salute mentale (Dotsikas et al., 2023).

Anche i percorsi di presa in carico risultano spesso disallineati rispetto ai bisogni delle donne, risultando frammentati e poco orientati alla prevenzione primaria e alla promozione della salute mentale. L'OMS ha evidenziato (2019) come il genere influenzi in modo strutturale non solo l'esposizione ai fattori di rischio psicosociale (come violenza, disuguaglianze professionali, sovraccarico familiare), ma anche la possibilità di accedere a percorsi di cura adeguati e continuativi. Le disuguaglianze di genere, inoltre, raramente operano da sole, intrecciandosi con altre forme di vulnerabilità, come l'etnia, l'età, l'identità di genere, l'orientamento sessuale o la condizione socioeconomica, configurando veri e propri "gradienti intersezionali" di rischio. Un caso emblematico è quello delle donne migranti, spesso escluse dall'accesso ai servizi di salute mentale pur presentando un'elevata domanda di sostegno psicologico (Campbell et al., 2021; García Campanario et al., 2024).

Equità in salute per una medicina più attenta alle soggettività

Parlare di equità in salute significa quindi considerare la pluralità dei vissuti e promuovere una medicina più attenta alle soggettività, capace di andare oltre modelli standardizzati. Molti strumenti psicometrici utilizzati per valutare il benessere mentale - come scale di ansia, depressione o qualità della vita - sono stati sviluppati in contesti occidentali e su campioni prevalentemente maschili, bianchi, di classe media. Questo rischia di condizionare la capacità degli strumenti stessi di cogliere l'esperienza psicologica di soggetti diversi, in particolare delle donne e delle minoranze (Bambra, Netuveli, & Eikemo, 2009; Read & Gorman, 2010). Spesso, tali metriche di benessere sono costruite su concetti come produttività, autonomia individuale e rendimento lavorativo, trascurando invece altre dimensioni fondamentali come la sicurezza affettiva, il riconoscimento sociale, la stabilità relazionale, la salute sessuale o la capacità di autodeterminazione nella vita quotidiana (OECD, 2024a; Shang, 2022). Così, esperienze comuni di sofferenza - come quelle legate ai carichi di cura non retribuiti o all'insicurezza economica - rischiano di restare invisibili agli strumenti clinici standard. Lo stesso vale per le soggettività LGBTQIA+, le cui traiettorie divergono dai modelli eteronormativi su cui si basano molte metriche psicologiche attualmente in uso (Liu et al. 2024). Da qui l'urgenza di sviluppare indicatori psicometrici culturalmente e socialmente sensibili, capaci di cogliere la complessità delle esperienze e di guidare le scelte di allocazione delle risorse e la progettazione di interventi preventivi e comunitari.

Accesso ai servizi digitali

In parallelo, l'espansione dei servizi digitali per la salute mentale ha ampliato l'accessibilità alle cure, rilevando tuttavia un'importante area critica: il *digital gender gap*. Se da un lato le donne risultano tra le principali utilizzatrici di app e piattaforme di supporto psicologico (Rich & Adair, 2019), dall'altro incontrano ancora ostacoli significativi: carenza di tempo dovuta ai carichi di cura, timori legati alla privacy e percezione di stigma (Ferrant et al., 2014; Sharma et al., 2016). Gli uomini, invece, tendono a evitare questi servizi per via di norme culturali che penalizzano la vulnerabilità emotiva, promuovendo l'autosufficienza e l'automonitoraggio (Eaton et al., 2012). Questa asimmetria è accentuata dal fatto che molte tecnologie sono progettate senza un reale ascolto delle specificità di genere, spesso sulla base di

campioni e modelli maschili (Liu et al., 2024). Tale impostazione limita la personalizzazione dell'intervento e rischia di aumentare la disuguaglianza nella qualità della cura ricevuta. Inoltre, la scarsa presenza di donne nei team di sviluppo e la composizione sbilanciata dei dataset su cui si addestrano i modelli di intelligenza artificiale producono bias strutturali (ASSD, 2024). Algoritmi e chatbot terapeutici possono sottostimare i sintomi femminili o delle minoranze, generando diagnosi errate o prese in carico inadeguate. Anche la mancanza di trasparenza dei sistemi automatizzati complica l'intervento clinico (Cameron et al., 2024; Lin et al., 2022). Come sottolineato anche nel documento *"Inclusività e Innovazione"* (ASSD, 2023), una sanità digitale equa richiede una governance inclusiva e multidisciplinare, oltre a una ricerca rappresentativa, alfabetizzazione digitale di genere e strumenti che integrino la dimensione relazionale, culturale e affettiva del benessere (ASSD, 2024; Hornstein et al., 2023). È fondamentale la partecipazione attiva delle donne come utenti, sviluppatrici, decisori e ricercatrici, affinché l'innovazione digitale diventi motore di giustizia sociale e non strumento di esclusione (EIGE, 2023; OECD, 2024). Come ricorda Sima Bahous, direttrice di UN Women: "I diritti digitali sono diritti delle donne" e non si potrà mai raggiungere la parità di genere senza colmare il divario digitale (Bahous, 2023, in ASSD, 2024).

In questo quadro si inserisce l'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile, un programma globale adottato dalle Nazioni Unite nel 2015 per porre fine alla povertà, promuovere la salute, l'uguaglianza di genere e la sostenibilità. Dei 17 Obiettivi di Sviluppo Sostenibile (SDGs), il n. 3 ("Salute e benessere") e il n. 5 ("Parità di genere") sono particolarmente rilevanti: essi riconoscono che il benessere mentale e l'equità di genere sono condizioni indispensabili per società giuste e inclusive.

Conclusione

Promuovere metriche psicologiche sensibili al genere, integrate a strumenti digitali equi, è oggi una strategia cruciale per una medicina sostenibile. Le disuguaglianze di genere in sanità non impattano solo sui diritti individuali, ma hanno effetti economici, politici e di salute pubblica misurabili (IMF, 2022; OECD, 2024b; WHO, 2019). Una medicina psicologica attenta al genere non solo è una scelta etica e di giustizia sociale, ma anche un investimento strategico in termini di sostenibilità. Le disuguaglianze determinano un maggior utilizzo dei servizi, una maggiore cronicizzazione dei disturbi e un calo del benessere globale della popolazione, con impatti significativi anche sul piano lavorativo e produttivo (IMF, 2022; Shang, 2022). Ripensare le metriche del benessere psicologico in chiave di genere non è solo un imperativo etico, ma una strategia necessaria per costruire società più giuste, resilienti e sostenibili. Integrare indicatori culturalmente e socialmente sensibili nei sistemi sanitari significa valorizzare la pluralità dei vissuti, prevenire la sofferenza psicologica e promuovere la salute mentale di tutte e tutti. Solo un approccio realmente inclusivo, capace di tradurre i principi di equità in pratiche cliniche, politiche e tecnologiche, potrà trasformare la medicina psicologica in un motore di giustizia sociale e benessere collettivo.

BIBLIOGRAFIA

1. Arena, J. F., Adriani, B., Mancino, S., Sarno, F., Modesti, M. N., Del Casale, A., & Ferracuti, S. (2025). Gender diversity and mental health: A systematic review of the impact of childhood trauma. *Psychiatry International*, 6(1), 13.
2. Associazione Scientifica Sanità Digitale. (2023). *La sanità digitale: istruzioni per l'uso. Servizi e tecnologie con uno sguardo al femminile* (3ª ed.). Roma, Italia.
3. Associazione Scientifica Sanità Digitale. (2024). *Il digital gender gap nella cultura del digitale in sanità*. Roma, Italia.
4. Bambra, C., Netuveli, G., & Eikemo, T. A. (2009). Welfare state regime life courses and health: A comparative analysis of the association between social policy and health in Europe. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 63(2), 92–98.
5. Campbell, O. L. K., Bann, D., & Patalay, P. (2021). The gender gap in adolescent mental health: A cross-national investigation of 566,829 adolescents across 73 countries. *SSM – Population Health*, 13, 100742.

6. Cameron, J., Cheong, J., Spitale, M., & Gunes, H. (2024). Multimodal gender fairness in depression prediction: Insights on data from the USA & China. arXiv. <https://arxiv.org>
7. Dotsikas, K., Crosby, L., McMunn, A., Osborn, D., Walters, K., & Dykxhoorn, J. (2023). The gender dimensions of mental health during the Covid 19 pandemic: A path analysis. *PLoS ONE*, 18(5), e0283514.
8. Eaton, N. R., Keyes, K. M., Krueger, R. F., et al. (2012). An invariant dimensional liability model of gender differences in mental disorder prevalence: evidence from a national sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 121(1), 282-288.
9. Etheridge, B., & Spantig, L. (2022). The gender gap in mental well-being at the onset of the Covid 19 pandemic: Evidence from the UK. *European Economic Review*, 145, 104114.
10. European Institute for Gender Equality. (2023). Guidelines for gender-sensitive data collection in health and wellbeing surveys. Vilnius, Lithuania: EIGE.
11. Ferrant, G., Pesando, L. M., & Nowacka, K. (2014). Unpaid Care Work: The missing link in the analysis of gender gaps in labour outcomes. Boulogne Billancourt: OECD Development Center, 20.
12. García Campanario, I., Viñolo Gil, M. J., Vanlinthout, L. E., Pérez Pérez, C., & O'Ferrall González, C. (2024). Gender differences regarding self perceived physical and mental health in Spanish university sports and physical therapy students after termination of the COVID-19 lockdown period. *Healthcare*, 12(2), 191.
13. Hennein, R. L., Lowe, S. R., Feingold, J. H., Peccoraro, L. A., Ripp, J. A., Mazure, C. M., & Pietrzak, R. H. (2023). Pre- and peri-traumatic stressors and chronic stress-related sequelae in COVID 19 frontline healthcare providers. *Journal of Psychiatric Research*. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2023.05.006>
14. Hornstein, S., Zantvoort, K., Lueken, U., Funk, B., & Hilbert, K. (2023). Personalization strategies in digital mental health interventions: a systematic review and conceptual framework for depressive symptoms. *Frontiers in Digital Health*, 5.
15. International Monetary Fund. (2022). Women's well-being and economic performance. Washington, DC: IMF.
16. ISTAT – Istituto Nazionale di Statistica. (2018). Stereotypes about gender roles and the social image of sexual violence in Italy [Report]. Roma, Italia: ISTAT. https://www.istat.it/it/files/2019/12/Report-Gender-Stereotypes-Sexual-Violence_2018_EN.pdf
17. Lin, I. W., Njoo, L., Field, A., Sharma, A., Reinecke, K., Althoff, T., & Tsvetkov, Y. (2022). Gendered mental health stigma in masked language models. arXiv. <https://arxiv.org>
18. Liu, M., Patel, V. R., Reisner, S. L., Keuroghlian, A. S., et al. (2024). Health status and mental health of transgender and gender diverse adults. *JAMA Internal Medicine*, 184(8), 984-986.
19. McDonough, P., & Walters, V. (2001). Gender and health: Reassessing patterns and explanations. *Social Science & Medicine*, 52(4), 547-559.
20. Organisation for Economic Co-operation and Development. (2013). OECD guidelines on measuring subjective well being. Parigi, Francia: OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9789264191655-en>
21. Organisation for Economic Co-operation and Development. (2024, March 1). Measuring subjective well being across OECD countries (Policy Insights No. 16). Parigi, Francia: OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/f5199579-en>
22. Organisation for Economic Co-operation and Development. (2024, November 5). How's Life? 2024: Well being and resilience in times of crisis. Parigi, Francia: OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/90ba854a-en>
23. Prichett, L. M., Yolken, R. H., Severance, E. G., Young, A. S., Carmichael, D., Zeng, Y., & Kumra, T. (2024). Racial and gender disparities in suicide and mental health care utilization in a pediatric primary care setting. *Journal of Adolescent Health*, 74(2), 277-282.
24. Read, J., & Gorman, B. (2010). Gender and mental health. In T. L. Scheid & T. N. Brown (Eds.), *A handbook for the study of mental health: Social contexts, theories, and systems* (2^a ed., pp. 256-274). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
25. Reale, C., et al. (2023). Exploring gender impact on collaborative care planning: Insights from a community mental health service study in Italy. *BMC Psychiatry*, 23, 834.
26. Rich, J., & Adair, P. (2019). Gender and the Digital Divide. *Health Promotion Journal of Australia*, 30(2), 134-137.
27. Sabbadini, L. L. (2010). The role of official statistics in measuring social progress: the Italian experience. *Social Indicators Research*, 97(3), 381-398. <https://doi.org/10.1007/s11205-010-9721-5>.
28. Sabbadini, L. L. (2017). Gender statistics: Essential for gender policies. *Social Indicators Research*, 133(3), 847-858. <https://doi.org/10.1007/s11205-017-1766-2>.
29. Sabbadini, L. L. (2019). Benessere equo e sostenibile: metodologia e risultati. Roma, Italia: ISTAT.
30. Shang, X. (2022). The gendered dimensions of global economic indicators. In IMF Working Paper (pp. 1-45). Washington, DC: Fondo Monetario Internazionale.
31. Sharma, N., Chakrabarti, S., & Grover, S. (2016). Gender differences in caregiving among family - caregivers of people with mental illnesses. *World journal of psychiatry*, 6(1), 7-17.
32. Sun, T. Y., Bear Don't Walk IV, O. J., Chen, J. L., Nieva, H. R., & Elhadad, N. (2020). Exploring gender disparities in time to diagnosis. arXiv. <https://arxiv.org>
33. World Health Organization. (2019). Gender and mental health. Ginevra, Svizzera: OMS.
34. World Health Organization. (2023). Equity in digital health: Scoping review in the WHO European Region. Ginevra, Svizzera: OMS.

ESSERE SE STESSI È TERAPEUTICO: MEDICINA DI GENERE E PROMS PER UN'ASSISTENZA SANITARIA PIÙ AUTENTICA E PERSONALIZZATA

Nel cuore della cura c'è l'ascolto e nell'ascolto il riconoscimento dell'unicità di ogni persona.

La medicina di genere nasce da questa consapevolezza: uomini, donne e persone non binarie possono avere bisogni di salute diversi, non solo biologicamente, ma anche nel modo in cui vivono, percepiscono e narrano il proprio benessere. Non è una medicina “per le donne” o “per gli uomini”, ma un approccio che considera la persona nella sua interezza, tenendo conto delle influenze biologiche, sociali, culturali e psicologiche che ci rendono unici. Si intreccia così con un principio fondamentale della salute: il diritto di essere se stessi. Identità, espressione di genere, orientamento affettivo e ruoli sociali incidono profondamente sul nostro benessere; quando la cura riconosce e accoglie chi siamo, essa stessa diventa parte del processo terapeutico. Essere riconosciuti come individui complessi, al di là degli stereotipi e dei protocolli standardizzati, è ciò che rende la medicina autenticamente umana. L'identità non è solo un diritto, ma una risorsa di salute. Vivere liberamente la propria identità permette una medicina più giusta, efficace e rispettosa.

La medicina di genere riconosce che le differenze tra i sessi — biologiche, psicologiche e sociali — influenzano la salute e la risposta ai trattamenti, ma è altrettanto importante riconoscere il valore dell'autodeterminazione e dell'affermazione dell'identità di genere. Questa può includere interventi sociali, legali, psicologici e medici, associandosi a significativi miglioramenti della salute mentale, riducendo ansia, depressione e rischio suicidario tra persone transgender e non binarie.

Le disuguaglianze di genere colpiscono in modo sproporzionato donne e ragazze, ma anche le norme restrittive imposte dai ruoli di genere danneggiano la salute e le libertà di tutti. Tali norme, spesso implicite, si manifestano come convinzioni su come si dovrebbe essere (norme ingiuntive) o su ciò che la maggior parte fa realmente (norme descrittive), influenzando profondamente le esperienze di salute.

Per integrare la medicina di genere con l'affermazione dell'identità, serve un approccio olistico che abbracci le dimensioni biologiche, psicologiche, sociali e legali. Ciò richiede la formazione continua degli operatori sanitari, l'adozione di un linguaggio inclusivo, il rispetto dell'identità della persona e l'adattamento dei percorsi di cura a queste diversità.

Uno studio di King et al. (2024) ha analizzato l'impatto della parità di genere sulla salute in paesi ad alto reddito. I 48 studi inclusi mostrano che una maggiore parità, valutata attraverso indicatori occupazionali, politici e di accesso ai servizi, ha effetti generalmente positivi sulla salute di uomini e donne, seppure variabili in base al contesto.

Anche la misurazione degli esiti riferiti direttamente dai pazienti (PROM – *Patient Reported Outcome Measures*) si rivela fondamentale per un'assistenza centrata sulla persona. Come evidenziano Francis et al. (2023), i PROM offrono una visione diretta e non mediata dell'esperienza soggettiva della salute, fornendo dati su sintomi, funzionalità e qualità della vita.

I PROM rappresentano misure in cui è il paziente a riferire direttamente, senza interpretazioni da parte di altri, la propria percezione su sintomi, funzionalità, qualità della vita o altri aspetti rilevanti per la salute. I PROM sono fondamentali per comprendere l'esperienza soggettiva della persona e per valutare l'impatto dell'intervento dal suo punto di vista (AITO, 2025).

Il loro utilizzo permette di convalidare l'esperienza individuale, evidenziare aree critiche dell'assistenza e favorire una maggiore trasparenza e responsabilità. Tuttavia, è essenziale che i PROM vengano sviluppati con attenzione, affinché siano inclusivi, accessibili e sensibili alle diverse esperienze e identità.

I PROM non solo arricchiscono la pratica clinica, ma hanno implicazioni politiche: possono guidare decisioni strategiche, ridurre le disuguaglianze e ottimizzare l'allocazione delle risorse (Jackman et al., 2025). Il coinvolgimento attivo di pazienti e professionisti nella loro implementazione è cruciale, così come la formazione specifica degli operatori per un uso efficace.

Anche il terapeuta occupazionale impiega i PROM, integrandoli nella valutazione dinamica della persona e del suo ambiente: occupazioni, contesti, routine, ruoli, abilità sensoriali, cognitive e sociali, valori e funzioni corporee. Tutti questi aspetti vengono considerati in rapporto alla salute, all'identità occupazionale e alla partecipazione alla vita desiderata.

Attraverso i PROM, il terapeuta supporta l'autodeterminazione e la partecipazione attiva del paziente nella definizione degli obiettivi, riconoscendo il legame tra salute e identità di genere.

La digitalizzazione rappresenta un ulteriore strumento strategico. La raccolta e l'analisi di dati sanitari disaggregati per sesso e genere permettono di comprendere meglio le risposte individuali ai trattamenti e progettare interventi più mirati. Tecnologie come software per profili occupazionali interattivi e gender-sensitive, piattaforme digitali condivise per favorire la collaborazione tra professionisti di diverse discipline e formazione e-learning, favoriscono una presa in carico realmente personalizzata.

L'integrazione della medicina di genere nei percorsi riabilitativi, sostenuta dalla digitalizzazione e da strumenti partecipativi come i PROM, costituisce un passo decisivo verso un sistema sanitario più equo, umano e centrato sulla persona.

BIBLIOGRAFIA

1. AMA (2022). Telehealth in Gender-Affirming Care. JAMA Network Open.
2. AITO (2025) – Documento di posizionamento sulla Valutazione in Terapia occupazionale
3. AOTA. (2020) - Occupational Therapy's Role in Addressing Gender and Sexual Identity.
4. Celik H, Lagro-Janssen TA, Widdershoven GG, Abma TA (2010). Bringing gender sensitivity into healthcare practice: a systematic review. Patient Educ Couns. 2011 Aug;84(2):143-9. doi: 10.1016/j.pec.2010.07.016. Epub 2010 Aug 17. PMID: 20719461.
5. FNO TSRM PSTRP (2025) – Codice deontologico Terapista occupazionale
6. Francis J, Prothasis S, George J, Stoica S (2023). Patient-reported outcome measures in congenital heart surgery: a systematic review. Cardiol Young. 2023 Mar;33(3):337-341. doi: 10.1017/S1047951123000057. Epub 2023 Jan 18. PMID: 36650739.
7. Jackman L, Chan C, Garvilles M, Kamran R (2024). Outcome measurement for gender-affirming care in Canada: a systematic review. BMJ Open. 2025 Mar 12;15(3):e091135. doi: 10.1136/bmjopen-2024-091135. PMID: 40074262; PMCID: PMC11904330.
8. King TL, Kavanagh A, Scovelle AJ, Milner A. (2020) Associations between gender equality and health: a systematic review. Health Promot Int. 2020 Feb 1;35(1):27-41. doi: 10.1093/heapro/day093. PMID: 31916577.
9. Kuehnle, A., et al. (2022). Gender-Affirming Healthcare: Types and Benefits. Healthline. <https://www.healthline.com/health/transgender/gender-affirming-healthcare-importance>
10. ISS – Piano Nazionale Medicina di Genere. <https://www.epicentro.iss.it/medicina-di-genere>
11. Levy, J. K., Darmstadt, G. L., Ashby, C., Quandt, M., Halsey, E., Nagar, A., & Greene, M. E. (2020). Characteristics of successful programmes targeting gender inequality and restrictive gender norms for the health and wellbeing of children, adolescents, and young adults: a systematic review. The Lancet. Global health, 8(2), e225–e236. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30495](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30495)
12. WHO (2011), World Report on Disability

ELENA PASCHETTA*Psichiatra Responsabile Servizio Psichiatrico Perinatale Dipartimento Interaziendale Salute Mentale (DISM) ASL CN1***MARIA PEANO***Presidente Associazione Preziosa ETS*

MADRI FRAGILI.

UN'INDAGINE SUI DATI DEL DISAGIO PSICHICO PERINATALE DEL SERVIZIO DI PSICHIATRIA DEL DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE DI SALUTE MENTALE - ASL CN1

Premessa

L'Associazione Preziosa ETS, impegnata a garantire il diritto alla salute e promuovere una cultura della prevenzione, nel corso del 2025 ha promosso e realizzato il progetto "Creare la comunità esperta: una rete per la salute mentale", un percorso di formazione interattiva finalizzato a promuovere un approccio preventivo e diffuso ai disagi psicologici, attraverso il coinvolgimento di tutta la comunità educante.

Nell'ambito di questo progetto l'analisi della fragilità e del disagio mentale nelle donne in età lavorativa ha fatto emergere il tema dell'impatto della patologia psichiatrica in epoca perinatale come sempre più emergente con importantissime conseguenze in termini di peggiori *outcomes* di salute materno-infantili, sia nel breve che nel medio-lungo termine.

Una donna su 10 soffre di disturbi mentali perinatali (in gravidanza e nei 12 mesi post-partum) nei paesi ad alto reddito e una donna su 5 nei paesi a medio/basso reddito con un importantissimo impatto in termini di costi sia umani ma anche di tipo economico.

Nel Regno Unito è stato calcolato che il costo della sola depressione perinatale sia pari a circa 76.000 sterline per ogni donna affetta e che nei quasi tre quarti sia ascrivibile all'impatto di tale patologia a lungo termine sulla salute del bambino in età evolutiva. Per tale ragione l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nelle proprie linee guida sulla promozione dello sviluppo infantile, ha individuato il supporto alla salute mentale materna fra le aree prioritarie, al fine di favorire lo sviluppo infantile specie precoce.

Alla luce dell'impatto epidemiologico e delle conseguenze nel breve e lungo termine, l'OMS ha proposto interventi di promozione della salute mentale e gestione clinico assistenziale della patologia psichiatrica perinatale

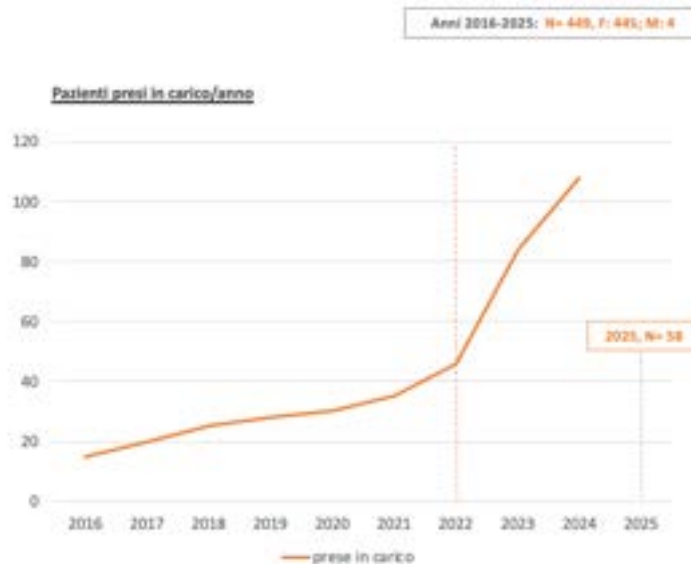
Lo stesso Istituto Superiore di Sanità nel suo recente rapporto ISTISAN 16/31 ha sottolineato l'importanza dell'implementazione su scala nazionale di percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali specifici per donne con disturbi psichiatrici perinatali, come strategia preventiva e di intervento precoce sul disagio psichico e patologia psichiatrica perinatale

Esperienza Clinica del Servizio Psichiatrico Perinatale del DISM. Asl CN 1

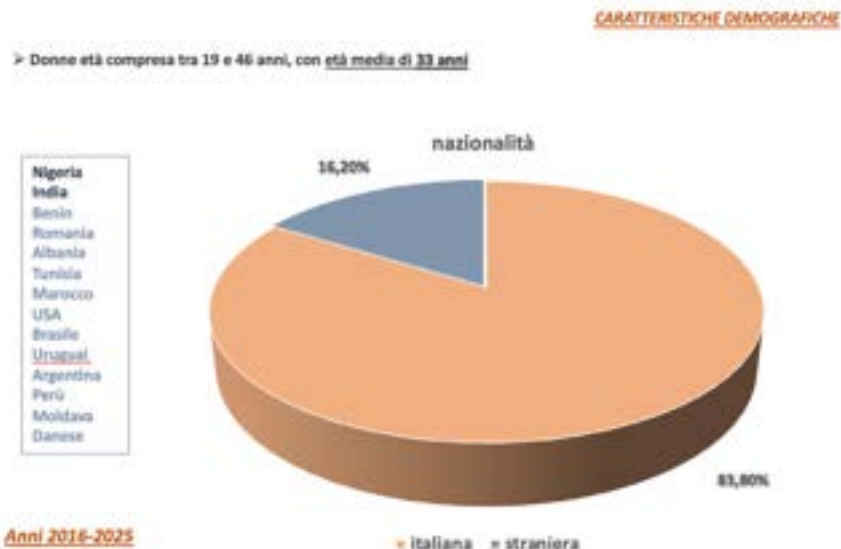
Alla luce di queste raccomandazioni di buona pratica clinico-assistenziale, si è ritenuto utile ed importante strutturare un servizio psichiatrico perinatale all'interno dei percorsi clinico-assistenziali del Dipartimento di Salute Mentale Interaziendale Asl CN 1; a partire dal mese di agosto del 2016 è stato istituito il primo ambulatorio di psichiatria perinatale al suo interno. I consultori familiari e gli ambulatori della gravidanza fisiologica e patologica dei punti nascita ospedalieri rappresentano il primo luogo di contatto e di screening.

La rete specialistica che attualmente opera nel Servizio Psichiatrico Perinatale del Dipartimento Interaziendale Salute Mentale Asl CN1 è formata da tre micro-équipe multiprofessionali composte da un medico psichiatra, personale psicologico, personale infermieristico, educatori professionali ed assistenti sociali, che collaborano attivamente coi punti nascita territoriali (Servizi di Ginecologia ed Ostetricia e Pediatria ospedalieri), coi Servizi Sociali dei punti nascita ospedalieri e territoriali, coi servizi deputati alla cura delle dipendenze patologiche (Ser.D), con altri ambulatori specialistici del dipartimento (ambulatori per la cura dei Disturbi dell’Alimentazione e Nutrizione ed ambulatorio dell’ADHD - Attention Deficit/Hyperactivity Disorder - adulto) e coi colleghi delle medicina generale e pediatri di libera scelta del distretto territoriale dell’ Asl CN1.

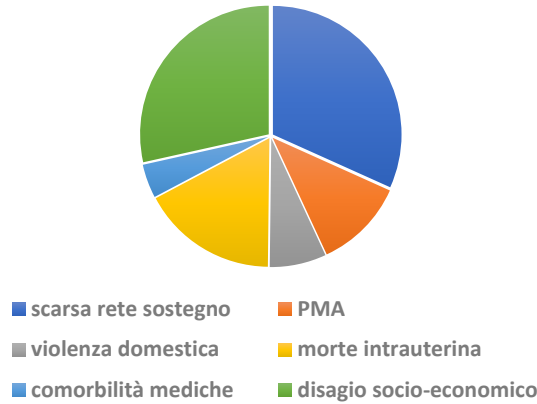
A partire dal 2016 ad oggi sono state prese in carico un totale di 449 pazienti, di cui 445 donne e 4 uomini.



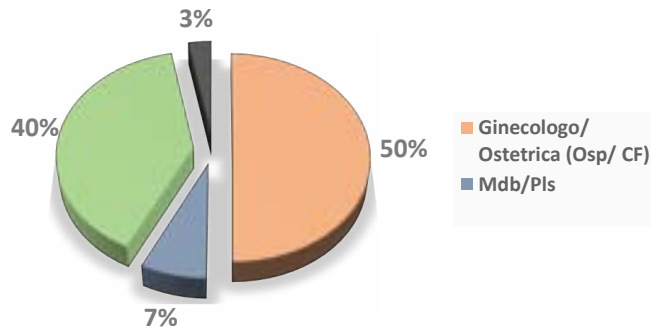
La distribuzione delle prese in carico per anno a partire dal 2016 ad oggi evidenzia, specie a partire dall’anno 2022, un netto incremento delle richieste di presa in carico.



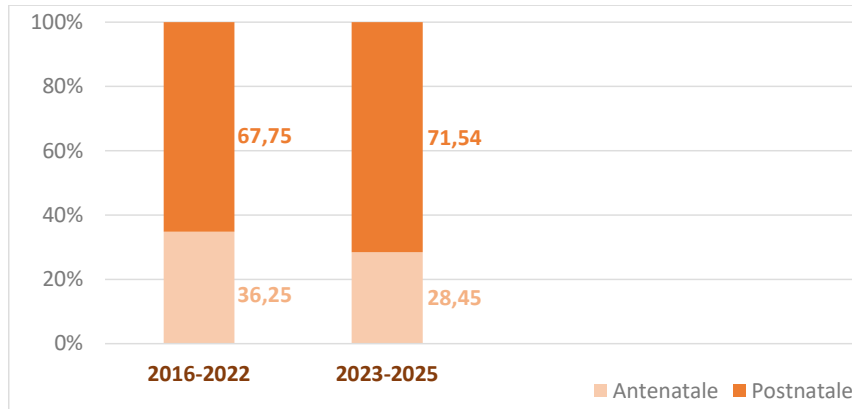
Per quanto riguarda le caratteristiche demografiche l'età media delle donne prese in carico nel servizio è pari a 33 anni e per quanto riguarda l'etnia è prevalente quella italiana (83,3%) con una percentuale di donne di nazionalità straniera pari al 16,2%.



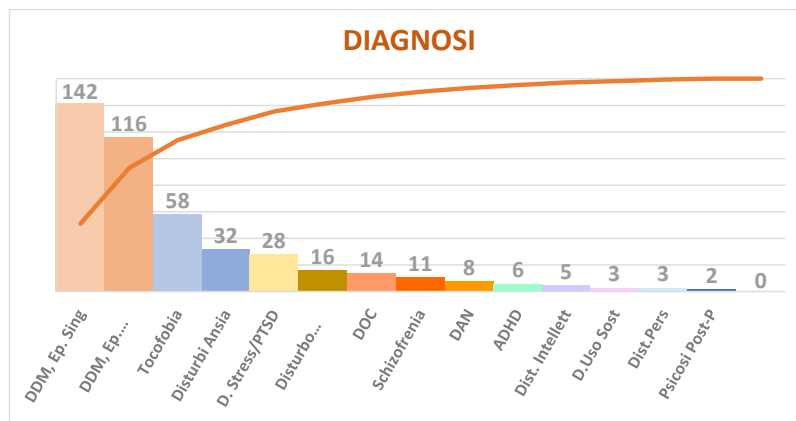
Al di fuori dei fattori di rischio legati ad una storia personale o familiare positiva per patologie psichiatriche o patologie psichiatriche perinatali, sono emersi come principali fattori di rischio delle donne prese in carico fattori di tipo psico-sociale, in particolare scarsa rete di sostegno/supporto e condizioni economiche disagiate, pregressi eventi traumatici, quali morti endouterine e storia di violenza domestica o da partner intimo (anche in gravidanza), comorbilità mediche e percorsi di fecondazione assistita, che sono risultati a rischio nelle donne alle quali non era stato proposto od offerto un sostegno psicologico individuale o di coppia.



I servizi inviati sono risultati essere maggiormente rappresentati da quelli ostetrico-ginecologici e della salute mentale, con una percentuale crescente tuttavia, specie nell'ultimo triennio, anche da parte dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta.



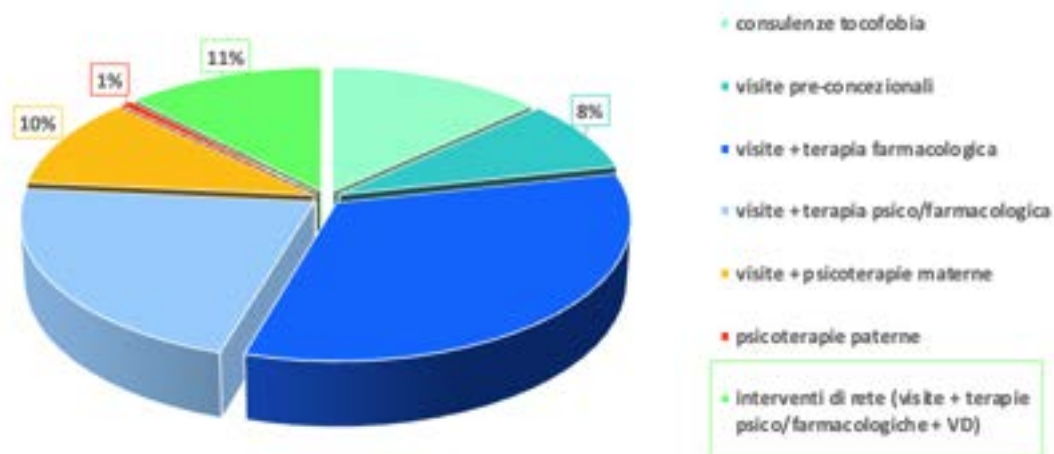
Per quanto riguarda l'epoca perinatale di invio quella post-partum supera quella antenatale. Nel quinquennio 2016-2022 (che ha compreso la pandemia sars-Cov2 correlata) c'è stato un incremento percentuale degli invii antenatali per incremento di problematiche ansioso-depressive durante i III trimestri di gravidanza, mentre nell'ultimo triennio 2023-2025 nel territorio si è assistito ad un aumento degli invii in epoca post-partum anche a partire dal quarto-sesto mese post-partum, motivo per il quale ad oggi abbiamo spostato il monitoraggio postnatale delle pazienti dai 12 mesi fino ai 24 mesi post-partum.



Sul piano diagnostico la patologia depressiva maggiore risulta quella percentualmente più rappresentata, con una prevalenza di episodi depressivi maggiori singoli, specie in donne con fattori di rischio di tipo psicosociale.

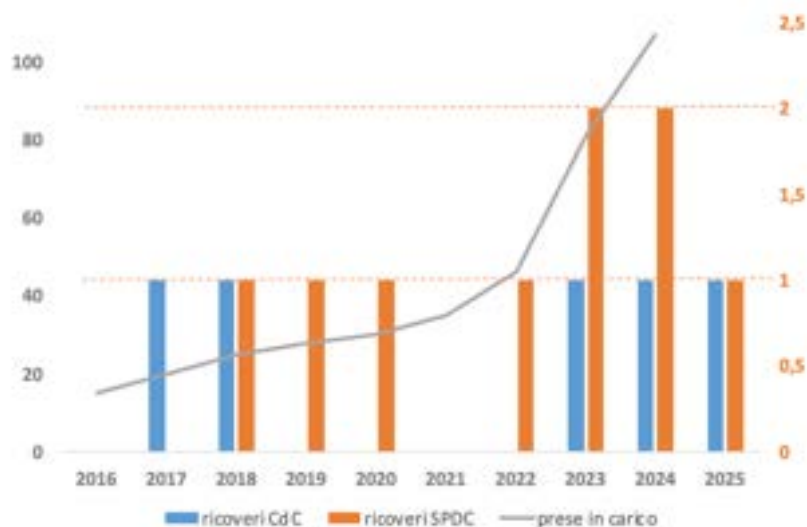
Una volta segnalate al servizio, vengono effettuate alle donne ulteriori valutazioni diagnostiche con l'ausilio delle scale psicometriche validate ed accreditate e vengono implementati piani di cura personalizzati sulla base dei diversi scenari clinico-diagnostici.

INTERVENTI



Dal momento dell'apertura del servizio ad oggi c'è stato un incremento percentuale degli interventi di rete (interventi infermieristico-educativi anche di tipo domiciliare in associazione ad interventi medici, psico-farmacologici e colloqui psicologici ambulatoriali), che ha portato ad un miglioramento dell'aderenza alle cure sia ante che postnatali nonché una più precoce remissione sintomatologica a parità di diagnosi e severità clinica, dati che sono in linea con le evidenze di letteratura che sottolineano l'importanza di strutturare interventi specialistici multiprofessionali in epoca perinatale, specie in donne affette da patologie di entità severa e che possono produrre un miglioramento dei sintomi, riduzione dell'intenzionalità suicidaria (se presente), un miglioramento del funzionamento e in generale migliori outcomes di salute nonché come fine ultimo anche ridurre i tassi di ospedalizzazione.

RICOVERI per ACUZIE



Nonostante i numeri siano al momento relativamente esigui, il ricovero della donna in un reparto psichiatrico, specie in epoca post-partum ed il suo allontanamento dal neonato per il tempo necessario al ripristino di una condizione di compenso, comporta inevitabilmente un trauma ulteriore sul piano emotivo materno, nonché una limitazione iniziale dei fisiologici meccanismi di bonding madre-bambino.

Sarebbe pertanto auspicabile avere sul territorio nazionale, come già presente in diversi paesi del mondo, unità di ricovero specialistiche madre-bambino che abbiano la possibilità di accogliere sia la madre, sia il neonato in situazione di sicurezza ed assistenza specialistica al fine di favorire lo sviluppo e mantenimento di un adeguato legame materno-infantile in ambiente protetto sin dalle fasi precoci di nascita.

Promuovere la Salute Mentale Materna, il Vissuto Emotivo delle Donne in Gravidanza: Una Ricerca Qualitativa ⁽¹⁾

È stata effettuata un'analisi qualitativa divisa in due rilevazioni sequenziali, atta ad esplorare sei aree soggettive: la gravidanza, il supporto avuto durante la stessa, il vissuto emotivo rispetto al servizio perinatale, la cura del neonato, i momenti significativi delle madri intervistate nel percorso nascita ed un giudizio finale sull'assistenza ricevuta all'interno del servizio.

L'obiettivo era esaminare l'esperienza emotiva delle donne seguite presso Servizio di Psichiatria Perinatale dell'ASL CN1, ottenere una comprensione dettagliata delle percezioni, delle esigenze e delle sfide affrontate dalle donne durante il periodo perinatale e fornire informazioni al fine di ottimizzare l'assistenza nell'ambito della psichiatria perinatale.

Metodologia applicata:

- Studio qualitativo fenomenologico (approvato da comitato etico)
- Interviste semi strutturate (questionario a 6 items)
- Campione: donne >18 anni seguite presso Servizio Psichiatrico Perinatale
- Due rilevazioni: I e II trimestre anno 2022 + I trimestre anno 2024

Risultati:

- Tutte le donne intervistate hanno riferito ansia, senso di apprensione, disturbi del sonno, senso di inadeguatezza
- Il 14% delle donne intervistate ha riferito idee di morte
- Tutte le donne intervistate hanno espresso la necessità di ricevere una assistenza sanitaria durante il periodo perinatale
- Il 57% delle donne intervistate ha segnalato una scarsa partecipazione da parte del partner o non in grado di supportare i loro vissuti negativi
- La presenza di un complesso familiare ed affettivo di base è stata di fondamentale importanza
- 71% intervistate ha dichiarato di non essere a conoscenza del servizio perinatale
- La fiducia nei professionisti non viene data in automatico, ma solo dopo aver superato i timori, in particolare la paura di essere ricoverate o di vedere il proprio figlio allontanato dal nucleo familiare
- Tutte le donne intervistate hanno manifestato un considerevole gradimento dell'assistenza ricevuta, anche domiciliare
- Tutte le donne intervistate consiglierebbero il percorso assistenziale ricevuto ad altre donne
- A fine percorso le donne intervistate hanno dichiarato che grazie agli interventi multi-professionali anche domiciliari ricevuti, è stato possibile acquisire nuove competenze, un maggior senso di tranquillità e migliore capacità di gestione di situazioni potenzialmente stressanti.

⁽¹⁾ I dati riportati sono ricavati da un'indagine interna e non provengono da uno studio pubblicato.

Nella pratica clinica è fondamentale avere a disposizione dati di efficacia statisticamente provati e validati, ma è di pari importanza anche il vissuto soggettivo dei pazienti assistiti, un indice estremamente importante delle capacità empatiche e relazionali del clinico/terapeuta e dall'altro lato della accettazione/aderenza e motivazione al percorso terapeutico che è stato strutturato.

Le criticità rilevate riguardano principalmente le barriere linguistiche e la mancanza di una pronta disponibilità in urgenza di mediatori culturali; l'assenza di un luogo di cura adeguato (gravidanza, immediato post-partum) nei casi di acuzie psichiatrica con necessità di ospedalizzazione, basso coinvolgimento figure paterne e la necessità di attivare interventi psicoterapeutici di gruppo.

Conclusioni

La salute della donna ha caratteristiche specifiche che richiedono un approccio dedicato ed in ambito perinatale è importante implementare nel SSN percorsi di cura *ad hoc, tali* che garantiscano supporto alla salute mentale perinatale per migliorare lo sviluppo infantile precoce con un approccio attento, umano e rispettoso della dignità del singolo soggetto.

La prevenzione è lo strumento più efficace per proteggere la salute e migliorare la qualità della vita, sia attraverso strategie cliniche (*intercettazione/diagnosi precoce*), ma anche in ambito culturale e sociale.

BIBLIOGRAFIA

1. ISS - Rapporti Istituzionali 16/31
2. Guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services- World Health Organization, 2022)
3. Evaluating the clinical effectiveness of a specialized perinatal psychiatry unit – Brody SM et al. Arch Women Ment Health, 2014; 17(2): 107-113.
4. Peano M., Rigallo D., Tutelare la Salute Mentale coinvolgendo la Comunità, in “Percorsi di Secondo Welfare”, 1° luglio 2025.

TIZIANA ROSSETTO*Consulente di formazione in logopedia e politiche delle professioni sanitarie***FIAMMETTA FANARI***Voce InForma S.r.l., Torino***FEDERICO NATALE***Voce InForma S.r.l., Torino - ASL TO3***DARIO STRANGIS***Voce InForma S.r.l., Torino*

IL RUOLO DEL LOGOPEDISTA NEI PERCORSI DI AFFERMAZIONE DI GENERE

Premessa *A cura di Tiziana Rossetto*

L'attualità del tema dell'affermazione di genere attraverso un percorso di cura, qui sotto ben descritto, fa emergere chiaramente quanto sia evidente la complessità clinica, oltre che socio-culturale, in cui opera il logopedista. Il logopedista non solo cura, ma si "prende cura" della persona che assiste in una logica multiprofessionale. Nel percorso logopedico per l'affermazione di genere, le persone che intraprendono questo percorso, ritengono che gli aspetti comunicativi, la voce stessa, siano elementi fortemente identitari ritenuti dagli stessi: che "aiutano a stare bene nel mondo". Come la tecnologia ed il digitale possano venire in aiuto ai professionisti, ma anche alle persone coinvolte, è materia in continua evoluzione: applicazioni, teleriabilitazione, software per analisi, valutazione e monitoraggio sono strumenti assistivi entrati nella pratica clinica routinaria. Consapevoli che l'innovazione tecnologica offra molte opportunità, dovremo nel contempo, incentivare politiche di inclusione ed emancipazione sociale e culturale per un futuro migliore che garantisca a queste persone pari diritti, dignità e libertà di affermazione consapevole.

Introduzione

Il presente contributo nasce dall'esigenza di riconoscere, all'interno dei percorsi di affermazione di genere, il ruolo del logopedista: una figura professionale dal potenziale ancora poco valorizzato nei protocolli assistenziali. In un contesto clinico e sociale in continua evoluzione, diventa fondamentale promuovere interventi vocali e comunicativi personalizzati, etici e fondati sull'evidenza. La voce, intesa come espressione dell'identità, è infatti uno strumento centrale di autodeterminazione e benessere. L'articolo si propone di analizzare le necessità emergenti e offrire spunti operativi per rispondere in modo adeguato ai bisogni delle persone transgender, in linea con una visione ampia, inclusiva e contemporanea della società.

Il percorso di affermazione di genere per le persone transgender e non binarie si configura come un **processo multidisciplinare e interdisciplinare** che coinvolge figure professionali diverse, dall'avvocato allo psicologo, dal medico endocrinologo all' foniatra, dall' chirurgo maxillo-facciale, estetico, ORL all' logopedista. Si tratta spesso di un percorso lungo e impegnativo, tanto sul piano emotivo quanto su quello assistenziale ed economico.

In tale complesso contesto clinico, è evidente la necessità di una presa in carico della persona per comprendere realmente i suoi bisogni. Oggi la comunicazione tra la sanità e la comunità LGBTQIA+, in continua evoluzione, risulta spesso difficoltosa e ancorata a stereotipi del passato che guardano all'identità

di genere come un costrutto binario (uomo-donna) e alla transizione come un “programma terapeutico” standardizzato. Questo implica la necessità di un ripensamento profondo anche delle modalità con cui si strutturano i percorsi di cura.

L'intervento logopedico è oggi riconosciuto dalla letteratura scientifica internazionale come una parte fondamentale del percorso di affermazione di genere, come sostenuto dagli *Standard of Care* (SOC-8 aggiornati nel 2022) della WPATH (*World Professional Association for Transgender Health*) e dall'EPATH (*European Professional Association for Transgender Health*), organizzazioni che promuovono la cura *evidence-based*, l'educazione, la ricerca, il supporto, le politiche pubbliche e il rispetto per la salute delle persone transgender.

Infatti, negli ultimi anni si è registrato un significativo aumento delle richieste, soprattutto da parte delle persone transgender, di intraprendere percorsi vocali e comunicativi. Proprio i logopedisti rappresentano spesso la prima figura a cui viene comunicato il desiderio di affermare se stessi attraverso la voce, un aspetto centrale e spesso di primaria importanza nel processo di espressione di genere, ma anche nella possibilità di essere visti come il proprio genere sperimentato.

“Il percorso comunicativo mi aiuta meglio a stare nel mondo” ⁽¹⁾

Il trattamento logopedico non si esaurisce nella modifica della frequenza della voce, e quindi nel raggiungimento di un suono più acuto o più grave: la salute vocale deve essere sempre il primo obiettivo, a cui segue il lavoro su intonazione, risonanza, volume, articolazione, naturalezza e, se richiesto, sulla comunicazione non verbale, per **costruire un nuovo stile comunicativo** e facilitare la comunicazione, affrontandola in ogni suo aspetto. Risulta pertanto fondamentale unire l'intervento tecnico a quello di *counseling* per favorire l'integrazione di nuove consapevolezze e rafforzare l'autostima e la soddisfazione comunicativa. Queste risultano solitamente correlate al rischio di *misgendering*, fenomeno che si verifica quando ci si riferisce a una persona usando pronomi o termini di genere non in linea con la sua identità.

A oggi non esiste un protocollo riabilitativo universalmente riconosciuto: la terapia deve essere flessibile, costruita in base a obiettivi condivisi e tenere conto delle caratteristiche fisiche, psicologiche e sociali della persona. Per questo motivo è importante che logopedista e paziente si incontrino già nelle fasi iniziali del percorso, effettuando valutazioni non solo acustiche ma anche soggettive, come quella dell'attitudine comunicativa percepita.

Generalmente per le persone AMAB (*Assigned Male At Birth*), il percorso di affermazione vocale può prevedere una combinazione tra trattamento logopedico e chirurgico oppure un'opzione esclusivamente logopedica.

⁽¹⁾ Testimonianza raccolta durante una seduta logopedica di affermazione vocale (2025)

Solitamente, la terapia vocale (TV) è scelta come primo approccio, in quanto più accessibile e meno invasiva. Tuttavia, circa il 20% delle donne transgender, riferisce che gli esiti della TV non siano pienamente soddisfacenti e prende in considerazione interventi chirurgici di elevazione della frequenza della voce, come l'approssimazione cricotiroidea, la glottoplastica e le tecniche laser. In generale, l'associazione tra terapia logopedica e chirurgia rappresenta l'approccio più efficace.

Nel caso di persone AFAB (*Assigned Female At Birth*), l'eventuale terapia ormonale con assunzione di testosterone provoca modifiche vocali profonde e in gran parte irreversibili, soprattutto per quanto riguarda l'abbassamento della frequenza. Tuttavia, nei primi mesi si osserva frequente instabilità vocale con comparsa di disfonia e compensi muscolari. Una percentuale significativa di uomini transgender, tra il 10% e il 24%, lamenta problemi vocali persistenti, come affaticamento vocale, ridotta qualità e potenza della voce, o una voce eccessivamente "chiara" e percepita come non adeguata all'età anagrafica.

Conclusioni

La logopedia risulta quindi fondamentale per accompagnare questo processo di cambiamento e stabilizzazione vocale, migliorando il benessere emotivo. In casi selezionati si può ricorrere a interventi chirurgici (e.g., tiroplastica di tipo III secondo Isshiki, iniezione aumentativa, etc.).

Ancora una volta, si ricorda che la presa in carico logopedica non ha il compito di "femminilizzare" o "mascolinizzare" una voce in modo direttivo e predeterminato, ma di saper costruire percorsi individualizzati, riconoscendo i propri bias e mantenendo un approccio non patologizzante che valuti ogni esperienza di genere.

È dunque evidente la necessità di un adeguamento della formazione dell' logopedista, sia a livello universitario sia nell'aggiornamento continuo, fornendo competenze culturali e tecniche specifiche. Per migliorare la qualità delle cure, inoltre, è indispensabile creare tavoli di discussione multidisciplinare, promuovere politiche trans-affirming e ampliare i servizi su tutto il territorio nazionale. Infatti, a oggi, soprattutto chi vive lontano dai grandi centri urbani, si affida alla teleriabilitazione, modalità che consente accessibilità, continuità terapeutica e riduzione dello stress associato a contesti sanitari, spesso percepiti come ostili.

Lo sviluppo e la valorizzazione di questi aspetti permetterebbero anche di ampliare la ricerca clinica sui protocolli di trattamento logopedico evidence-based e promuovere la raccolta di dati epidemiologici e outcome nazionali rispetto all'efficacia degli interventi.

“L'accompagnamento logopedico è uno strumento potente per riappropriarsi della propria voce e di se stessi” ⁽²⁾

In un mondo in trasformazione, la voce non è solo suono, ma identità: dare voce a chi cerca “la sua vera voce” deve essere il compito della logopedia di oggi.

⁽²⁾ Testimonianza raccolta al termine delle sedute logopediche di affermazione vocale, in risposta alla richiesta di esprimere una riflessione conclusiva sul percorso svolto (2025)

BIBLIOGRAFIA

1. Collazo A., Austin A. & Craig, S. L (2013). Facilitating transition among transgender clients: Components of effective clinical practice. *Clinical Social Work Journal*, 41, 228-237.
2. Leyns C, Alighieri C, De Wilde J, Van Lierde K, T'Sjoen G, D'haeseleer E. Experiences of Transgender Women with Speech Feminization Training: A Qualitative Study. *Healthcare (Basel)*. 2022 Nov 16;10(11):2295. doi: 10.3390/healthcare10112295. PMID: 36421620; PMCID: PMC9690106.
3. Budge, S. L., Katz-Wise, S. L., Tebbe, E. N., Howard, K.A. S., Schneider, C. L., & Rodriguez A. (2012). Transgender emotional and coping processes: Facilitative and avoidant coping throughout gender transitioning. *The Counseling Psychologist*, 41(4),601-647.doi:10.1177/0011000011432753
4. Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., Cohen-Kettenis, P., DeCuypere, G., Feldman, J., Zucker, K. (2012). Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender nonconforming people, 7th Version. *International Journal of Transgenderism*, 13, 165-232.
5. Azul, D. (2015). On the varied and complex factors affecting gender diverse people's vocal situations: Implications for clinical practice. *SIG 3 Perspectives on Voice and Voice Disorders*, 25(2),75-86.
6. Adler, R. K., Hirsch, S., & Pickering, J. (Eds.). (2018). *Voice and communication therapy for the transgender/gender diverse client: A comprehensive clinical guide*. Plural Publishing.
7. Byrne, L. A., Dacakis, G., & Douglas, J. M. (2003) Self-perceptions of pragmatic communication abilities in male-to-female transsexuals. *Advances in Speech Language Pathology*, 5, 15-25.
8. Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., Cohen-Kettenis, P., DeCuypere, G., Feldman, J., Zucker, K. (2012). Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender nonconforming people, 7th Version. *International Journal of Transgenderism*, 13, 165-232.
9. Adler, R, & Pickering, J. (2015). Supporting the modification of voice and resonance with speakers who are transgender. Presented at 2015 ASHA Annual Convention, Denver, CO.
10. Gray ML, Courey MS. Transgender Voice and Communication. *Otolaryngol Clin North Am*. 2019 Aug;52(4):713-722. doi: 10.1016/j.otc.2019.03.007. Epub 2019 May 14. PMID: 31101356.
11. Gelfer, M. P, & Mikos, V.A. (2005). The relative contributions of speaking fundamental frequency and formant frequencies to gender identification based on isolated vowels. *Journal of Voice*, 19(4),544-554.
12. Novais Valente Junior C, Mesquita de Medeiros A. Voice And Gender Incongruence: Relationship Between Vocal Self-Perception And Mental Health Of Trans Women. *J Voice*. 2022 Nov;36(6):808-813. doi: 10.1016/j.jvoice.2020.10.002. Epub 2020 Oct 24. PMID: 34756403.
13. Holmberg J, Linander I, Södersten M, Karlsson F. Exploring Motives and Perceived Barriers for Voice Modification: The Views of Transgender and Gender-Diverse Voice Clients. *J Speech Lang Hear Res*. 2023 Jul 12;66(7):2246-2259. doi: 10.1044/2023_JSLHR-23-00042. Epub 2023 Jun 1. PMID: 37263019.
14. Davies, S., & Goldberg, J. M. (2006). Clinical aspects of transgender speech feminization and masculinization. *International Journal of Transgenderism*, 9, 167-196.
15. Hancock, A. B. (2017). An ICF Perspective on voice- related quality of life of American transgender women. *Journal of Voice*, 31(1), 115.e1-115.e8. *Voice and communication therapy. Journal of Communication Disorders*, 45(5), 313-324.
16. Van Damme S, Cosyns M, Deman S, Van den Eede Z, Van Borsel J. The Effectiveness of Pitch-raising Surgery in Male-to-Female Transsexuals: A Systematic Review. *J Voice*. (2017) Mar;31(2).
17. Aires MM, Marinho CB, Souza CSC. Effect of Endoscopic Glottoplasty on Acoustic Measures and Quality of Voice: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Voice*. 2023 Jan;37(1):117-127. doi: 10.1016/j.jvoice.2020.11.005. Epub 2020 Dec 1. PMID: 33277130
18. Song TE, Jiang N. Transgender Phonosurgery: A Systematic Review and Meta-analysis. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2017 May;156(5):803-808. doi: 10.1177/0194599817697050. Epub 2017 Mar 28. PMID: 28349733.

19. Cler GJ, McKenna VS, Dahl KL, Stepp CE. Longitudinal Case Study of Transgender Voice Changes Under Testosterone Hormone Therapy. *J Voice*. 2020 Sep;34(5):748-762
20. Nygren, U., Nordenskjold, A., Arver, S., & Sodersten, M. (2016). Effects on voice fundamental frequency and satisfaction with voice in trans men during testosterone treatment. *Journal of voice* (306): 766.e23-766.e34.
21. Colton Meier, S. L., Fitzgerald, K. M., Pardo, S. T., & Babcock, J. (2011). The effects of hormonal gender affirmation treatment on mental health in female-to-male transsexuals. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 15(3), 281-299.
22. Bultynck C, Cosyns M, T'Sjoen G, Van Borsel J, Bonte K. Thyroplasty Type III to Lower the Vocal Pitch in Trans Men. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2021 Jan;164(1):157-159
23. Webb H, Free N, Oates J, Paddle P. The Use of Vocal Fold Injection Augmentation in a Transmasculine Patient Unsatisfied with Voice Following Testosterone Therapy and Voice Training. *J Voice*. 2022 Jul;36(4):588.e1-588.e6.
24. Austin, A., & Craig, S. L. (2015). Transgender affirmative cognitive behavioral therapy: Clinical considerations and applications. *Professional Psychology, Research and Practice*, 46(1), 21-29.
25. Hancock, A. B., & Haskin, G. (2015). Speech- language pathologists' knowledge and attitudes regarding lesbian, gay, bisexual, transgender & queer (LGBTQ) populations. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 24(2), 206- 221. doi: 10.1044/2015_AJSLP-14-0095
26. Gunjawate DR, B Kumar R, Ravi R, Kunnath LS. Knowledge and attitudes toward transgender community among speech-language pathologists in India: A questionnaire-based exploration. *Int J Transgend Health*. 2020 Apr 21;21(4):455-462.

SALUTE VISIVA NELLA SANITÀ DI GENERE

Le differenze biologiche, le implicazioni ambientali e il genere hanno profonde influenze sulla salute. “Medicina di genere” non significa “una medicina per la donna”, ma una medicina orientata all’individuo: “tutte le persone sono uniche e devono essere trattate in modo centrato alla loro persona, personalizzato rispetto allo svantaggio che vivono. Questa è l’uguaglianza” (A.Keuroghlian). Prima della medicina di genere le conoscenze in merito ai farmaci e alle malattie derivavano da una ricerca maschio-centrica.

Perfino l’ergonomia delle apparecchiature strumentali veniva pensata per gli uomini: per esempio, i primi modelli di campimetro computerizzato in oftalmologia rendevano difficoltoso l’appoggio allo strumento per le persone dotate di seno. Ancora, nella farmacocinetica la grande variabilità dei cambiamenti fisiologici delle donne durante il ciclo mestruale era trascurata. La risposta immunitaria più intensa e efficace nel sesso femminile rispetto a quello maschile è un fattore che influisce sulla frequenza e sulla gravità delle reazioni avverse al trattamento farmacologico (sei ricoveri su dieci per effetti avversi da farmaci interessano le donne), nonostante ciò, alle donne vengono prescritti più farmaci e, soprattutto, ancora farmaci studiati sugli uomini.

In un articolo del 1996 A. Midelfart evidenziava come in oculistica pochi studi erano stati disegnati per investigare le possibili diversità fra donne e uomini, pur essendoci già evidenze che dimostravano differenze significative (ad esempio nei risultati della chirurgia della cataratta, negli esiti nel linfoma oculare, nelle uveiti, nell’influenza degli ormoni sulla cornea), quando invece entrambi i sessi dovrebbero essere egualmente rappresentati negli studi clinici, negli studi farmacologici in particolare.

A trent’anni di distanza, in una revisione degli studi associati alla approvazione di farmaci oftalmologici da parte della FDA, J.S.Xie evidenzia come in oltre tre quarti di essi si confondano sesso e genere, e come oltre due terzi non presenti analisi basate su sesso e genere: non vengono riportate le modalità del reperimento dati relativi a sesso e genere, né l’arruolato partecipanti provenienti da popolazioni appartenenti a minoranze sessuali e di identità di genere; la maggior parte degli studi esaminati riporta dati demografici disaggregati per sesso e genere (96,5%), ma pochi conducono un’analisi basata su sesso o genere per i dati relativi all’abbandono (1,2%), agli esiti primari (28,2%), agli esiti secondari (2,4%) e agli eventi avversi (9,4%).

Sesso E Genere

Nella pubblicazione “*Sex-and gender-based differences in healthy and diseased eyes*” del 2008, dall’analisi della letteratura oftalmologica risultava che molti autori usavano in modo intercambiabile i termini “sesso” e “genere”, rendendo difficile determinare se i dati relativi alla patologia in esame fossero attribuibili a differenze legate al sesso biologico oppure a disuguaglianze nell’accesso alle cure sanitarie che le donne affrontano in diverse aree del mondo. Anni dopo, B.K. Tao, in un’analisi delle istruzioni per gli autori pubblicate nelle riviste indicizzate di oftalmologia, rileva che solo il 29,8% di esse adotta un linguaggio inclusivo e che soltanto nel 67,9% di queste è chiaramente esplicitata la distinzione tra sesso e genere. Nonostante il piano strategico del National Institute of Health (NIH) del 2016 per una migliore comprensione e rappresentazione dei gruppi di minoranze sessuali e di genere, la ricerca continua a confondere sesso e genere, con una maggiore criticità nei dati clinici e un’inclusività tuttora insufficiente verso gli individui con diversità di genere.

Studi internazionali hanno evidenziato disuguaglianze di genere in ambito oftalmologico: tra le donne si osserva una maggiore prevalenza di problemi visivi e cataratta correlati alle disuguaglianze di genere nell'accesso all'assistenza sanitaria; negli uomini, invece, si riscontra una più elevata incidenza di malattie oculari non diagnosticate e di glaucoma riconducibili a modelli di socializzazione di genere, che limitano un utilizzo volontario tempestivo ed efficace dei servizi sanitari. Gli steroidi sessuali “permeano la complessità morfo-funzionale dell'occhio in ogni periodo della vita: la composizione molecolare e la strutturazione architetturale dei singoli tessuti vengono regolate principalmente dagli ormoni sessuali”; la funzione visiva della retina ne comporta un'esposizione continua alla luce ed un alto tasso di reazioni ossidative, che richiede una costante attività metabolica di protezione dallo stress ossidativo, attività svolta dall'epitelio pigmentato retinico, le cui cellule sono riccamente dotate di recettori degli estrogeni.

Dai dati in letteratura risulta inoltre che:

- nella donna, variazioni di parametri oculari intercorrono in pubertà, gravidanza, allattamento e post-menopausa, e persino mensilmente nelle fasi follicolare, ovulatoria e luteinica del ciclo mestruale in cui possono essere presenti fluttuazioni dinamiche dell'acuità visiva e del film lacrimale;
- gli ormoni hanno un ruolo nella flogosi cronica, nella risposta immunitaria alle infezioni;
- molti disturbi oculari sono influenzati da alterazioni del flusso ematico o/e della sua regolazione (glaucoma con normale tono oculare delle donne giovani, occlusione dei vasi retinici, neuropatia ottica ischemica anteriore...);
- i recettori degli estrogeni a livello retinico e coroidale hanno un effetto vasoattivo (vi possono anche essere effetti vasculitici avversi nei pazienti transgender in virtù delle terapie ormonali a dosaggio elevato);
- molte malattie oculari presentano un'incidenza ed un'evoluzione clinica diverse tra i sessi, a seconda di età e fasi ormonali.

Nonostante in oftalmologia siano note differenze epidemiologiche in alcune patologie in base al sesso, finora non hanno prodotto un approccio significativamente diverso nel trattamento. La predominanza epidemiologica di genere di alcune malattie oculari e la conoscenza dei meccanismi patogenetici influenzati dal sesso consente però di stratificare il rischio in maniera più appropriata e di orientare la medicina di iniziativa per migliorare il trattamento e la qualità di vita, e di conseguenza ridurre gli elevati costi sociali connessi.

Cecità E Ipovisione

Nel Rapporto ISTAT “Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari in Italia e nell'Unione europea” per l'Italia le cifre sono in linea con l'UE: l'1,9% delle persone dai 15 anni in su riporta gravi limitazioni sul piano visivo. Il 5,0% tra chi ha più di 65 anni e l'8,0% tra chi ha più di 75 anni. Per quanto riguarda le limitazioni moderate nella vista, ne soffre il 16,7% della popolazione. Se si sommano le limitazioni visive moderate a quelle gravi, complessivamente ne soffre il 18,6% della popolazione, percentuale che sale al 33,8% tra gli ultrasessantacinquenni e al 41,9% tra gli ultrasettantacinquenni.

Secondo l'Agenzia internazionale per la prevenzione della cecità IAPB, in Italia i ciechi sono circa 214.196 e oltre 1 milione gli ipovedenti. Nella fascia di età superiore ai 40 anni la maggior parte dei i soggetti ipo o non vedenti sono donne e il numero cresce con l'aumentare dell'età. La percentuale femminile è decisamente più frequente in una fascia di età (60-79) in cui la popolazione media femminile è più numerosa di quella maschile (+3,42%). Il maggiore numero è influenzato quindi anche dai fattori demografici, ma alla base vi sono soprattutto fattori di rischio maggiori: differenze sono state riscontrate, ad esempio, nella gravità della

degenerazione maculare legata all'età (DMLE), patologia che presenta una prevalenza superiore del 15% nelle donne in post-menopausa rispetto alla popolazione maschile.

La prevalenza delle patologie maggiormente responsabili di ipovisione e cecità a livello globale varia significativamente tra Paesi e all'interno degli stessi, in relazione a fattori quali la regione geografica di residenza, il livello di reddito, l'età e il genere. Secondo i dati dell'IPAB, è possibile analizzare il quadro epidemiologico europeo considerando tre macroregioni quali l'Europa Centrale, l'Europa dell'Est e l'Europa Occidentale. Nella macroregione dell'Europa occidentale, a cui appartiene l'Italia, le patologie più rilevanti risultano: cataratta, DMLE, glaucoma e retinopatia diabetica. In Italia la cataratta colpisce circa 8,5% della popolazione tra i 70-74 anni, il 12,4% nei 5 anni successivi e il 17,1% dopo gli 80 anni; la DMLE dall'8.5-11% tra i 65 e i 74 anni, fino al 27% oltre i 75 anni mentre il glaucoma il 2,5 % sopra i 40 anni. Nella popolazione che soffre di diabete (circa il 5,3% della popolazione totale) la prevalenza di retinopatia diabetica è trascurabile nei giovani, quando il diabete è diagnosticato dopo i trent'anni di età la prevalenza stimata è al 20% dopo 5 anni di malattia, al 40-50% dopo 10 anni e oltre il 90% dopo i 20 anni.

Le patologie responsabili di ipovisione e cecità comportano un significativo impatto economico: in Italia l'impatto in termini di risorse assorbite si stima essere pari a circa 2 miliardi di euro l'anno, di cui il 68% è rappresentato da costi sanitari diretti. Oltre ai costi sanitari diretti, l'ipovisione e cecità causano anche un notevole onere economico per pazienti, caregiver e società in generale, che aumenta con il grado di disabilità visiva. Azioni primariamente "di prevenzione e riconoscimento precoce delle patologie e poi di esecuzione di trattamenti appropriati nei tempi corretti, potrebbero ridurre i costi sanitari e sociali dimezzando la spesa.

Contesto Della Disabilità Visiva

Dai dati dell'Istituto Nazionale di Statistica, il 36% degli individui ciechi/ipovedenti vive da solo nonostante le patologie che causano ipovisione e cecità possano risultare estremamente invalidanti per l'autonomia e la sicurezza della persona.

Studi basati sulla popolazione forniscono solide prove dell'esistenza di una associazione tra ipovisione e depressione; le persone con problemi di vista hanno una probabilità 2-3 volte maggiore di sviluppare depressione. La depressione nell'ambito della disabilità visiva colpisce maggiormente le donne (tra il 3,7% ed il 15% rispetto al 2,4% ed il 12,9%).

In un contesto sanitario caratterizzato da un progressivo aumento delle spese a carico diretto dei cittadini, il *pension gender gap* contribuisce ad amplificare le disuguaglianze sociali ed economiche. Esiste un'influenza significativa del ruolo sociale delle donne (carico del lavoro di cura in famiglia) sulla loro carriera, vedasi utilizzo del part time e carriere discontinue. Dal Rendiconto Inps 2025 inoltre le lavoratrici risultano pagate un quinto meno degli uomini, sono inquadrate a più bassi livelli di qualifica anche se più istruite. Stando all'ultimo report del Consiglio di indirizzo e vigilanza dell'Inps, le retribuzioni giornaliere delle donne, inferiori di circa il 20% rispetto a quelle dei colleghi maschi, esitano in un trattamento pensionistico in media più basso di oltre il 47%.

Disabilità

Quando riflettiamo intorno al tema del genere e della disabilità, sostiene Jenny Morris, occorre chiarire il significato sotteso relativo ai termini: "La tendenza a confondere sesso e genere è simile a quella che confonde menomazione con disabilità. Entrambe sesso e menomazione sono caratteristiche relative al corpo, in ciascun essere umano il primo concerne le funzioni riproduttive il secondo le limitazioni funzionali (fisiche, sensoriali, intellettuali).

Nel medesimo tempo entrambi genere e disabilità sono costrutti sociali e culturali. Genere, secondo la Morris, riguarda il cosa significa essere o divenire femmine o maschi in un contesto sociale e culturale, mentre disabilità riguarda il modo in cui una società reagisce alla menomazione. Il concetto di genere esplicita le differenze sociali, politiche, culturali, economiche di esperire il mondo fra uomini e donne. Il concetto di disabilità esplicita le esperienze, sociali, culturali, politiche ed economiche associate alla menomazione”.

In entrambi vi sono interazioni fra le caratteristiche fisiche e il contesto socio-culturale in cui esse si realizzano. Il concetto di funzionamento e l'universalismo dell'approccio ecologico alla valutazione della salute e disabilità intese come interazione individuo/contesto ha trovato casa nella ICF (Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute del 2001) che fa parte della famiglia di classificazioni e terminologie internazionali dell'OMS e che rappresenta la revisione della Classificazione Internazionale delle Menomazioni, delle Disabilità e degli Handicap (ICIDH). La disabilità diventa una difficoltà nel funzionamento a livello fisico, personale o sociale, in uno o più domini principali di vita, che una persona, in una certa condizione di salute, trova nell'interazione con i fattori contestuali; tra questi domini troviamo anche i fattori personali, che ci distinguono gli uni dagli altri di cui fa parte anche il genere. Questa visione olistica della persona è entrata nel decreto legislativo 62/2024 attuativo della legge 227/2021 sulla disabilità.

Una riflessione va fatta in merito alle disabilità multiple e alle relazioni disfunzionali fra generi.

Le donne con disabilità (sensoriale nel nostro caso) vivono una doppia situazione di svantaggio che le rende esposte a forme di sopraffazione e a maggiori probabilità di diventare vittime di violenze e abusi sia all'interno sia all'esterno dell'ambiente domestico. Il concetto di discriminazione multipla a cui sono sottoposte le donne con disabilità è stato specificatamente riconosciuto dall'art.6 della convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, ratificata in Italia nel 2009. La **Wisconsin Coalition Against Domestic Violence** ha prodotto la tavola *“Power and control wheel: people with disability and their caregiver”* secondo le specifiche modalità con cui questo tipo di violenza si manifesta quando è rivolta a donne con disabilità. Può manifestarsi attraverso intimidazione, coercizione e minacce, isolamento, uso improprio del sostegno necessario, abuso farmacologico, negazione di cure essenziali. La violenza di genere è un problema di salute pubblica e i professionisti sanitari dovrebbero essere formati non solo per riconoscere i segni fisici della violenza, ma anche per coglierne il rischio nei segnali di violenza psicologica ed emotiva. Nell'accezione positiva del termine funzionamento “anche nella realtà delle donne con disabilità non andrebbe posta l'attenzione sul duplice svantaggio - donne e disabili - ma in relazione a processi di empowerment, di advocacy e all'idea che la questione della disabilità, le condizioni di ineguaglianza, la lesione dei diritti e le modalità violente di gestire le relazioni fra i generi interessa l'intera società (Malaguti E.)”.

Riabilitazione dell'ipovisione e Sanità di Genere

La riabilitazione dell'ipovisione (riduzione significativa e irreversibile della capacità visiva) è un percorso mirato a massimizzare l'utilizzo della vista residua. L'obiettivo non è recuperare la vista persa, ma aiutare la persona assistita a sfruttare al meglio le proprie capacità visive residue per svolgere le attività quotidiane. La riabilitazione in ipovisione rientra nelle competenze dell'Ortottista, professione che fa parte dell'equipe base dei centri di ipovisione.

Dalla lettura consecutiva dell'articolo di febbraio 2025 di A. Hartmann e coll., sui potenziali cambiamenti nel tempo, specifici non solo per età ma anche per genere, nella qualità della vita correlata alla vista (VRQoL) a livello di popolazione – studio che ha dimostrato un'associazione tra variazione dell'acuità

visiva e variazione della qualità della vita correlata alla vista con una diminuzione della qualità maggiore non solo nei over 65 anni ma anche nelle donne– e della relazione annuale del Ministero della Salute sullo stato di attuazione delle politiche inerenti alla prevenzione della cecità, all'educazione e alla riabilitazione visiva in cui i dati sono forniti esclusivamente disaggregati per età, è nata l'esigenza di condurre un'indagine conoscitiva per valutare se anche nell'ambito della riabilitazione dell'ipovisione vi sia la necessità o meno di ragionare in termini di approccio legato al sesso e genere.

A queste premesse di contesto si aggiungono i risultati del lavoro *Use of electronic devices by people attending vision rehabilitation services in Italy: A study based on the device and aids registry (D.A.Re)* dove la capacità di usare gli ausili elettronici è un marker di migliore indice IADL (Instrumental Activities of Daily Living): gli utilizzatori di ausili elettronici (in particolare smartphone e tablet) avevano una migliore qualità della vita correlata alla vista. Di particolare interesse è il focus riservato alle tecnologie assistive nell'ICHI (International Classification of Health Intervention), dove sono ora riconosciute a tutti gli effetti come un intervento sulla salute e come tale codificato in tutti i suoi aspetti (valutazione, prescrizione, fornitura, training, counselling, riparazione, follow-up). Il tema dell'accesso alle tecnologie digitali rimanda al volume di Commissione donne ASSD del 2024 sul gender device gap.

L'indagine si è svolta attraverso un questionario. Avendo solo uno scopo esplorativo il sondaggio è stato somministrato a un campione contenuto di ortottisti che lavorano nella riabilitazione di pazienti ipovedenti (donne 57 %, uomini 43%) equamente suddivisi tra nord, centro e sud Italia. Le domande miravano a esplorare, sulla base della loro esperienza professionale nell'ambito della riabilitazione visiva, l'eventuale riscontro di differenze tra la popolazione assistita di sesso femminile e maschile in relazione a:

- accettare il progetto riabilitativo.

Risultato 60% no, 40% sì. Le donne accettano più facilmente il progetto riabilitativo. Sono più disposte ad essere supportate e guidate (e a mostrare le proprie emozioni);

- atteggiamento riguardo la compliance o l'abbandono del percorso riabilitativo.

Risultato 20% no, 80% sì. Partendo da un atteggiamento più rassegnato le donne dimostrano più tenacia e più perseveranza nel proseguire il trattamento; gli uomini sono spesso tentati di abbandonare di fronte alla necessità di dovere rimodulare le proprie abitudini;

- preferenze nella scelta e utilizzo degli ausili.

Risultato: 40 % no, 60 % sì. Le donne accettano ausili anche di maggiore ingombro (es. videoingranditori) con un utilizzo più domestico. Gli uomini preferiscono lenti ingrandenti di facile uso fuori casa. Sono meno gli uomini che hanno necessità di fare lavori continuativi per vicino o che mettono la lettura come priorità mentre molte più donne danno importanza alle attività continuative per vicino (lettura, cucito, lavoro a maglia...). Non sono state notate differenze sostanziali nell'abilità manuale richieste dall'uso di alcuni ausili. Non differenze significative anche negli ausili digitali: basse competenze digitali per entrambi ma disponibilità ad impararne l'uso perché gli ausili informatici, a partire dagli assistenti vocali, svolgono un ruolo sempre più importante a fianco di quelli ottici ed elettronici in modo inversamente proporzionale alla diminuzione del residuo visivo;

- accesso ad ausili out-of-pocket.

Risultati: 100% no. Se finanziariamente la spesa non è sostenibile in proprio se ne fa carico solitamente la rete familiare. La differenza può farla la capacità di coltivare buone relazioni con la parentela (risulta maggiore l'abilità femminile nel coltivare i legami familiari);

- difficoltà ad accedere all'ambulatorio di ipovisione legate alla mobilità.

Risultati: 80% no, 20% sì. Un numero non insignificante di donne delle generazioni che maggiormente afferiscono agli ambulatori di ipovisione non ha mai avuto la patente ma sono anche meno abituate a prendere i mezzi pubblici. Non vogliono però pesare sui figli per problemi di trasporto e accettano volentieri terapie domiciliari;

- richieste rispetto alle autonomie che desiderano raggiungere nella vita quotidiana.

Risultati: 100% sì. Le autonomie desiderate sono strettamente legate alla motivazione che porta le persone negli ambulatori di ipovisione.

I pazienti di sesso maschile vorrebbero recuperare il requisito della patente, non prioritario per le donne che in genere chiedono supporti per le attività di casa e per continuare a prodigarsi per la famiglia per quello che possono; fuori casa il desiderio è poter avere accesso autonomo al supermercato e riuscire a leggere etichette. L'uomo cerca la possibilità di mantenere abitudini anche fuori di casa, le richieste sono legate alla socialità e al controllo finanziario della loro vita.

La differenza la fa comunque molto anche il contesto culturale e sociale in cui la persona è inserita.

Conclusioni

Riassumendo quindi le differenze non risultano legate tanto al sesso di appartenenza quanto al genere o, meglio, ai ruoli di genere che influenzano gli obiettivi individuali solidali con le aspettative e comportamenti che la società in cui hanno vissuto la loro età adulta associa a maschi e femmine.

Un elemento di interesse emerge dall'analisi delle risposte: le differenze sono state rilevate maggiormente dalle rispondenti donne rispetto ai rispondenti uomini. Se ne potrebbe derivare l'opinione che anche il ruolo professionale del sanitario non è neutro dal punto di vista del genere per il paziente.

La letteratura documenta variazioni nella gestione dei processi di cura dei sanitari, sia per quanto attiene il communication style sia per quanto attiene i technical skills; lo stile comunicativo maschile viene spesso descritto come report talk basato sullo scambio di informazioni medico-scientifiche e quello femminile come rapport talk basato sulla costruzione di un rapporto bilaterale.

Nel setting di cura si fa riferimento a quattro diadi: paziente donna/sanitario uomo; paziente uomo/sanitario donna; paziente donna/sanitario donna; paziente uomo/sanitario uomo.

La diade che sembra beneficiare maggiormente del tempo di comunicazione operatore sanitario – paziente è quella dello stesso sesso. Inesplorati sono gli effetti se un componente della diade non è eterodiretto. Valutare ed esplorare il valore aggiunto della differenza di genere degli operatori sanitari può aiutare a rispondere efficacemente alle aspettative e ai bisogni di ogni singolo paziente.

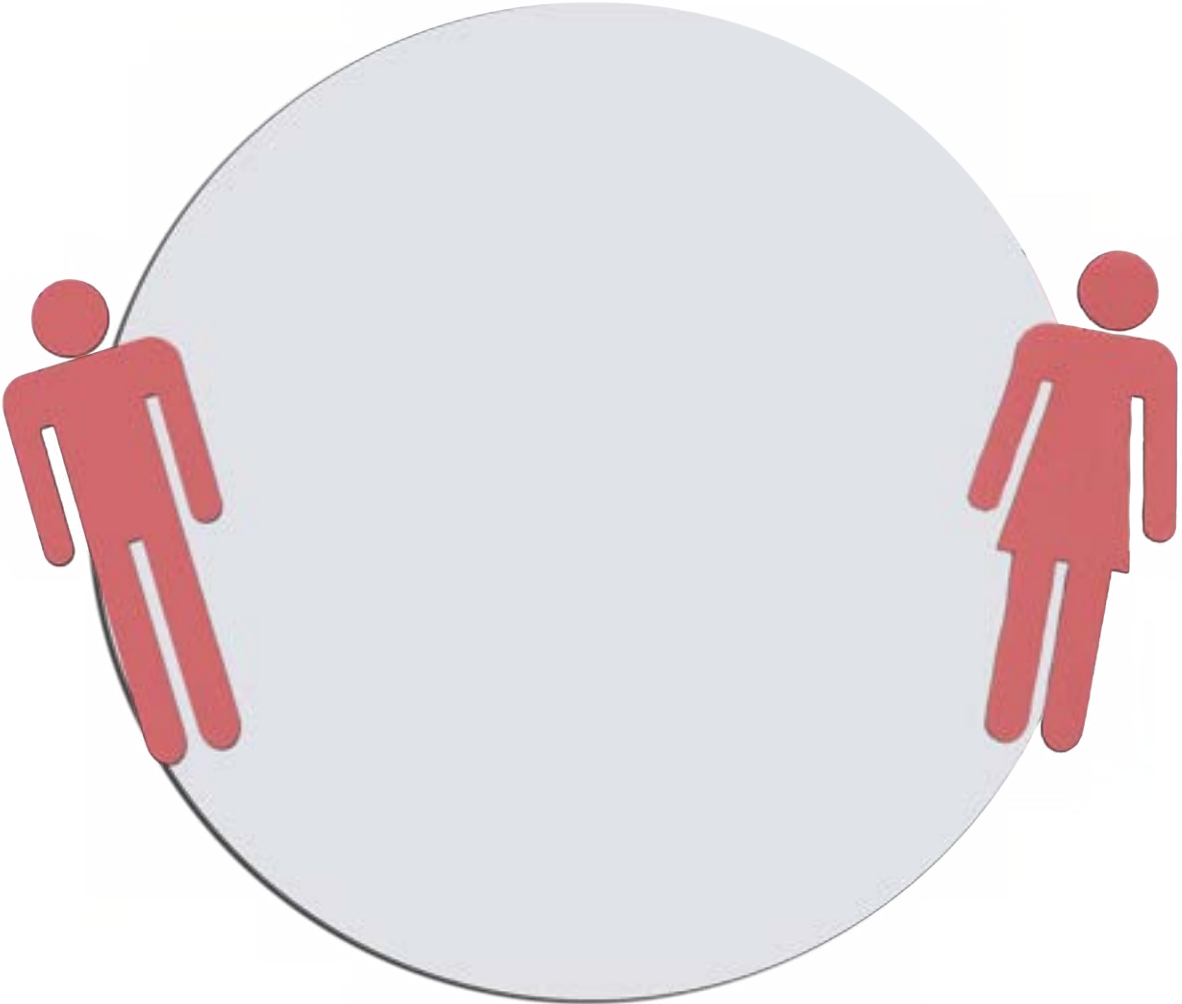
BIBLIOGRAFIA

1. Planning and implementing sexual orientation and gender identity data collection in electronic health records, C. Grasso, M. J. McDowell, H. Goldhammer and A. S. Keuroghlian, Journal of the American Medical Informatics Association, Volume 26, Issue 1, January 2019, Pages 66–70
2. La Medicina di genere e sesso specifica Prof. Marek Glezerman in L'oftalmologia di genere quaderni di oftalmologia SOI 2016
3. Quotidiano sanità 16/09/2022 - Sei ricoveri su 10 per effetti avversi da farmaci sono nelle donne
4. Midelfart A. Women and men--same eyes? Acta Ophthalmol Scand. 1996; 74: 589-92.
5. Lundqvist B, Mönestam E. Gender-related differences in cataract surgery outcome: a 5-year follow-up. Acta Ophthalmol. 2008;86: 543-8.
6. Plaisier M, et al. Ocular adnexal lymphoma classified using the WHO classification: not only histology and stage, but also gender is a predictor of outcome. Orbit. 2007;26 :83-8.
7. Braakenburg AM, de Valk HW, de Boer J et al. Human leukocyte antigen-B27-associated uveitis: long-term follow-up and gender differences. Am J Ophthalmol. 2008;145: 472-9.
8. Koskela, T., Manninen, J., & Laitinen, T. (2020). Gender and age-related differences in central corneal thickness; Journal of Cataract and Refractive Surgery
9. J.S.Xie et al, Sex or Gender Reporting in Ophthalmology Clinical Trials Among US Food and Drug Administration Approvals,1995 to 2022, J.S.Xie et al. JAMA Ophthalmology vol.142,No.
10. Wagner H., et al., Sex- and gender-based differences in healthy and diseased eyes DOI: 10.1016/j.optm.2008.01.024
11. Gender inclusivity of ophthalmology journal submission guidelines and associated research metrics, B. K. Tao, Volume 35, Issue 1. <https://doi.org/10.1177/11206721241259806>
12. Tarabbia C., Le basi biologiche dell'oftalmologia di genere. L'oftalmologia di genere quaderni di oftalmologia SOI 2016 ISBN: 978-88-97929-57-4.
13. L'oftalmologia di genere quaderni di oftalmologia SOI (Società Italiana di oftalmologia)2016 ISBN: 978-88-97929-57-4.
14. Eisner A. Sex, eyes, and vision: Male/female distinctions in ophthalmic disorders. Curr. Eye Res. 2015;40:96-101.
15. La gestione value-based del paziente con ipovisione/cecità, G. E. Calabrò, Dipartimento di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica, Roma.
16. Montes M., Drago D., Il contributo delle professioni sanitarie nella promozione della salute. Situazione in Italia dei difetti visivi, valutazione e correzione. Riv. Prisma AIOraO ,III/2019.
17. Ipovisione e riabilitazione visiva - <https://polonazionaleipovisione.it/ipovisione-e-riabilitazione/>
18. IRIS Registry American Academy of Ophthalmology ;Hutton D., Hayes H., Do women bear a greater burden for blindness and vision loss in the United States? AAO 2023.
19. Degenerazione maculare legata all'età (DMLE) - <https://www.fondazionebietti.it/patologie/degenerazione-maculare-legata-alleta-dmle/>
20. Agenzia Internazionale per la prevenzione della cecità (IAPB Italia Onlus). Disponibile sul sito: www.iapb.it.
21. Rapporto annuale ISTAT. Indagine europea sulla salute (EHIS) <https://www.istat.it/informazioni-sulla-rilevazione/indagine-europea-sulla-salute-ehis/>
22. Audun B.,Trond H. Major Depression in Individuals with Visual Impairment, Association with Characteristics of Vision Loss, and Relation to Life satisfaction. The Lancet Psychiatry,2019; Nolett C. e al. Depressive symptoms in people with vision impairment: a cross-sectional study to identify who is most at risk.MMJ Open, 2019.

23. Da dove viene il divario pensionistico tra donne e uomini? Sole24ore, 1 febbraio 2024 <https://www.econopoly.ilsole24ore.com/2024/02/01/divario-pensionistico-donne-uomini/>
24. Child penalties across countries evidence and explanations https://www.nber.org/system/files/working_papers/w25524/w25524.pdf;
25. Getting a Job: Is There a Motherhood penalty? <https://www.jstor.org/stable/10.1086/511799?seq=1>;
26. Housework and Wages - <https://www.jstor.org/stable/3069609>
27. Rapporto Ocsa 2024 - https://www.oecd.org/en/publications/education-at-a-glance-2024_c00cad36-en.html
28. Women in the boardroom: a global prospective, ottava edizione 2024 Deloitte.
29. Rendiconto di genere 2024 INPS-CIV; <https://www.dottrinalavoro.it/wp-content/uploads/2025/02/Rendiconto-di-genere-2024.pdf>
30. Morris, J. (1992) Personal and Political: A Feminist Perspective on Researching Physical Disability, *Disability & Society*, (7: 2, 157 — 166)
31. Decreto 62/2024 emanato in attuazione alla legge delega 227/2021 sulla disabilità. <https://handylex.org/wp-content/uploads/2024/05/ATTO-COMPLETO--1.pdf>
32. La violenza contro le donne con disabilità, Osservatorio per la sicurezza contro gli atti discriminatori, Ministero dell'interno. Ed. Direzione centrale della polizia criminale 2022.
33. Power and Control NIWRC https://www.niwr.org/sites/default/files/images/resource/power_and_control_wheels.pdf
34. Malaguti E., Donne e Uomini con disabilità, Studi di genere, disability studies e nuovi intrecci contemporanei, Alma Mater Studiorum –Unibo, Dipartimento di Scienze dell'Educazione, Ricerche di Pedagogia e Didattica (2011), 6, 1 – Pedagogia di Genere.
35. Commissione di alto nazionale Ortottisti - <https://www.tsrp-pstrp.org/index.php/ortottista/>
36. Associazione Italiana Ortottisti assistenti di oftalmologia - <https://aioraio.it/aioraio/index.php/chi-siamo/>
37. Hartmann A., Grabitz S., Gender-specific changes in vision-related quality of life over time –results from the population-based Gutenberg Health Study; Graefe's Archive for Clinical and Experimental Ophthalmology; DOI:10.1007/s00417-025-06741-9.
38. Relazione del Ministero della salute sullo stato di attuazione delle politiche inerenti alla prevenzione della cecità, l'educazione e la riabilitazione visiva (legge 284/97) dato 2022 https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3542_allegato.pdf
39. F. Bartolomei, E. Costanzo - Volume 34, Issue 3. <https://doi.org/10.1177/11206721231200376>
40. Il digital gender gap nella cultura del digitale in sanità ASSD, <https://assd.it/commissione-donne/il-digital-gender-gap-nella-cultura-del-digitale-in-sanita/>
41. Jefferson L, Bloor K, Birks Y et al. Effect of physicians' gender on communication and consultation length: a systematic review and meta-analysis. *J Health Serv Res Policy* 2013; 18 (4): 242-8.
42. Roter DL, Hall JA, Aoki Y. Physician gender effects in medical communication. *JAMA* 2002; 288 (6): 756-64.
43. Biancheri R. Dalla medicina di genere al genere in salute. *Salute e società* 2014; 1: 17-33. Tannen D. You just don't understand. New York: Balantine, 1990.
44. Signani F. How gender affects the relationship between physician and patient. *Ital J Gender-Specific Med* 2017; 3 (4): 160-1.
45. Butera A. et al; Sessualità e Genere un approccio multiprofessionale al contrasto delle malattie infettive FNO TSRM e PSTRP -Forum risk management Arezzo 2022.

PARTE IV

Le nuove frontiere della medicina di genere



LEADERSHIP FEMMINILE, ATTUAZIONE DELLE POLITICHE DI GENERE, UNO SGUARDO DA SUD

Leadership e genere

La condizione femminile è molto migliorata nell'ultimo decennio sia dal punto di vista sociale che economico, in tutto il mondo occidentale avanzato, e anche in Italia.

Nonostante ciò, gli indicatori di benessere, salute e condizione socioeconomica, per la condizione femminile sono ancora poco stabili e in lenta ascesa rispetto al genere maschile, dato questo che ha registrato un peggioramento dopo la crisi pandemica.

Nel 2018 è stata condotta una ricerca Ipsos sull'identità sociale, secondo cui un terzo delle donne italiane non si dichiara soddisfatto della possibilità di conciliare il proprio spazio abitativo con gli impegni familiari e professionali; anzi, maggiore è il livello di impegno sociale e lavorativo, maggiore è la frustrazione registrata ⁽¹⁾.

Il tema della parità di genere ha assunto particolare rilevanza negli ultimi anni, nel contesto del movimento internazionale e nazionale volto a raggiungere entro il 2030 gli obiettivi di sviluppo sostenibile sanciti nel 2015 con l'Agenda ONU, sottoscritta da quasi tutti i Paesi del mondo. Le tendenze attuali per ciascuno dei 17 obiettivi e tra questi per l'obiettivo numero 5 (Raggiungere l'uguaglianza di genere e l'empowerment di tutte le donne e le ragazze), sia in Europa che in Italia, sono monitorate sistematicamente nell'ambito del lavoro svolto da ASviS* (Alleanza Italiana Sviluppo Sostenibile), e l'uguaglianza di genere è considerata uno dei pilastri del quadro dello sviluppo sostenibile e della più ampia uguaglianza intergenerazionale.

Secondo il BES dell'Istat** ("Benessere equo e sostenibile"), la condizione femminile ha registrato progressivi, seppur lenti, miglioramenti dal 2010 in poi, soprattutto grazie alla loro crescente presenza nelle posizioni decisionali e nelle professioni scientifico-tecnologiche. Dopo un calo nel 2016, l'indicatore di parità e di empowerment femminile è effettivamente migliorato nel 2019, grazie ai dati sul lavoro qualificato femminile, ma è ancora lontano dal raggiungere gli obiettivi attesi. E non si registra alcun miglioramento nella quota di occupazione generale, che registra addirittura un peggioramento tra il 2019 e il 2020.

* ASviS - Alleanza Italiana Sviluppo Sostenibile: nata il 3 febbraio 2016 su iniziativa della Fondazione Unipolis e dell'Università di Roma "Tor Vergata" per sensibilizzare sull'importanza dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile e mobilitarsi per il raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile, l'ASviS riunisce attualmente oltre 300 tra le più importanti istituzioni e reti della società civile, tra cui organizzazioni rappresentative delle parti sociali (imprenditoriali, sindacali e del terzo settore); reti di associazioni della società civile che riguardano specifici Obiettivi di Sviluppo Sostenibile (salute, benessere economico, istruzione, lavoro, qualità dell'ambiente, parità di genere, ecc.); associazioni di enti locali; università e centri di ricerca pubblici e privati e relative reti; organizzazioni di soggetti attivi nel mondo della cultura e dell'informazione; fondazioni e reti di fondazioni.

** BES Istat - Benessere Equo e Sostenibile: progetto lanciato dall'Istat nel 2010 con l'obiettivo di valutare il progresso della società da una prospettiva economica, sociale e ambientale, attraverso indicatori statistici nella sua versione relativa all'anno 2020.

Analizzando il sistema salute, le donne rappresentano ad oggi una percentuale in maggioranza nei sistemi organizzativi che si occupano di salute, circa il 70%, quota che però non trova corrispondenza nelle posizioni di leadership che invece sono occupate solo per il 25% ⁽²⁾.

Women for global Health che è uno dei movimenti che maggiormente operano nell'equità di genere in sanità, ha pubblicato il suo bilancio annuale della parità di genere in occasione della 75^a Assemblea Mondiale della Sanità (maggio 2022), calcolando che solo il 23% delle delegazioni era guidato da donne, con un calo del 3% rispetto all'anno precedente (2021) ⁽²⁾. Le donne provenienti dai Paesi a basso e medio reddito (LMIC) sono in gran parte assenti dalla governance globale; il Rapporto Global Health 50/50 afferma che "solo 17 degli oltre 2000 seggi nei Consigli di amministrazione sanitari globali sono occupati da donne provenienti da Paesi a basso reddito" ⁽³⁾.

Le donne che operano nel settore sanitario globale affrontano sfide specifiche e uniche per raggiungere ruoli di leadership, tra cui la mancanza di tutoraggio, pregiudizi di genere, istituzioni e processi basati sul genere ⁽⁴⁾⁽⁵⁾⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾.

Tuttavia, i benefici documentati della parità di genere nella leadership stanno emergendo: è stato dimostrato che le donne leader hanno un impatto positivo sulle politiche per la maternità e l'assistenza sanitaria, rafforzano le strutture sanitarie e riducono le disuguaglianze sanitarie ⁽⁹⁾.

In realtà l'Italia sta provando ad invertire la rotta, si pensi alla nostra politica, il Presidente del Consiglio è donna e la presidente del Partito democratico è donna pur con idee diametralmente opposte ma entrambe portano in Europa una immagine di paese in ascesa per le posizioni di leadership al femminile nel campo della governance politica.

Relativamente al mercato del lavoro nella sua globalità si registra che le donne italiane incontrano ancora ostacoli significativi nel mercato del lavoro ⁽¹⁾, in particolare, tasso di occupazione femminile pari al 51,1% verso il 69,2% di quello maschile; la disoccupazione più alta con un tasso quasi al doppio rispetto agli uomini (8,4% contro 4,9%); le donne guadagnano in media il 10,7% in meno degli uomini, un divario che aumenta con l'avanzare di carriera e mostrano scarsa rappresentanza nei settori apicali: solo il 31,5% dei membri dei consigli di amministrazione delle società quotate in borsa sono donne.

In una recente review ⁽¹⁰⁾ sono state analizzate attraverso l'analisi sistematica di 137 articoli le sei aree di impatto in cui le donne leader ottengono risultati positivi ovvero performance finanziaria, innovazione, impegno iniziative etiche, salute, risultati in termini di cultura e clima organizzativo, influenza sulle carriere e le aspirazioni di altre donne.

I risultati hanno evidenziato esiti positivi anche se modificati da altri fattori, come una maggiore istruzione, formazione o esposizione ad altre donne nelle loro organizzazioni; relativamente alla performance finanziaria le donne appaiono più efficaci nell'assunzione di rischi e garanzia di stabilità, mostrano inoltre maggiore efficacia nell'utilizzo della tecnologia, nel coinvolgimento interdisciplinare per affrontare problemi complessi, maggiore attenzione alla corruzione nei sistemi sanitari, più sensibilità verso le iniziative volte a migliorare la motivazione dei dipendenti, maggiore inclinazione a realizzare dinamiche di squadra nelle organizzazioni sanitarie, più efficacia nell'incrementare il senso di appartenenza e la cultura organizzativa. Le disparità di genere nel mercato del lavoro italiano sono il risultato di una combinazione di fattori retributivi, contrattuali e settoriali, amplificati dalle differenze regionali. Affrontare queste disuguaglianze richiede interventi mirati a promuovere l'equità salariale, a incentivare la partecipazione femminile in settori tradizionalmente maschili e a migliorare le condizioni contrattuali delle donne, con particolare attenzione alle specificità territoriali.

⁽¹⁾ Dati MEF, 2024:

https://www.dt.mef.gov.it/export/sites/sitodt/modules/documenti_it/analisi_programmazione/documenti_programmatici/def_2024/DEF-2024_PDS.pdf

In verità negli ultimi anni molte start up femminili hanno avuto come sede di partenza il Sud per ciò che concerne lo sviluppo economico e per le posizioni accademiche è recente la nomina di una donna come rettrice dell'Università Del Salento, e in ultimo, anche se marginalmente, le organizzazioni sanitarie, dove la leadership femminile viene rappresentata in maniera meno organica e di sistema, ovvero poche donne nelle posizioni apicali come direttori generali o direttori di dipartimento, meccanismi di progressione non chiari né incentivanti.

Questo quadro è confermato dai dati, nel Servizio Sanitario Nazionale dove le donne pur rappresentando il 70% della forza lavoro, ricoprono ruoli apicali solo nel 36% dei casi. Anche tra i medici, il divario persiste: il 55% è donna, ma solo il 33% arriva ai vertici ⁽²⁾. Negli ospedali è donna il 25% dei direttori di struttura semplice e solo il 19% di quella complessa, numeri, questi, che evidenziano un sistema ancora sbilanciato e l'urgenza di azioni concrete per colmare il divario.

Focus Regione Puglia

La Regione Puglia si è dotata dell'Agenda di genere che è un documento di visione strategica che parte dalle strategie internazionali e nazionali sulla parità di genere e si integra con la strategia regionale di sviluppo sostenibile che la Regione Puglia ha introdotto con la Delibera di Giunta regionale (DGR) n. 687 del 26 aprile 2021.

Le macroaree di intervento legate all'agenda di genere sono cinque, ovvero:

1. qualità della vita delle donne e degli uomini;
2. istruzione e formazione per l'occupazione;
3. competitività sostenibilità e innovazione;
4. contrasto alle discriminazioni e alla violenza sulle donne;
5. azioni trasversali e miglioramento.

A questo documento programmatico segue un documento deliberativo che ha come oggetto il sistema e monitoraggio di genere (DGR n. 302 del 7.03.2022).

I risultati dell'agenda di genere sono stati recentemente presentati e sono disponibili su web, coordinati dal gruppo di lavoro per l'Agenda di genere composto da dirigenti e funzionari di tutti i Dipartimenti regionali per il presidio delle aree di policy. I risultati sono raggruppabili in un quadro normativo e amministrativo regionale molto florido tra tutti l'approvazione del bilancio di genere (DGR n. 234 del 5.03.2024), bilancio che include una rendicontazione sugli organismi di parità del Consiglio regionale, dei CUG e della consigliera regionale di Parità, attuazione della valutazione del VIG (valutazione di impatto di genere) anche in termini di bilancio economico nei topics previsti, formazione con l'obiettivo di individuare, misurare e contrastare i gap ⁽³⁾.

Le azioni pilota all'interno dell'agenda sono "NO WOMEN NO PANEL" protocollo d'intesa tra la regione Puglia e la RAI, "Genere in comune" in collaborazione con ANCI (Associazione nazionale Comuni Italiani), UN'Impresa alla pari intervento finalizzato a sostenere le micro e medie imprese, Scuole in STEM per incrementare l'aderenza alle discipline STEM per le bambine, "Call for best practice – no gender gap 2025" con i finanziamenti a progetti provenienti da associazioni, imprese e università.

⁽²⁾ Dati MEF, Conto annuale della Ragioneria Generale dello Stato 2022

⁽³⁾ <https://protezionecivile.regione.puglia.it/web/press-regione/-/agenda-di-genere-le-azioni-e-i-risultati-nei-5-anni-di-governo>

Dal report attuativo relativamente a queste azioni del secondo semestre 2024 si rileva un 42% di azioni finanziate e realizzate, quelle in corso rappresentano il 17% (totale 60%). Le aree che maggiormente pesano nell'agenda di genere sono in capo al dipartimento welfare (25%), poi le politiche del lavoro, istruzione e formazione (20%) e lo sviluppo economico (19%), residuali, solo il 10% riguarda il settore della prevenzione e salute. Le fonti finanziarie sono rappresentate per l'88% da fondi vincolati la maggior parte dei quali deriva dalla programmazione regionale e per il restante 12% da fondi provenienti dal bilancio autonomo. Nelle organizzazioni sanitarie assistiamo ad alcune iniziative proattive come quelle della ASL Lecce che ha avviato e ottenuto attraverso il CUG aziendale la certificazione di parità di genere da un ente come Bureau Veritas che ha analizzato e valutato tutte le politiche di policy aziendale per la diversità di genere ⁽⁴⁾.

Tale attività non è comune a tutti i CUG esistenti all'interno delle organizzazioni sanitarie e si colloca nella dimensione del miglioramento continuo e come best practice relativamente alle altre aziende che non hanno ancora formalizzato pienamente la policy aziendale per la diversità di genere.

Altre iniziative vedono la stipula di un protocollo d'intesa tra il consiglio regionale della Puglia e l'associazione tecnico scientifica Gruppo Italiano Salute E Genere (GISEG) che va a supportare la regione realizzando obiettivi culturali e formativi quali l'istituzione di una biblioteca "Teca del Mediterraneo" un servizio multimediale progettato per diventare un efficiente centro culturale e informativo al servizio di salute e medicina di genere, la raccolta e catalogazione della letteratura disponibile in materia di salute e medicina di genere, creazione di network di rete di professionisti esperti nella materia che possano supportare le scelte regionali ⁽⁵⁾.

Le iniziative meritorie della Regione Puglia in termini di attuazione delle politiche di genere non trovano però la stessa rappresentazione quando si parla di organizzazioni sanitarie; infatti, l'ultimo rapporto della condizione femminile in Puglia risale al 2014 e non ci sono dati specifici sulla leadership al femminile ai vari livelli nelle organizzazioni sanitarie sia nel campo della dirigenza medica sia quello delle professioni sanitarie. Non si rileva da documenti ufficiali, inoltre, quanto l'estesa attività formativa condotta a vari livelli nelle politiche attuate da regione Puglia sul gender gap e dalle comunità professionali sulla medicina di genere, si riverbera in termini di programmazione concreta sostenuta dal governo regionale nelle organizzazioni sanitarie e nei diversi setting assistenziali (prevenzione ospedale-territorio).

Eppure, la medicina di genere oramai abbraccia tutte le aree patologiche, e perfino lo screening dove recentemente si stanno avviando dei dibattiti relativamente alla cosiddetta "bikini view" ovvero la focalizzazione su aree come il seno o gli organi riproduttivi e non su altre aree in cui la donna mostra maggiore incidenza di eventi come quella cardiovascolare ⁽¹¹⁾.

Il rischio pur in una Regione così produttiva relativamente alle aree individuate è di migliorare il livello di conoscenza generalizzato ma lasciare indietro proprio il tema delle donne in sanità da una parte e delle strategie attuative regionali ovvero le azioni concrete in sanità per fronteggiare le differenze di genere in medicina.

Prospettive

La nascita di Osservatori sull'equità di genere della leadership nel settore sanità come quello nato intorno all'Università degli Studi di Milano o quello che vede la LUISS business School come promotore, cercano di promuovere la parità di genere nelle leadership del settore Health & Life Sciences, sia pubblico che privato

⁽⁴⁾ <https://www.sanita.puglia.it/web/asl-lecce/comitato-unico-di-garanzia-cug>

⁽⁵⁾ <https://www.giseg.it>

per avviare iniziative concrete in aziende di settore e istituzioni, identificando *best practices* e formulando proposte per i policy makers, con l'obiettivo di garantire maggiore accesso alle posizioni apicali per il genere meno rappresentato. L'Osservatorio della LUISS ha messo a punto una specifica unità di misura definita come Gender leader index in health (Glih) che misura il rapporto tra la distribuzione di genere nelle posizioni apicali e la distribuzione di genere sull'occupazione totale in ambito sanitario. L'indicatore si muove tra 0 (nessuna rappresentanza di uno dei due generi) e 1 (totale rappresentanza di un solo genere). Se l'indicatore è inferiore a 0.5 significa che le donne sono sottorappresentate nella leadership rispetto agli uomini, se è superiore a 0.5 vale il contrario.

Tutte queste azioni mirano anche ad agire a livello culturale, andando a combattere i pregiudizi di genere e a valorizzare le carriere delle donne, tanto quanto quelle degli uomini. A livello legislativo un primo passo in avanti per risolvere il gender gap nella sanità è stato fatto con l'introduzione, nel 2011, della legge Golfo-Mosca sull'inserimento delle quote di genere nei consigli di amministrazione di società quotate a partecipazione pubblica: la rappresentanza femminile ai vertici di queste realtà è passata in sei anni dal 6% al 36%. Questo è uno dei passi fatti che deve andare ad associarsi ad altri temi come la creazione di associazioni e reti; il coinvolgimento d'istituzioni e rappresentanti politici; l'organizzazione di eventi e ricerche sul tema.

In regione Puglia ci si è dotati di un Osservatorio sulla comunicazione di genere che ha compiti di innalzamento delle conoscenze e competenze rispetto al tema e collegamenti con istituzioni scolastiche, organismi di parità e università, nessun cenno ancora una volta sull'area della Sanità.

L'implementazione dei compiti dell'Osservatorio attraverso una analisi dell'esistente nelle organizzazioni sanitarie in termini di leadership al femminile e l'analisi di azioni programmatiche legate ai temi emergenti delle politiche di genere, ovviamente non disgiunte dalla programmazione regionale in sanità, potrebbe rappresentare una sfida da lanciare per intercettare dei bisogni che altrimenti rimangono sommersi.

BIBLIOGRAFIA

1. Ipsos. Italia 2018: la ricerca dell'identità. Game changers, 2018
2. Women in Global Health. Women in global health at the 75th world health assembly, 2022. Available: <https://womeningh.org/women-in-global-health-at-the-75th-world-health-assembly/>
3. World Health Organization. World Health Organization. Delivered by women, led by men: a gender and equity analysis of the global health and social workforce. Geneva, 2019. Available: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-workforce/delivered-by-women-led-by-men.pdf?sfvrsn=94be9959_2
4. 2022 Report – Global Health 50/50, 2022. Available: <https://globalhealth5050.org/2022-report/>
5. Moyer CA, Abedini NC, Youngblood J, et al. Advancing Women Leaders in Global Health: Getting to Solutions. *Ann Glob Health*, 2018; 84:743
6. Morgan R, Hawkins K, Datt R, et al. Women and global health leadership: power and transformation. Springer, 2022
7. Smith SG, Sinkford JC. Gender equality in the 21st century: overcoming barriers to women's leadership in global health. *J Dent Educ* 2022; 86:1144–73
8. Mathad JS, Reif LK, Seo G, et al. Female global health leadership: data-driven approaches to close the gender gap. *Lancet* 2019; 393:521–3
9. Riche CT, Reif LK, Nguyen NT, et al. 'Mobilizing our leaders': a multi-country qualitative study to increase the representation of women in global health leadership. *PLOS Glob Public Health* 2023; 3: e0000646
10. Downs JA, Reif LK, Hokororo A, et al. Increasing women in leadership in global health. *Acad Med* 2014; 89:1103–7
11. Solito L, Materassi L, Greco E et al. "La salute al femminile. Le disuguaglianze di genere nelle campagne di comunicazione sugli screening oncologici e i vaccini degli ultimi 20 anni. In "Cambio. Rivista sulle trasformazioni sociali" Vol 14, n.28: 159-172 2024

LA RIVOLUZIONE DIGITALE NELLA MEDICINA DI GENERE

Nel cuore della trasformazione sanitaria del XXI secolo, la digitalizzazione si impone come forza trainante di cambiamenti profondi e strutturali. Le tecnologie digitali promettono maggiore efficienza, accessibilità e personalizzazione delle cure, ma portano con sé anche nuove sfide, in particolare nel campo della medicina di genere. La sanità digitale, infatti, non è neutra: riflette e amplifica, se non correttamente progettata, le disuguaglianze già esistenti nella società. Le donne, soprattutto quelle appartenenti a gruppi vulnerabili, risultano spesso svantaggiate nell'accesso e nell'utilizzo delle tecnologie sanitarie digitali.

Uno dei nodi centrali è la rappresentazione nei dati. I sistemi di intelligenza artificiale e gli algoritmi che alimentano le piattaforme di diagnosi, monitoraggio e trattamento si basano su dataset storici che, troppo spesso, sono sbilanciati a favore del genere maschile. Questo squilibrio si traduce in bias algoritmici che possono compromettere l'efficacia delle cure per le donne, rendendo invisibili sintomi specifici o sottovalutando rischi clinici peculiari del genere femminile. La medicina di genere, che riconosce le differenze biologiche e socioculturali tra uomini e donne nella prevenzione, diagnosi e trattamento delle malattie, rischia così di essere ostacolata anziché potenziata dalla digitalizzazione, se non accompagnata da un approccio consapevole e inclusivo.

Nel contesto europeo, il mercato della salute digitale è in piena espansione: si stima che nel 2025 raggiungerà un valore di **96,68 miliardi di dollari**, con una crescita prevista fino a **222,22 miliardi di dollari entro il 2030**, a un tasso annuo composto (CAGR) del **18,11%**. Questa crescita è trainata dalla normalizzazione della telemedicina post-pandemica, dalla spinta normativa dell'Unione Europea e dai finanziamenti pubblici per l'adozione di tecnologie basate sull'intelligenza artificiale. Tuttavia, l'espansione digitale non è equamente distribuita tra i generi.

In Italia, la legge 3/2018 ha rappresentato un passo pionieristico, introducendo per la prima volta in Europa il concetto di **medicina di genere** nella normativa sanitaria. Nonostante ciò, l'applicazione pratica resta limitata: solo una parte delle strutture sanitarie ha integrato protocolli differenziati per genere nella diagnosi e nel trattamento. Inoltre, le donne continuano a essere sottorappresentate nei trial clinici e nei dataset utilizzati per addestrare gli algoritmi sanitari, con conseguenze dirette sulla qualità delle cure ricevute.

Secondo i dati del Global health 50/50 report 2023, solo il 40% dei partecipanti agli studi clinici approvati dalla Fda nel biennio 2020-2022 era di sesso femminile. In alcuni ambiti, come l'oncologia e la psichiatria, il divario è ancora più marcato. Nonostante le donne siano colpite più frequentemente da depressione, disturbi d'ansia o Alzheimer, gli studi clinici si concentrano ancora prevalentemente su uomini.

Un'indagine pubblicata su *Jama internal medicine* nel 2024 ha rilevato che solo il 32% dei *principal investigators* (i responsabili scientifici dei trial) sono donne. Questo squilibrio nella leadership della ricerca contribuisce a perpetuare l'orientamento androcentrico della medicina.

A livello europeo, le **malattie croniche**, che colpiscono in modo diverso uomini e donne, assorbono oltre il **70% della spesa sanitaria**. La digitalizzazione offre strumenti preziosi per la gestione personalizzata di queste patologie, ma la mancanza di dati disaggregati per genere limita l'efficacia degli interventi.

Ad esempio, le piattaforme di telemetria domiciliare, finanziate in Italia con **15,62 miliardi di euro** attraverso il Piano di Ripresa e Resilienza, sono spesso progettate senza considerare le differenze di genere nella sintomatologia e nella risposta ai trattamenti.

Le competenze digitali rappresentano un altro nodo critico. Secondo dati europei, le **lacune nelle competenze digitali** nella forza lavoro clinica penalizzano in particolare le donne, che pur rappresentando la maggioranza del personale sanitario, sono meno coinvolte nei processi decisionali tecnologici.

Questo divario si riflette anche nella leadership: solo il 37,5% delle posizioni dirigenziali nel settore sanitario è occupato da donne, nonostante esse costituiscano oltre il 70% della forza lavoro nelle professioni sanitarie tecniche.

La pandemia da COVID-19 ha accelerato l'adozione di strumenti digitali, come la telemedicina, le applicazioni di monitoraggio e i dispositivi indossabili. Tuttavia, l'accesso a queste tecnologie non è stato uniforme. Le donne anziane, le migranti, le persone con disabilità e quelle con basso livello di istruzione hanno incontrato maggiori difficoltà nell'utilizzo delle piattaforme digitali, sia per barriere tecnologiche che culturali. La fragilità digitale si è così sovrapposta alla fragilità sociale, generando nuove forme di esclusione. In questo contesto, la medicina di genere digitale deve affrontare il compito urgente di garantire equità, accessibilità e rappresentanza.

Le soluzioni esistono e passano attraverso un ripensamento profondo del design dei sistemi digitali.

È necessario adottare un approccio intersezionale che tenga conto delle differenze di genere, età, etnia, status socio-economico e orientamento sessuale. I *dataset* devono essere bilanciati e rappresentativi, i modelli di AI devono essere testati per evitare *bias* e le interfacce devono essere progettate per essere inclusive e intuitive. Inoltre, la formazione continua dei professionisti sanitari deve comprendere competenze digitali, cultura dei dati, privacy e sicurezza, con particolare attenzione alla parità di genere nella leadership tecnologica.

Infine, la medicina di genere digitale non può prescindere da una visione politica e sociale.

Le istituzioni devono promuovere politiche di inclusione digitale, investire nella ricerca di genere, sostenere la leadership femminile nella sanità e garantire che le innovazioni tecnologiche siano al servizio di tutti, senza discriminazioni. Solo così la sanità digitale potrà diventare uno strumento di emancipazione, equità e progresso, anziché un nuovo terreno di disuguaglianza.

BIBLIOGRAFIA

1. Tarabbia, C. (2023). L'evoluzione tecnologica digitale per la salute della donna: luci ed ombre in medicina. *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, (2), 45–62. <https://doi.org/10.13134/2239-8063/2023/2>
2. Fondazione Onda. (2024). Dalla medicina di genere alla medicina personalizzata: Libro Bianco 2024. Fondazione Onda. <https://fondazioneonda.it/libro-bianco-2024>
3. Santoro, E. (2025). Sanità digitale e disparità di genere: sfide, strategie e soluzioni. *HealthTech360*. <https://healthtech360.it/sanita-digitale-disparita-genere>
4. Ministero della Salute. (2019). Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2814_allegato.pdf
5. Global Health 50/50. (2023). Global Health 50/50 Report 2023: Gender and health in a digital age. <https://globalhealth5050.org/2023-report>
6. JAMA Internal Medicine. (2024). Gender disparities in clinical trial leadership: A review of principal investigators. *JAMA Intern Med*, 184(3), 210–218. <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine>
7. Studio Stefanelli & Stefanelli. (2025). Telemedicina e PNRR: a che punto siamo? <https://www.stefanelliassociati.it/telemedicina-e-pnrr>



TECNOLOGIE DIGITALI, DATI E INTELLIGENZA ARTIFICIALE PER UNA MEDICINA DI GENERE EQUA E PERSONALIZZATA

Per una medicina di genere nell'era della precisione e del digitale

La medicina di genere riconosce che esistono differenze biologiche, psicologiche e sociali tra uomini e donne. Tali differenze, legate sia al sesso (caratteristiche biologiche) sia al genere (identità e determinanti socioculturali), sono ancora oggi trascurate in molti ambiti della medicina e della ricerca biomedica e possono influenzare l'insorgenza, la diagnosi, la risposta ai trattamenti e gli esiti di salute.

Nell'epoca della medicina di precisione e della transizione digitale, ignorare queste dimensioni non è solo un limite scientifico, ma un ostacolo all'equità. Tecnologie digitali sicure ed efficaci offrono nuove opportunità per integrare nella pratica clinica dati più completi, disaggregati e rappresentativi.

Terapie digitali (DTx), sistemi di telemonitoraggio, software di supporto ai pazienti per la gestione delle patologie, app per l'aderenza terapeutica e piattaforme per il supporto alla gestione delle patologie croniche: il loro utilizzo può contribuire non solo a migliorare l'aderenza, la qualità e la tempestività delle cure, ma anche a generare evidenze real-world più granulari e inclusive, che riflettano la reale diversità della popolazione assistita.

Parallelamente, anche l'intelligenza artificiale può rappresentare un'opportunità per migliorare l'appropriatezza diagnostica e terapeutica in una prospettiva di genere. L'AI, se applicata in modo corretto, può identificare andamenti nascosti nelle risposte ai trattamenti o nei sintomi meno tipici, contribuendo a una medicina più personalizzata. Tuttavia, queste tecnologie non sono neutre: se sviluppate su dataset non rappresentativi, rischiano di amplificare disuguaglianze preesistenti, penalizzando ulteriormente i gruppi già sotto-diagnosticati o sotto-trattati.

Il quadro normativo europeo – in evoluzione con il Regolamento sull'*European Health Data Space* (EHDS), l'AI Act, la nuova regolazione congiunta per l'*Health Technology Assessment* (HTAR) e altre policy europee a supporto dell'innovazione in sanità – può costituire una leva concreta per promuovere un uso più equo, integrato e basato su evidenze realmente rappresentative.

Una base scientifica incompleta: il limite della non rappresentatività

Per decenni, la ricerca biomedica ha assunto come modello implicito il corpo maschile, escludendo o limitando la rappresentatività delle donne dagli studi clinici o non analizzandone in modo differenziato gli esiti. Ancora oggi, meno di un terzo dei trial clinici riporta risultati disaggregati per genere, mentre nella ricerca preclinica, il sesso degli animali o delle linee cellulari è spesso omesso (Liu et al., 2022; Chassé et al., 2023).

Questo approccio ha prodotto una base scientifica incompleta e potenzialmente fuorviante, che alimenta linee guida cliniche e protocolli terapeutici meno efficaci per le donne.

Le conseguenze si osservano in molteplici ambiti. L'endometriosi, che colpisce circa una donna su dieci in età fertile, continua a essere diagnosticata con ritardi medi di 7–10 anni (Harder et al., 2024).

Nelle malattie neurodegenerative, le donne – pur rappresentando la maggioranza dei casi di Alzheimer – tendono a ricevere diagnosi in stadi più avanzati, anche a causa dell'attribuzione erronea dei sintomi iniziali a disturbi d'ansia o depressione (Ferretti et al., 2018).

Inoltre, le donne sono sovrarappresentate tra i soggetti che sperimentano reazioni avverse ai farmaci.

Una revisione di più di 300 studi ha mostrato che hanno un rischio significativamente più alto di eventi avversi farmacologici gravi (Zopf et al., 2008), anche in assenza di differenze nel dosaggio.

Questo fenomeno è stato associato alla trascurata valutazione delle variazioni farmacocinetiche nei primi stadi preclinici e alla scarsa inclusione di soggetti femminili negli studi di Fase I, dove la rappresentazione delle donne si ferma attorno al 22% (Ghods et al., 2020). Inoltre, la sindrome da intolleranza a farmaci multipli (MDIS) è risultata significativamente più frequente nelle donne, con una probabilità doppia rispetto agli uomini (Giustino et al., 2025).

Dove la medicina di precisione avanza, persistono disuguaglianze

Queste lacune dimostrano come anche le aree più avanzate della medicina rischiano di consolidare disuguaglianze di genere se non supportate da dati rappresentativi e da approcci terapeutici differenziati. Anche nei settori in cui la medicina di precisione è più sviluppata – come l'oncologia, il diabete e la malattia renale cronica – i dati evidenziano lacune di genere. Le donne con diabete di tipo 2, a parità di controllo glicemico, presentano un rischio cardiovascolare più elevato rispetto agli uomini e rispondono in modo diverso a diversi trattamenti farmacologici. Eppure, ricevono meno frequentemente terapie innovative in questo ambito (Zhao et al., 2020). In Italia, sono in corso diverse iniziative di ricerca e promozione della medicina di genere applicata al diabete, che riconoscono l'importanza di differenziare l'approccio preventivo e terapeutico sulla base di tali differenze.

Analogamente, nelle malattie renali croniche, le donne sono meno frequentemente indirizzate a visite nefrologiche o incluse in studi su trattamenti dialitici e nefroprotettivi (Barbagallo et al., 2022).

In oncologia, permangono differenze nell'accesso a terapie di supporto, nutrizionali o psicologiche, e nei percorsi di cura palliativa, a svantaggio delle pazienti, nonostante evidenze mostrino una maggiore aderenza terapeutica da parte delle donne (EUGenMed, 2015).

Il contesto europeo: policy abilitanti per una medicina equa e digitale

L'Europa ha oggi un'occasione unica per correggere questi squilibri, grazie alla convergenza di tre strumenti strategici.

Il Regolamento sull'European Health Data Space punta a costruire un ecosistema interoperabile di dati clinici, genomici, e real-world, accessibile per ricerca, valutazioni regolatorie e politiche sanitarie.

L'adozione di standard comuni e la possibilità di analisi disaggregate per sesso e genere potrebbero contribuire a generare evidenze più solide, rappresentative e trasferibili.

L'AI Act, primo regolamento al mondo sull'intelligenza artificiale, stabilisce obblighi chiari per la trasparenza, validazione e assenza di bias nei dati a disposizione. Questo approccio è essenziale per garantire che gli algoritmi clinici siano progettati e testati su basi dati rappresentative.

Infine, la HTA Regulation introduce valutazioni cliniche congiunte a livello europeo per tecnologie sanitarie ad alto impatto, promuovendo un approccio metodologico armonizzato che valorizzi anche la qualità e la composizione dei dati.

Insieme, queste politiche possono creare le condizioni per un utilizzo sistemico dei dispositivi medici digitali sicuri ed efficaci, valutati e rimborsati in modo equo, contribuendo anche alla produzione di dati real-world più inclusivi.

Dispositivi Medici Digitali e Intelligenza Artificiale: innovazione per colmare i divari

I Dispositivi Medici Digitali – come le terapie digitali per la gestione del dolore cronico o dell’ipertensione, i sistemi di telemonitoraggio per scompenso cardiaco o BPCO, le app regolamentate per l’aderenza terapeutica nei pazienti oncologici o diabetici, i software per la prevenzione di ricadute o la gestione di parametri vitali – possono contribuire a una medicina più tempestiva, precisa e sensibile al genere.

Durante gli studi clinici, queste tecnologie possono facilitare il reclutamento di popolazioni tradizionalmente escluse, migliorando la raccolta di dati anche da pazienti donne, residenti in aree remote o con sintomi atipici. Dopo la commercializzazione, l’integrazione di questi dispositivi nei percorsi assistenziali può supportare il monitoraggio longitudinale di efficacia e sicurezza, contribuendo alla generazione di evidenze differenziate per sottogruppi di popolazione.

Se resi interoperabili con EHDS, questi dati potranno alimentare nuovi registri clinici, progetti di ricerca, valutazioni regolatorie e linee guida più rappresentative. In Germania, ad oggi, sono stati rimborsati quasi 60 dispositivi medici digitali, mentre in Francia risultano attivi programmi per 32 strumenti di telemonitoraggio, a dimostrazione di una crescente adozione sistemica che potrebbe essere strategicamente orientata anche a colmare le lacune di genere.

Nel contesto della regolazione dell’AI, i requisiti previsti dall’AI Act – come l’audit, la documentazione trasparente e la validazione su sottogruppi – offrono l’opportunità concreta di garantire che i dati siano inclusivi e le performance cliniche non discriminatorie. In quest’ambito, l’attenzione ai dataset utilizzati per addestrare gli algoritmi è cruciale: un modello predittivo basato solo su dati maschili rischia di produrre esiti inaccurati o inappropriati per le pazienti donne. Queste tecnologie non sono neutre e se sviluppate su dataset non rappresentativi, rischiano di amplificare disuguaglianze preesistenti.

Conclusioni

Affinché la medicina di precisione realizzi pienamente il proprio potenziale trasformativo, è necessario affrontare in modo strutturale le disuguaglianze di genere che ne limitano l’equità e l’efficacia.

Le tecnologie digitali possono essere strumenti potenti per colmare questi divari, ma solo se integrate in un ecosistema regolatorio e scientifico che promuova inclusività, sicurezza ed evidenza di valore.

Le politiche europee – EHDS, AI Act, HTA Regulation – offrono oggi un’opportunità concreta per ripensare la generazione, l’accesso e l’uso dei dati sanitari in chiave più equa e rappresentativa.

Favorire l’adozione sistemica di dispositivi medici digitali sicuri ed efficaci, sostenere modelli di valutazione e rimborso coerenti con le specificità dei pazienti, e sviluppare algoritmi e studi clinici sensibili al sesso e al genere sono passi fondamentali per una medicina che non sia solo personalizzata, ma anche equa e innovativa!

BIBLIOGRAFIA

1. Barbagallo, C. M., Di Gregorio, A., & Di Stefano, A. (2022). The SIMI Gender '5 Ws' Rule for the integration of sex and gender-related variables in clinical studies towards internal medicine equitable research. *Italian Journal of Medicine*, 16(3), 200-205.
2. Chassé, D. T., Klein, S. L., & Fish, E. N. (2023). Sex and gender in infection and immunity: addressing the bottlenecks from basic science to public health and clinical applications. *Nature Reviews Immunology*, 23(8), 475-489.
3. EUGenMed (2015). The EUGenMed roadmap for implementing sex and gender in biomedical and health research.
4. Ghods, S., Rivas, M., & Rege, S. (2020). Making pharmaceutical research and regulation work for women. *BMJ*, 371, m3731.
5. Giustino, V., Cannizzaro, C., & Galvano, F. (2025). Bridging the Gender Gap in Cardiovascular Medicine: Addressing Drug Intolerances and Personalized Care for Women with Angina/Ischemia with Non-Obstructive Coronary Artery Disease. *Journal of Clinical Medicine*, 14(12), 3465.
6. Liu, M., Johnson, A., & Biedermann, P. (2022). Sex Inequalities in Medical Research: A Systematic Scoping Review of the Literature. *Frontiers in Research Metrics and Analytics*, 7, 821262.
7. Harder, C., Velho, R. V., Brandes, I., Schouli, J. (2024). Assessing the true prevalence of endometriosis: A narrative review of literature data. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 167(3).
8. Ferretti, M. T., Iulita, M. F., Cavado, E., Chiesa, P. A., Dimech, A. S., Chadha, A. S., & Hampel, H. (2018). Sex differences in Alzheimer disease — The gateway to precision medicine. *Nature Reviews Neurology*, 16(8), 457-469.
9. Zhao, M., Woodward, M., Vaartjes, I., Millett, E. R. C., Klipstein-Grobusch, K., Hyun, K., Carcel, C., & Peters, S. A. E. (2020). Sex Differences in Cardiovascular Medication Prescription in Primary Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American Heart Association*, 9(11), e014742.
10. Zopf, Y., Rabe, C., Neubert, A., Hahn, E. G., & Dormann, H. (2008). Risk factors associated with adverse drug reactions following hospital admission: a prospective analysis of 907 patients in two German university hospitals. *Drug safety*, 31(9), 789-798.

DALLA DISCRIMINAZIONE STORICA ALLA PARITÀ ALGORITMICA. IL SUPERAMENTO DEI BIAS DI GENERE NEI TRIAL CLINICI ATTRAVERSO IL REGOLAMENTO UE SULL'INTELLIGENZA ARTIFICIALE

La discriminazione storica delle donne nei trial clinici

La sottorappresentazione delle donne nei trial clinici di farmaci e dispositivi medici raffigura una delle forme più pervasive e sottovalutate di discriminazione nel settore sanitario ⁽¹⁾. Per decenni, la ricerca clinica si è basata su modelli prevalentemente maschili, relegando le donne a un ruolo marginale nella sperimentazione farmacologica e nella valutazione dei dispositivi medici, con conseguenze importanti sulla sicurezza e l'efficacia delle terapie ⁽²⁾.

Questa discriminazione sistemica ha radici profonde che si fondano nelle concezioni culturali e scientifiche del secolo scorso: la comunità medico-scientifica ha infatti considerato a lungo il corpo maschile come "standard" di riferimento, trascurando le specificità fisiologiche, ormonali e metaboliche femminili ⁽³⁾.

Le conseguenze di questa discriminazione storica sono ben documentate dalla letteratura scientifica recente: studi epidemiologici hanno infatti dimostrato che le donne presentano una probabilità significativamente maggiore di sviluppare reazioni avverse ai farmaci rispetto agli uomini ⁽⁴⁾.

Il celebre caso del farmaco Ambien (zolpidem), per cui la FDA ha dovuto rivedere i dosaggi nel 2013 per inadeguatezza nelle donne, illustra drammaticamente le conseguenze della sottorappresentazione femminile nei trial. Ma il problema è ancora attuale: ancora nel 2025, esperti segnalano che "women are still underrepresented in clinical trials" e che "this sometimes results in women having more side effects to drugs due to incorrect dosages or biological differences" ⁽⁵⁾.

⁽¹⁾ La discriminazione delle donne nei trial clinici persiste nonostante i progressi normativi degli ultimi decenni. Come evidenziato da studi recenti, "women remain underrepresented in cardiovascular clinical trials despite guidelines and legal requirements developed almost 30 years ago to ensure broader inclusivity". V. L. CHO et al., Increasing Participation of Women in Cardiovascular Trials: JACC Council Perspectives, in *Journal of the American College of Cardiology*, 2021, 78(7), pp. 737-751; cfr. anche K.M. GOLDSTEIN et al., Strategies for enhancing the representation of women in clinical trials: an evidence map, in *Systematic Reviews*, 2024, 13, art. 2.

⁽²⁾ Un'analisi di 740 trial cardiovascolari completati tra il 2010 e il 2017 ha rilevato che le donne rappresentavano solo il 38,2% dei partecipanti. V. C.M. GONG et al., Women's Participation in Cardiovascular Clinical Trials From 2010 to 2017, in *Circulation*, 2020, 141, pp. 540-548. Uno studio del 2024 sulla rappresentazione femminile nei trial cardiovascolari "late-breaking" ha confermato la persistenza del problema. V. J.N. HOLTZMAN et al., Underrepresentation of Women in Late-Breaking Cardiovascular Clinical Trials, in *Journal of Women's Health*, 2023, 32(6), pp. 635-640.

⁽³⁾ Una revisione sistematica del 2024 ha identificato che "women were reported to be underrepresented in heart failure, coronary disease, myocardial infarction, and arrhythmia trials, compared to men". V. S. MATTHEWS et al., Factors affecting women's participation in cardiovascular research: a scoping review, in *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2024, 23(2), pp. 107-114.

⁽⁴⁾ Un'analisi del 2022 ha evidenziato che "females are more likely to experience adverse drug reactions (ADRs) than males" e che "if safety profiles are built on males, excluded women are more likely to react negatively to the treatment". V. Sex and science: underrepresentation of women in early-stage clinical trials, in *Clinical Trials Arena*, 17 ottobre 2022. Cfr. anche The gender gap in clinical trials: Why women are still underrepresented, in *Labiotech*, 11 marzo 2025.

⁽⁵⁾ Women Underrepresented in Clinical Trials: Why That's a Problem, in *Healthline*, 25 ottobre 2020. V. anche Advancing the inclusion of underrepresented women in clinical research, in *Cell*, 2022, che documenta come "women of color, are underrepresented in clinical trials, limiting biological understanding and contributing to health inequities".

L'attuale quadro giuridico e le sue insufficienze

Il quadro normativo tradizionale si è rivelato largamente inadeguato nel contrastare questa discriminazione, presentando lacune significative sotto il profilo della tutela della parità di genere.

La regolamentazione europea

Il Regolamento UE 536/2014 relativo alla sperimentazione clinica di medicinali per uso umano, entrato in vigore nel 2014 (che ha sostituito la precedente Direttiva 2001/20/CE) ha introdotto significative innovazioni procedurali: tuttavia, sotto il profilo della parità di genere, le disposizioni rimangono largamente insufficienti.

L'art. 28 del Regolamento 536/2014 prevede genericamente che la sperimentazione clinica debba essere "progettata, condotta e comunicata conformemente ai principi etici" ⁽⁶⁾, richiamando la Dichiarazione di Helsinki dell'Associazione Medica Mondiale. Tuttavia, non contiene prescrizioni specifiche sulla rappresentatività di genere, limitandosi a richiedere che il protocollo di sperimentazione includa "informazioni sui partecipanti alla sperimentazione clinica" (art. 25, lett. m) ⁽⁷⁾.

Analogamente, il Regolamento UE 2017/745 sui dispositivi medici (MDR) all'art. 61 disciplina le indagini cliniche, ma non prevede obblighi specifici di inclusione delle donne, se non il generico richiamo alla "popolazione prevista" di utilizzatori del dispositivo ⁽⁸⁾.

La normativa italiana

A livello nazionale, l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) ha emanato diverse linee guida che affrontano solo tangenzialmente la questione di genere:

- la Determina AIFA n. 1639/2015 sulla "Buona Pratica Clinica" riprende le linee guida ICH-GCP, ma senza specifici obblighi di rappresentatività femminile.
- il Decreto Ministeriale 15 luglio 1997 ("Linee guida di riferimento per l'istituzione e il funzionamento dei Comitati Etici") all'art. 3 prevede che i comitati etici valutino "l'idoneità del protocollo di ricerca", ma non specifica criteri di inclusione di genere.
- la Determina AIFA n. 377/2018 sui comitati etici territoriali non affronta la questione della valutazione dei bias algoritmici, lasciando una lacuna normativa significativa.

Questo quadro normativo frammentario, e soprattutto privo di obblighi specifici, ha reso possibile il perpetuarsi della discriminazione di genere negli studi clinici.

Si ritiene ora che la discriminazione sopra descritta possa trovare nei prossimi anni se non una soluzione definitiva, senza dubbio un ampio margine di miglioramento attraverso l'utilizzo dei sistemi di AI per la selezione dei pazienti.

Ciò in ragione del fatto che la disciplina della AI è proprio finalizzata alla progettazione ed immissione sul mercato di sistemi privi di bias.

Vediamo allora l'impatto sui trial delle modifiche introdotte dal Reg. Ue 2024/1689 (di seguito AI ACT).

⁽⁶⁾ Women dying 'unnecessarily' of heart disease, say experts, in The Guardian, settembre 2024; The gender gap in clinical trials: Why women are still underrepresented, in Labiotech, 11 marzo 2025.

⁽⁷⁾ Cass. Civ., Sez. III, 21 novembre 2019, n. 23676.

⁽⁸⁾ Regolamento (UE) n. 536/2014 del Parlamento europeo e del Consiglio del 16 aprile 2014 sulla sperimentazione clinica di medicinali per uso umano.

La ricerca clinica nell'era dell'Intelligenza Artificiale

In via preliminare è fondamentale chiarire l'ambito di applicazione del Regolamento rispetto alla ricerca clinica. L'articolo 2, paragrafo 8, del Regolamento UE 2024/1689 stabilisce che "il presente regolamento non si applica a qualsiasi attività di ricerca, sperimentazione o sviluppo di sistemi o modelli di IA prima della loro immissione sul mercato o messa in servizio. Tali attività sono condotte in conformità al diritto dell'Unione applicabile. I test in condizioni reali non rientrano in questa esclusione".

Questa ultima disposizione è decisiva per l'applicazione dell'AI Act ai trial clinici: mentre infatti la ricerca di base sui sistemi di IA è esclusa dal Regolamento, i test in condizioni reali - categoria che include inequivocabilmente i trial clinici di farmaci e dispositivi medici - rimangono pienamente soggetti agli obblighi dell'AI Act.

La questione della classificazione dei sistemi di IA per la selezione dei pazienti

Il secondo tema da affrontare è la classificazione dei sistemi di IA utilizzati per la selezione dei partecipanti. In primo luogo, i software di selezione pazienti dovranno essere qualificati come *medical device* quando svolgono anche le seguenti funzioni

1. **Software diagnostici/predittivi:** sistemi che forniscono informazioni cliniche per valutare idoneità terapeutica
 2. **Algoritmi di stratificazione:** quando influenzano decisioni cliniche sulla salute del paziente
 3. **Sistemi di personalizzazione:** quando determinano trattamenti specifici basati su profili individuali
- In tutti questi casi tali software as medical device saranno di Classe IIA e, qualora rientrino anche sotto l'ambito di applicazione dell'AI ACT, saranno software ad alto rischio (art. 6 AI ACT).

Una seconda ipotesi è quella che nella quale invece i software non sono medical device, quando cioè gli stessi sono

- **Software per ricerca di base:** sistemi usati esclusivamente per identificare coorti di pazienti a scopi epidemiologici senza finalità diagnostiche/terapeutiche
- **Tool di reclutamento:** software che facilitano il matching paziente-studio basato su criteri amministrativi/logistici
- **Sistemi di screening preliminare:** quando usati solo per pre-selezione senza impatto clinico diretto

In questa ipotesi alcuni autori ritengono che gli stessi, ove presentino funzionalità che rientrano nella nozione di sistema di AI, potrebbero essere comunque considerati sistemi "ad alto rischio" base all'Allegato III, punto 5, lett. a), che include "*AI systems intended to be used by public authorities or on behalf of public authorities to evaluate the eligibility of natural persons for essential public assistance benefits and services, including healthcare services*". Questa tesi si fonda sull'argomentazione che i trial clinici costituiscono una forma di accesso anticipato a terapie innovative, configurandosi come "*essential healthcare services*", e che la selezione dei partecipanti influenza direttamente l'accesso a cure potenzialmente salvavita.

Tuttavia, la classificazione non è universalmente accettata in dottrina e molti dichiarano che "there is currently no standardised regulatory framework for the use of AI in medical research" ⁽⁹⁾, creando incertezze interpretative. Alcuni autori sostengono che i trial clinici rimangono essenzialmente attività di ricerca sperimentale e non "servizi sanitari essenziali" nel senso tecnico della norma ⁽¹⁰⁾.

⁽⁹⁾ WR. CHEN et al., Revolutionizing clinical trials: the role of AI in accelerating medical breakthroughs, in PMC, 2023.

⁽¹⁰⁾ Cfr. M. EBERS et al., The European Commission's Artificial Intelligence Act: A Comprehensive Analysis, in Computer Law Review International, 2021, 22(4), pp. 97-112.

L'interpretazione più prudente - e qui condivisa - riconduce questi sistemi alla categoria ad alto rischio, applicando integralmente gli obblighi dell'art. 10, in coerenza con l'approccio precauzionale dell'AI Act ⁽¹¹⁾.

La grande novità dell'articolo 10 e del considerando 44: l'obbligo di valutazione dei bias

Nelle ipotesi in cui il software di selezione pazienti sia da qualificarsi come AI ad alto rischio, dovranno essere rispettate tutte le discipline di cui al Capo III dell'AI ACT, tra cui anche l'art. 10 sulla Governance dei dati

Tale articolo introduce una disposizione rivoluzionaria che cambia radicalmente il panorama della responsabilità nella ricerca clinica. Il comma 3 stabilisce infatti che "i set di dati di addestramento, convalida e test sono esaminati tenendo conto dei bias che potrebbero compromettere la salute e la sicurezza delle persone, avere un impatto negativo sui diritti fondamentali o portare a discriminazioni vietate dal diritto dell'Unione".

Questa norma, dunque, non si limita a vietare i bias, ma impone un obbligo positivo di identificazione, valutazione e documentazione degli stessi. Il comma 2 dello stesso articolo prevede che i dataset debbano essere "pertinenti, sufficientemente rappresentativi, privi di errori e completi" e che tengano conto delle "caratteristiche o degli elementi specifici del contesto geografico, comportamentale, contestuale o funzionale nel quale il sistema di IA è destinato a essere utilizzato".

Su questa disposizione il considerando 44 del Regolamento fornisce chiarimenti specificando che "i bias possono portare a discriminazioni dirette o indirette di una serie di persone o gruppi di persone" e che particolare attenzione deve essere prestata ai "bias relativi a origine razziale o etnica, opinioni politiche, religione o convinzioni personali, appartenenza sindacale, status genetico, orientamento sessuale, sesso".

L'esplicito riferimento al "sesso" nel considerando 44 rende incontestabile l'applicazione di queste disposizioni alla discriminazione di genere nei trial clinici, fornendo una base normativa solida per contrastare la sottorappresentazione femminile.

Gli obblighi di documentazione e trasparenza

Vi è poi altre norme di estremo rilievo: l'art. 11 sulla documentazione tecnica e l'art. 13 sulla trasparenza. L'art. 11 impone ai fornitori di sistemi ad alto rischio di redigere una "documentazione tecnica" che deve includere "una descrizione dettagliata degli elementi del sistema di IA e del processo di sviluppo e progettazione del sistema": questa documentazione deve quindi specificare i dataset utilizzati per l'addestramento e i risultati della valutazione dei bias.

L'art. 13 prevede inoltre che i sistemi ad alto rischio siano "progettati e sviluppati in modo tale da garantire un livello sufficiente di trasparenza per consentire agli utenti di interpretare l'output del sistema e utilizzarlo in modo appropriato".

La lettura combinata di queste norme nel contesto dei trial clinici significa che i produttori farmaceutici e i ricercatori devono essere informati - e quindi sono consapevoli - delle caratteristiche e dei limiti dei sistemi di IA che utilizzano.

⁽¹¹⁾ Understanding the Impact of the New EU Artificial Intelligence Act on Clinical Research, Advarra Blog, 26 febbraio 2025.

Il sistema di IA anti-discriminatorio: dichiarazione dei bias e trasparenza forzata

L'innovazione fondamentale dell'AI Act consiste nel rendere impossibile l'ignoranza sui bias presenti nei sistemi di IA. Attraverso gli obblighi di documentazione e trasparenza, i produttori farmaceutici che utilizzano sistemi di IA per i trial clinici vengono necessariamente informati sulle caratteristiche dei dataset di addestramento e sui potenziali bias presenti.

Questo meccanismo trasforma l'uso di sistemi discriminatori da "errore inconsapevole" a "scelta consapevole", con evidenti implicazioni sotto il profilo della responsabilità civile e penale. Se un sistema di IA è stato addestrato prevalentemente su dati maschili, il produttore farmaceutico lo deve sapere e deve agire di conseguenza ⁽¹²⁾.

L'AI Act crea quindi un incentivo economico potentissimo: utilizzare sistemi di IA con bias di genere documentati espone il produttore a responsabilità civile e rischi reputazionali significativi. È economicamente più conveniente utilizzare sistemi equi o, in alternativa, adeguare i protocolli di trial per compensare i bias noti.

Il superamento della discriminazione: l'IA come strumento di equità

La combinazione degli obblighi dell'AI Act con la normativa sanitaria esistente crea un sistema virtuoso che dovrebbe impedire o quanto meno limitare la discriminazione di genere nei trial clinici futuri. I produttori farmaceutici che utilizzano sistemi di IA per la selezione dei pazienti si trovano di fronte a tre opzioni:

1. **Utilizzare sistemi equi:** Implementare sistemi di IA addestrati su dataset rappresentativi che non presentino bias di genere.
2. **Dichiarare i bias:** Se utilizzano sistemi con bias documentati, devono indicarlo nelle informazioni sul prodotto, limitandone de facto l'utilizzo.
3. **Compensare i bias:** Adeguare i protocolli di trial per garantire rappresentatività di genere nonostante i bias dei sistemi utilizzati.

Tutte e tre le opzioni conducono al medesimo risultato: il superamento della discriminazione storica delle donne nei trial clinici.

Conclusioni

Il Regolamento UE sull'Intelligenza Artificiale dimostra come l'IA possa trasformarsi da potenziale strumento di discriminazione in efficace strumento di equità. L'AI Act non vieta direttamente la discriminazione nei trial clinici, ma attraverso la valutazione dei bias e la trasparenza forzata rende economicamente insostenibile l'uso di sistemi discriminatori.

L'articolo 10 del Regolamento trasforma la parità di genere da obbligo etico a necessità economica: chi utilizza sistemi di IA discriminatori deve documentarlo, deve informarne gli utilizzatori finali, e se non lo fa si espone a responsabilità civile per danni derivanti dall'uso inappropriato del farmaco.

Il futuro della ricerca clinica sarà necessariamente inclusivo, non per imposizione diretta, ma per convenienza economica e giuridica.

Si parla spesso dell'intelligenza artificiale come di un possibile strumento di discriminazione.

Il caso dei trial clinici dimostra invece come, se adeguatamente regolamentata, l'IA possa diventare il più potente alleato nella lotta per l'uguaglianza. La vera rivoluzione dell'AI Act non sta nei divieti che impone, ma negli incentivi virtuosi che crea.

⁽¹²⁾ Cfr. L. FLORIDI et al., AI4People—An Ethical Framework for a Good AI Society, in *Minds and Machines*, 2018, 28, pp. 689-707.

DANIELA ABBATANTUONO
Socio ROPI – Rete Oncologica Pazienti Italia

STEFANIA GORI
Presidente ROPI – Rete Oncologica Pazienti Italia

AI E CANCRO: COME CAMBIA LA DIAGNOSTICA ONCOLOGICA NEI TUMORI FEMMINILI

L'integrazione dell'AI nella diagnostica oncologica rappresenta una delle innovazioni più promettenti della medicina moderna. In particolare, l'applicazione delle tecniche di deep learning nella mammografia e nella citologia cervicale ha mostrato risultati concreti in termini di accuratezza, standardizzazione e supporto alla decisione clinica.

Partendo dalle recenti pubblicazioni internazionali e dal crescente interesse anche da parte della comunità oncologica italiana, l'obiettivo è offrire una panoramica sull'utilizzo dell'AI nella diagnostica dei tumori femminili, descrivere lo stato dell'arte, evidenziare benefici e limiti dei modelli attualmente impiegati e sollecitare una riflessione sulle implicazioni cliniche, etiche e organizzative dell'introduzione dell'AI nella pratica clinica.

Negli ultimi anni, l'intelligenza artificiale (AI), in particolare le tecniche di Deep Learning (DL), ha trasformato la diagnostica oncologica, con un impatto crescente soprattutto nell'ambito dell'imaging medico. Grazie all'aumento della potenza computazionale, alla disponibilità di grandi dataset (archivi di dati) e allo sviluppo di architetture neurali avanzate, i modelli AI sono oggi in grado di analizzare immagini cliniche con prestazioni comparabili – e in alcuni casi superiori – a quelle dei clinici.

Nel campo dei tumori femminili, la mammografia, la citologia cervicale e la diagnostica ovarica sono tre ambiti in cui l'AI ha mostrato risultati particolarmente promettenti in termini di accuratezza, efficienza e supporto decisionale. A partire dalla letteratura più recente, si vuole offrire una panoramica dello stato dell'arte, evidenziare i benefici e i limiti, e promuovere una riflessione sulle implicazioni cliniche, organizzative ed etiche dell'introduzione dell'AI nella pratica clinica.

AI e mammografia: diagnosi e oltre

Il cancro al seno è uno dei tumori più comuni tra le donne a livello mondiale. Una diagnosi precoce seguita da un trattamento tempestivo può migliorare significativamente il tasso di sopravvivenza. La mammografia rappresenta lo strumento cardine per lo screening nell'identificazione di anomalie come grumi, calcificazioni e distorsioni. Tuttavia, fattori come la densità mammaria, la variabilità delle immagini e la dipendenza dall'operatore, possono porre dei limiti importanti all'efficacia dello screening.

Negli ultimi anni, molti studi hanno esplorato applicazioni del Deep Learning in diversi ambiti.

1. Predizione della densità mammaria

La densità mammaria si riferisce alla proporzione di tessuto fibro-ghiandolare rispetto al tessuto adiposo nel seno. Una mammografia “densa” (classificata come BI-RADS C o D) è più difficile da interpretare, perché le aree dense possono mascherare eventuali lesioni, e perché è associata a un rischio più elevato di sviluppare tumore al seno. Il problema è che la valutazione della densità è soggettiva: radiologi diversi possono dare giudizi differenti sulla stessa immagine, soprattutto nei casi al confine tra categorie.

È per questo che diversi studi si sono focalizzati sull'impiego delle tecniche di Deep Learning con l'obiettivo di automatizzare la valutazione della densità mammaria.

Tra gli studi più recenti, lo studio di Dontchos BN et al (Impact of a Deep Learning Model for Predicting Mammographic Breast Density, 2022) ha analizzato 85.124 mammografie dimostrando l'efficacia delle tecniche di Deep Learning nel ridurre la tendenza dei radiologi a sovrastimare la densità e, soprattutto, ha portato a valutazioni più coerenti tra specialisti. Da un punto di vista clinico un uso routinario del modello di Deep Learning potrebbe ridurre gli esami supplementari non necessari, migliorare la stratificazione del rischio oncologico per le pazienti e ottimizzare le risorse sanitarie.

2. Screening migliorato con visione duale

In contesti con carenza di radiologi esperti, l'Intelligenza Artificiale può fungere da supporto essenziale. Il lavoro di Kebede SR et al. (Dual view deep learning for enhanced breast cancer screening using mammography, 2024) propone l'uso combinato di due diverse tecniche: *EfficientNet*, una rete neurale profonda per classificare le mammografie come normali o sospette, e YOLOv5, un algoritmo per identificare masse sospette nelle immagini. Questa strategia duale ha l'obiettivo di aumentare la sensibilità dello screening, mantenendo al tempo stesso una buona specificità, e rappresenta un passo avanti verso sistemi di Intelligenza Artificiale che fungano da veri e propri co-pilot della diagnosi.

3. Architetture avanzate: grafi e transformer

Oltre alle classiche reti neurali convoluzionali (CNN), nuove architetture stanno guadagnando attenzione per la loro capacità di leggere meglio la complessità strutturale delle immagini. Lo studio Maningrasso et al ("Mammography classification with multi-view deep learning techniques: Investigating graph and transformer-based architectures, 2025") ha esplorato l'uso di tecniche avanzate di Deep Learning per migliorare la classificazione delle mammografie. In particolare, sono stati confrontati diversi tipi di modelli, tra cui le tradizionali reti neurali convoluzionali (CNN) e due approcci innovativi:

- **Transformers**, modelli che "guardano" all'intera immagine nel suo insieme, mettendo in relazione aree distanti per capire meglio il contesto e rilevare anomalie anche complesse;
- Architetture basate su **grafi**, che rappresentano l'immagine come una rete di nodi (parti dell'immagine) connessi tra loro, aiutando a studiare le relazioni spaziali e funzionali tra diverse regioni sospette.

Questi approcci sono stati testati su un dataset di dimensioni medie e valutati sia per accuratezza che per la capacità di spiegare le loro decisioni. I risultati sono promettenti sia in termini di accuratezza che di interpretabilità delle decisioni diagnostiche, due requisiti fondamentali per l'adozione clinica dell'Intelligenza artificiale.

4. Microcalcificazioni: un problema risolto?

Le microcalcificazioni sono piccoli depositi di calcio che possono costituire un segnale precoce di tumore. Tuttavia, la loro rilevazione è tra le sfide più complesse della diagnostica mammografica.

Lo studio di Pesapane et al. (Pesapane F et al, 2023) ha addestrato un modello di Deep Learning utilizzando un dataset di 1.986 mammografie provenienti da 1.000 pazienti, annotate da tre radiologi esperti con conferma istologica. Sono stati utilizzati tre modelli di rete neurale. I risultati confermano che l'AI può migliorare la rilevazione precoce, pur evidenziando la necessità di dataset di alta qualità e validazioni multicentriche per garantire una generalizzazione efficace a contesti diversi.

Panoramica generale: l'evoluzione della mammografia AI-driven

La review "Mammography with deep learning for breast cancer detection" pubblicata nel 2024 (Wang L., 2024) fornisce una sintesi delle principali applicazioni, sottolineando come i sistemi basati sull'Intelligenza Artificiale stiano passando da strumenti di supporto a veri e propri assistenti clinici.

In particolare, emergono modelli end-to-end in grado di gestire l'intero flusso, dal pre-processing al triage dei casi.

Limiti attuali e sfide future

Nonostante i promettenti risultati, rimangono diverse sfide da affrontare:

- Generalizzabilità dei modelli: molti sistemi sono addestrati su dataset specifici e mostrano cali di performance su immagini provenienti da dispositivi o popolazioni differenti.
- Bias nei dati: l'Intelligenza Artificiale può perpetuare disparità presenti nei dati di addestramento (es. differenze razziali o di genere).
- Regolamentazione e accettazione clinica: l'integrazione dei sistemi di Intelligenza Artificiale nella pratica clinica richiede approvazioni regolatorie, validazioni prospettiche e fiducia da parte degli operatori sanitari.
- Interazione uomo-macchina: l'obiettivo non è sostituire i clinici, ma fornire strumenti che migliorino la precisione e riducano il carico di lavoro.

AI e citologia cervicale: verso una lettura automatizzata e standardizzata

Il tumore della cervice uterina rappresenta la quarta causa di morte per cancro nelle donne a livello globale. La diagnosi precoce è fondamentale per migliorare la prognosi, ma la citologia tradizionale (Pap test) è un processo laborioso e soggetto a variabilità inter-operatore. In questo contesto, il Deep Learning si sta imponendo come una tecnologia chiave per migliorare accuratezza e standardizzazione.

Una recente revisione sistematica pubblicata nel 2023 (Jang P et al, 2023) ha analizzato circa 80 studi pubblicati dal 2016 al 2023, coprendo l'intero spettro applicativo dell'AI nella citologia: dal riconoscimento cellulare alla classificazione dell'intero vetrino.

1. Automazione nella classificazione cellulare

I modelli DL hanno dimostrato prestazioni comparabili a quelle dei citologi esperti nel rilevare cellule atipiche. L'impiego di CNN (Convolutional Neural Networks) ha permesso di automatizzare la localizzazione e la classificazione delle cellule in base al grado di displasia, riducendo la variabilità intra- e inter-operatore. Alcuni modelli integrano anche meccanismi di attenzione che evidenziano le aree più significative per la diagnosi.

2. Analisi dell'intero vetrino (Whole Slide Imaging)

Grazie ai recenti progressi nell'elaborazione di immagini ad alta risoluzione, è oggi possibile analizzare interi vetrini digitalizzati. Alcuni studi hanno implementato architetture a più livelli: una prima fase di selezione delle regioni sospette, seguita da una classificazione fine-grained. Questo approccio consente una gestione più efficiente del tempo di analisi, senza compromettere la sensibilità diagnostica.

3. Sfide aperte e proposte di soluzione

Come per la mammografia, anche in questo ambito rimangono sfide cruciali:

- Generalizzabilità dei modelli: i modelli addestrati su dataset locali spesso faticano a mantenere le performance in altri contesti. Il federated learning è stato proposto come strategia per addestrare algoritmi su più centri mantenendo i dati locali.
- Qualità e standardizzazione dei dati: la mancanza di protocolli uniformi per la preparazione e digitalizzazione dei campioni ostacola il confronto tra studi.

- Interpretabilità e fiducia clinica: l'adozione richiede strumenti che esplicitino le ragioni della classificazione (es. mappe di attivazione), e che indichino il livello di confidenza dell'algoritmo.
- Assenza di dataset pubblici e linee guida comuni: per favorire la ricerca riproducibile e l'approvazione clinica, servono archivi annotati pubblicamente e standard condivisi per lo sviluppo e la valutazione dei modelli.

AI nella diagnosi dei tumori ovarici: un supporto nei casi più complessi

Il carcinoma ovarico è tra i tumori ginecologici più insidiosi per la sua diagnosi tardiva: la maggior parte dei casi viene individuata in stadio avanzato, con impatto negativo sulla sopravvivenza. In questo scenario, l'Intelligenza Artificiale – applicata principalmente alle immagini radiologiche (ecografia, TAC, risonanza magnetica) – si sta rivelando uno strumento utile per migliorare la caratterizzazione delle masse ovariche.

1. Prestazioni diagnostiche su larga scala

Una recente meta-analisi pubblicata su *eClinicalMedicine* (Xu H L et al. 2022) ha esaminato 34 studi per valutare le performance degli algoritmi di intelligenza artificiale nel distinguere tra masse ovariche benigne e maligne. I risultati sono incoraggianti: le tecniche di DL hanno raggiunto:

- sensibilità media dell'88% – ovvero la capacità di riconoscere correttamente le pazienti affette da tumore
- specificità dell'85%, cioè la capacità di identificare correttamente le pazienti sane.
- AUC – Area Under the Curve - ovvero l'abilità complessiva del modello nel distinguere correttamente tra casi positivi e negativi pari a 0,93

2. Vantaggi nel trattamento di casi complessi

Una seconda revisione sistematica (MA L. et al, 2023) ha confermato che i modelli Deep Learning possono superare i radiologi nella rilevazione di lesioni complesse, in particolare in ambienti ad alto volume o con immagini difficili da interpretare. L'Intelligenza Artificiale mostra buone capacità nell'integrazione di immagini multimodali, migliorando la visione d'insieme.

3. Limiti e prospettive

Anche in questo ambito emergono alcuni ostacoli ricorrenti:

- Generalizzabilità limitata: molti modelli sono validati solo su dati provenienti da singoli centri.
- Variabilità delle immagini: differenze nella qualità e nei protocolli di acquisizione influiscono sulla robustezza dell'Intelligenza Artificiale.
- Dataset insufficienti e scarsamente annotati: la mancanza di archivi pubblici limita l'addestramento su scala ampia.
- Integrazione clinica: l'adozione effettiva richiede strumenti interoperabili con i sistemi informativi esistenti, e capaci di fornire indicazioni chiare e interpretabili da parte dei ginecologi.

In sintesi

Il panorama della diagnostica ginecologica assistita dall'Intelligenza Artificiale si presenta in rapida evoluzione. Sia nella citologia cervicale che nella diagnosi dei tumori ovarici, il Deep Learning ha mostrato potenzialità concrete in termini di accuratezza e supporto decisionale. Tuttavia, come avviene anche per la mammografia, la piena integrazione nella pratica clinica richiede un lavoro coordinato su più fronti: sviluppo di dataset condivisi, validazioni multicentriche, trasparenza dei modelli e interfacce clinicamente utili.

Se affrontate con rigore, queste sfide potranno trasformare l'AI in un alleato fondamentale per migliorare prevenzione, diagnosi e trattamento dei tumori ginecologici.

Cosa succede fuori dai tumori femminili? Le sfide dell'equità di genere nei modelli di intelligenza artificiale

Se l'adozione di tecniche di Deep Learning nei tumori femminili ha dimostrato una notevole capacità di supportare e migliorare il processo diagnostico (dalla classificazione delle cellule nei campioni citologici all'individuazione delle microcalcificazioni nelle mammografie) resta ancora aperta una questione fondamentale: quanto questi strumenti sono equi quando si esce dall'ambito delle patologie specifiche rispetto al sesso?

Una recente revisione sistematica (Doo FX, 2024) ha affrontato con chiarezza il tema dei bias di genere nei modelli di segmentazione automatica basati su deep learning (DL), utilizzati in ambito oncologico, in particolare nella radioterapia e nella pianificazione clinica. Lo studio evidenzia come il genere venga spesso trascurato nelle fasi di sviluppo, addestramento e validazione degli algoritmi, portando a modelli che risultano meno accurati per le pazienti femminili. Le differenze anatomiche tra maschi e femmine, se non correttamente rappresentate nei dataset di training, possono influire negativamente sulla precisione della segmentazione degli organi e delle lesioni tumorali, con possibili conseguenze cliniche rilevanti.

Questo avviene, ad esempio, nel caso della diagnosi di patologie polmonari tramite radiografie del torace, in cui i modelli di deep learning (DL) hanno dimostrato un'accuratezza minore nel riconoscere le anomalie nel gruppo sotto rappresentato.

Il problema nasce già in fase di raccolta dei dati: la scarsa rappresentanza delle donne nei dataset e la mancata stratificazione per sesso impediscono ai modelli di apprendere in modo bilanciato.

A questo si aggiunge il fatto che i modelli possono "apprendere" correlazioni inesatte: ad esempio, identificare pattern associati al sesso anche quando non è richiesto, distorcendo le previsioni. Come evidenzia lo studio, esiste il rischio concreto che l'Intelligenza Artificiale associ erroneamente il sesso a un certo outcome clinico, anche in assenza di correlazioni reali nel campione analizzato.

Per evitare queste distorsioni, gli autori della revisione suggeriscono una serie di strategie operative come:

- includere il sesso come variabile biologica, in modo da bilanciare la rappresentanza del sesso dei dataset per migliorare l'equità dei modelli e analizzare la performance per sottogruppi di sesso
- usare tecniche computazionali diversificate per colmare la scarsità di dati femminili
- stabilire degli standard per un'implementazione equa e sicura dei modelli di intelligenza artificiale (AI) al fine di risolvere la mancanza di linee guida che affrontano in modo specifico i bias di sesso.

Questa riflessione sollecita un approccio più consapevole e responsabile all'impiego dell'intelligenza artificiale (AI) in oncologia, sottolineando che l'innovazione tecnologica deve procedere di pari passo con l'equità. Solo garantendo rappresentatività, trasparenza e attenzione alle variabili di genere sarà possibile sviluppare strumenti davvero utili e affidabili per tutti i pazienti.

Conclusioni

Le tecniche di deep learning (DL) rappresentano una delle innovazioni più dirompenti nella diagnostica oncologica. Sebbene permangano sfide rilevanti, legate a validazione, etica, integrazione nei flussi clinici ed equità, i risultati finora ottenuti mostrano senza dubbio che l'intelligenza artificiale (AI) non è una moda passeggera, ma uno strumento destinato a diventare parte integrante della medicina di precisione.

BIBLIOGRAFIA

1. Dontchos BN et al. Impact of a Deep Learning Model for Predicting Mammographic Breast Density in Routine Clinical Practice. *J Am Coll Radiol.* 2022 Sep;19(9):1021-1030.
2. Kebede S R et al. Dual view deep learning for enhanced breast cancer screening using mammography. *Sci Rep.* 2024 Feb 15;14(1):3839.
3. Manigrasso F et al. Mammography classification with multi-view deep learning techniques: Investigating graph and transformer-based architectures. *Med Image Anal.* 2025 Jan; 99:103320.
4. Pesapane F et al. Deep learning performance for detection and classification of microcalcifications on mammography. *Eur Radiol Exp.* 2023 Nov 7;7(1):69.
5. Wang L. Mammography with deep learning for breast cancer detection. *Front Oncol.* 2024 Feb 12; 14:1281922.
6. Jang P et al. A systematic review of deep learning-based cervical cytology screening: from cell identification to whole slide image analysis *Artificial Intelligence Review* 2023; 56 (Suppl 2):1-72.
7. Xu H L et al. Artificial intelligence performance in image based ovarian cancer identification: a systematic review and meta analysis. *EClinical Medicine.* 2022 Sep 17; 53:101662.
8. Ma L et al. AI diagnostic performance based on multiple imaging modalities for ovarian tumor: A systematic review and meta-analysis. *Front Oncol.* 2023 Apr 21; 13:1133491.
9. Doo FX et al. Sex-Based Bias in Artificial Intelligence-Based Segmentation Models in Clinical Oncology in *Clinical oncology* 2025 Mar: 39:103758.

MEDICINA DI GENERE: DATI, GENERE E INNOVAZIONE COME NUOVA FRONTIERA DELL'EQUITÀ SANITARIA

UNA SFIDA PER IL LEGISLATORE: TRASFORMARE L'EQUITÀ SANITARIA DA PRINCIPIO A REALTÀ

Un problema nascosto nel cuore della medicina moderna

Fino a pochi decenni fa, la medicina considerava l'uomo come modello universale per la salute umana. Questo approccio, apparentemente "neutro", nasconde in realtà un *bias* sistemico che penalizza la salute delle donne. Quando parliamo di ricerca medica "standard", in realtà parliamo di una scienza costruita prevalentemente su corpi maschili, i cui risultati vengono poi estesi all'intera popolazione senza verificare se questa generalizzazione sia fondata.

L'Italia è stata pioniera in Europa nell'affrontare questa sfida con la Legge 3/2018 sulla medicina di genere, prima normativa continentale nel settore. Questa legge ha inserito per la prima volta il "genere" in tutte le specialità mediche, nella sperimentazione clinica dei farmaci e nella definizione di percorsi diagnostico-terapeutici. Una rivoluzione silenziosa che ha posto il nostro Paese all'avanguardia europea. Le **conseguenze economiche** di questo *bias* sono tutt'altro che trascurabili. Diagnosi tardive, terapie inadeguate e maggiori effetti collaterali generano costi sanitari evitabili che pesano sui bilanci delle ASL e sulla sostenibilità del Sistema Sanitario Nazionale. La sanità digitale offre oggi strumenti per correggere questa distorsione storica attraverso l'analisi di dati disaggregati per genere, trasformando un problema radicato in opportunità di innovazione e efficienza.

Le radici del problema: quando l'esclusione diventa sistema

Il vuoto normativo dalla ricerca ai trial clinici

La sottorappresentazione femminile nella ricerca medica non è un caso isolato, ma il risultato di **scelte politiche e organizzative** che si sono stratificate nel tempo, creando un sistema che si auto-perpetua. **Le cause risalgono agli anni '60-'70**, quando il dramma della talidomide - farmaco che causò gravi malformazioni nei neonati - portò le agenzie regolatorie a escludere sistematicamente le donne in età fertile dai trial clinici per timore di danni al feto.

Quella che era nata come misura di protezione si è trasformata in esclusione sistemica. **La FDA americana ha formalmente rivisto questa posizione solo nel 1993** con il NIH Revitalization Act, ma in Europa il retaggio persiste ancora oggi. I dati del 2024 parlano chiaro: negli studi cardiovascolari **solo il 41,9% dei partecipanti è donna**, nonostante le pazienti rappresentino il 49% dei malati reali nella popolazione.

Questa disparità non è casuale, ma deriva da **barriere economiche e organizzative precise**. L'industria farmaceutica considera la variabilità ormonale femminile una "complicazione" che aumenta costi e tempi di sperimentazione. Le fluttuazioni del ciclo mestruale, la menopausa, le terapie ormonali vengono percepite come fattori confondenti anziché come elementi essenziali per comprendere come i farmaci agiscono realmente nella popolazione.

Il costo economico dell'esclusione

Il costo di questa esclusione è misurabile e significativo. I farmaci hanno **3,5 volte più probabilità** di essere ritirati dal mercato per effetti collaterali osservati prevalentemente nelle donne. Negli Stati Uniti, dal 2000, gli effetti avversi sono stati riportati dalle donne il 52% più frequentemente rispetto agli uomini. Un paradosso che trasforma un tentativo di protezione in fonte di danno sanitario ed economico. Prendiamo l'esempio dello *zolpidem*, principio attivo di molti sonniferi: dopo anni di commercializzazione, si è scoperto che nelle donne il farmaco persiste più a lungo nell'organismo, causando sonnolenza diurna e aumentando il rischio di incidenti stradali. La FDA ha dovuto rivedere le dosi consigliate post-commercializzazione, dopo che migliaia di donne avevano già sperimentato effetti collaterali evitabili.

Dal laboratorio al letto del paziente: come i bias si traducono in danno clinico

Quando la diagnosi arriva troppo tardi

Le conseguenze dell'esclusione femminile dalla ricerca si manifestano quotidianamente negli ambulatori e negli ospedali italiani. **L'endometriosi, che colpisce 1 donna su 10 in età fertile**, richiede in media **fino a 11 anni** tra la comparsa dei primi sintomi e la diagnosi definitiva. Un ritardo che non dipende dalla complessità della malattia, ma dal fatto che **i sintomi femminili vengono sistematicamente sottovalutati** o ricondotti a cause psicologiche anziché organiche.

Questo fenomeno, documentato dalla letteratura scientifica internazionale, ha dimensioni preoccupanti nel nostro Paese. Le donne che si presentano in pronto soccorso con dolore toracico hanno maggiori probabilità di essere dimesse con diagnosi di "ansia" rispetto agli uomini con sintomi identici. **Le donne sperimentano effetti collaterali dai farmaci quasi due volte più frequentemente** rispetto agli uomini, proprio perché i dosaggi sono calibrati su corpi maschili con peso, metabolismo e distribuzione del grasso corporeo differenti.

L'infarto al femminile: un caso paradigmatico

L'infarto del miocardio nelle donne rappresenta un caso emblematico di come i *bias* di genere si traducano in danno clinico concreto. I criteri diagnostici tradizionali sono stati sviluppati studiando prevalentemente uomini, nei quali l'infarto si manifesta tipicamente con dolore toracico intenso che si irradia al braccio sinistro.

Nelle donne, invece, l'infarto si presenta spesso con sintomi "atipici": nausea, affaticamento, dolore alla schiena o alle spalle, sensazione di indigestione. Questi sintomi, non riconosciuti dai protocolli standard, portano a diagnosi tardive e conseguentemente a una mortalità cardiovascolare femminile più elevata e largamente evitabile.

L'invisibilità statistica delle malattie femminili

Il problema si aggrava quando consideriamo che **solo il 17% degli studi sull'infarto** e appena il **7% di quelli sull'emicrania** pubblicano dati separati per uomini e donne.

Questa "cecità statistica" impedisce ai medici di riconoscere le differenze di genere nelle manifestazioni cliniche e di adattare di conseguenza i protocolli diagnostici e terapeutici.

Le patologie che colpiscono prevalentemente le donne, come l'endometriosi, le malattie autoimmuni o i disturbi dell'umore in menopausa, ricevono tradizionalmente meno attenzione nella ricerca scientifica e minori investimenti nell'innovazione terapeutica.

Il risultato è un ritardo nell'arrivo di nuove cure specificamente progettate per queste condizioni.

Il circolo vizioso: quando il bias alimenta sé stesso

Un sistema che si auto-perpetua

La sottorappresentazione femminile nella ricerca genera un **effetto domino** che attraversa l'intero sistema sanitario. Le linee guida cliniche, basate su evidenze parziali, orientano la formazione medica verso approcci che non considerano le specificità femminili. **I giovani medici** imparano a diagnosticare e curare seguendo protocolli che riflettono principalmente la biologia maschile.

Questo meccanismo ha **costi sociali misurabili**: l'esclusione sistematica delle donne in gravidanza dai trial clinici lascia madri e medici senza indicazioni sicure sui farmaci, creando **zone grigie terapeutiche** che aumentano l'ansia e i rischi. Ogni ciclo di esclusione rafforza quello successivo, **perpetuando disuguaglianze** che si traducono in:

- **Maggiore mortalità femminile** in patologie cardiovascolari
- **Ritardi nell'innovazione** per malattie prevalentemente femminili
- **Aumento dei costi sanitari** per diagnosi tardive e terapie inadeguate

Il risultato è un sistema sanitario che, pur aspirando all'universalità, **genera sistematicamente disuguaglianze** basate sul genere, con conseguenze che vanno oltre la salute individuale per toccare l'equità sociale e la sostenibilità economica del sistema.

L'europa si muove: verso un nuovo paradigma inclusivo

Un quadro normativo in evoluzione

L'Unione Europea sta costruendo un **framework sempre più solido** per contrastare i *bias* di genere in medicina. Dal **31 gennaio 2025**, il nuovo **Clinical Trials Regulation** obbliga tutti i trial nell'UE a utilizzare il sistema informatico CTIS (Clinical Trials Information System), creando per la prima volta una base dati europea unificata che può facilitare il monitoraggio della rappresentanza femminile.

La **Strategia UE per la parità di genere 2020-2025** ha posto le basi normative, ma è nel settore della ricerca che si registrano i progressi più significativi. **Horizon Europe richiede Gender Equality Plans** obbligatori per tutte le istituzioni di ricerca che accedono ai finanziamenti europei, mentre l'**European Institute for Gender Equality (EIGE)** sta sviluppando metodologie per integrare la dimensione di genere anche nel Green Deal europeo.

Iniziative concrete

In Italia, **Centro di Riferimento per la Medicina di Genere dell'ISS** è diventato punto di riferimento continentale, mentre l'**Ospedale Macedonio Melloni di Milano** rappresenta il primo esempio europeo di struttura ospedaliera interamente dedicata alla medicina di genere ⁽¹⁾.

Il **European Gender Medicine Network (EUGenMed)** ha avviato collaborazioni innovative, come il progetto con **Bayer per sviluppare modelli animali** che tengano conto delle differenze biologiche tra sessi, dimostrando che l'industria farmaceutica può essere partner attivo nel superamento dei bias.

Raccomandazioni per l'azione politica: dalla diagnosi alle soluzioni

Interventi normativi prioritari

Il legislatore può consolidare la propria leadership europea attraverso azioni concrete. **Prima priorità**: rendere obbligatoria la rappresentazione femminile proporzionale nei trial clinici, seguendo l'esempio americano del NIH Revitalization Act che dal 1993 richiede "numeri adeguati di donne per analisi valide".

⁽¹⁾ https://www.quotidianosanita.it/regioni-e-asl/articolo.php?articolo_id=79366

L'approccio Digitale per superare i limiti della ricerca tradizionale: i **Real World Data** raccolti attraverso i sistemi informativi sanitari possono fornire evidenze sulle differenze di genere senza i costi e i tempi dei trial clinici tradizionali.

Formazione e innovazione tecnologica

Tre leve strategiche per il decisore politico:

1. **Curricula medici obbligatori:** Integrare la medicina di genere nella formazione di base, non come specializzazione ma come competenza trasversale
2. **Algoritmi di intelligenza artificiale gender-sensitive:** Investire in sistemi diagnostici che tengano conto delle differenze biologiche fin dalla progettazione
3. **Fascicolo Sanitario Elettronico potenziato:** Implementare flag specifici per analisi di genere che permettano monitoraggio continuo delle disparità

Investimenti mirati e partnership pubblico-privato

Il **modello del Centro Studi Nazionale su Salute e Medicina di Genere fondato nel 2009** ⁽²⁾ dimostra l'efficacia degli investimenti nella ricerca di genere attraverso borse di studio atte a stimolare progetti di alto livello nel contesto, segno che l'Italia può puntare sull'eccellenza in questo campo, provando però a migliorare il livello degli investimenti.

Il digitale come alleato dell'equità: tecnologie per una medicina senza bias

Come l'innovazione digitale può correggere decenni di disparità sanitarie

La rivoluzione dei real world data: oltre i limiti dei trial tradizionali

Quando la realtà supera la sperimentazione

I Real World Data (RWD) rappresentano una svolta epocale per superare i bias storici della ricerca medica. Mentre i trial clinici tradizionali escludono sistematicamente categorie di pazienti, i dati del mondo reale catturano l'intera diversità della popolazione attraverso cartelle cliniche elettroniche, registri sanitari e dispositivi digitali.

Il vantaggio competitivo italiano risiede nella capillarità del Sistema Sanitario Nazionale e nella crescente digitalizzazione: ogni prescrizione, ogni ricovero, ogni esame diagnostico può diventare fonte di evidenze per la medicina di genere. La sfida per il legislatore è creare il framework normativo che permetta l'uso secondario di questi dati in sicurezza, garantendo privacy e generando valore scientifico.

Intelligenza artificiale gender-sensitive: algoritmi che non discriminano

Progettare l'equità nei sistemi intelligenti

L'Intelligenza Artificiale in sanità può perpetuare i bias esistenti o diventare strumento di equità, a seconda di come viene progettata. Gli algoritmi diagnostici tradizionali, addestrati su dataset prevalentemente maschili, riproducono e amplificano le disparità storiche.

La soluzione è nell'architettura: algoritmi *gender-aware* che tengono conto del sesso biologico e delle variabili di genere fin dalla progettazione. Un sistema di AI per la diagnosi dell'infarto deve "sapere" che nelle donne i sintomi sono spesso atipici: meno dolore toracico, più nausea e affaticamento.

⁽²⁾ Sito: <https://www.centrostudiazionalesalutemedicinadigenere.it/>

Bando 2025: <https://www.omceopr.it/2025/01/17/centro-studi-nazionale-su-salute-e-medicina-di-genere-nuovo-bando-di-concorso-e-newsletter-di-gennaio-2025/>

Esempi concreti di innovazione:

- Radiologia potenziata: AI che analizza mammografie tenendo conto dell'età, densità mammaria e storia ormonale
- Cardiologia preventiva: Algoritmi che calcolano il rischio cardiovascolare con parametri specifici per genere
- Farmacologia personalizzata: Sistemi che suggeriscono dosaggi basati su peso, età, sesso e metabolismo

Il ruolo del decisore politico è cruciale: investire in ricerca e sviluppo di AI etica, stabilire standard di validazione gender-sensitive, incentivare l'industria tecno-sanitaria verso soluzioni inclusive.

Telemedicina e personalizzazione: la cura arriva dove serve

Superare le barriere di accesso

La telemedicina può ridurre significativamente le disparità di genere nell'accesso alle cure, specialmente per patologie che richiedono continuità assistenziale come l'endometriosi o la menopausa. Le donne, spesso gravate da maggiori responsabilità di cura familiare, beneficiano particolarmente di modelli assistenziali flessibili.

Innovazioni in corso:

- Consultori virtuali per medicina riproduttiva e ginecologia
- Monitoraggio remoto per gravidanza e post-partum
- App terapeutiche per gestione del dolore cronico femminile
- Piattaforme educative per empowerment del paziente

Il COVID-19 ha accelerato l'adozione, dimostrando che la telemedicina non è sostituto ma integrazione strategica delle cure tradizionali. Per il legislatore: definire standard di qualità, tariffe appropriate, formazione degli operatori per approcci gender-sensitive anche nel digitale.

La personalizzazione spinta diventa possibile: ogni donna può ricevere informazioni e cure calibrate su età, storia clinica, preferenze, condizione socio-economica.

Fascicolo sanitario elettronico 2.0: l'equità attraverso i dati

Quando la tecnologia diventa strumento di giustizia sociale

Il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) può trasformarsi da archivio digitale a strumento attivo di equità sanitaria. L'integrazione di flag specifici per analisi di genere permetterebbe il monitoraggio continuo delle disparità e l'identificazione precoce di pattern discriminatori.

Funzionalità innovative proposte:

- Dashboard di equità per i decision maker sanitari
- Alert automatici per diagnosi che mostrano bias di genere
- Analisi predittive per identificare pazienti a rischio di sotto-diagnosi
- Indicatori di performance gender-specific per le strutture sanitarie

Il FSE diventa così "intelligente": non solo conserva dati, ma li trasforma in insight per migliorare l'equità. Esempio pratico: se il sistema rileva che in una ASL le donne ricevono diagnosi di infarto sistematicamente più tardi degli uomini, può attivare percorsi formativi mirati per il personale.

Implicazioni per il legislatore: aggiornare le normative sulla privacy per consentire analisi aggregate, investire nell'interoperabilità tra sistemi, definire standard nazionali per l'equità digitale.

Best practice internazionali: cosa imparare dal mondo

L'innovazione non ha confini

Svezia - Gender Mainstreaming digitale: Il sistema sanitario svedese ha integrato l'analisi di genere in tutti i processi digitali, dal FSE ai sistemi di business intelligence. Risultato: riduzione del 15% nei tempi di diagnosi per patologie cardiovascolari femminili.

Canada - AI for Health Equity: Health Canada ha sviluppato linee guida nazionali per AI gender-sensitive, richiedendo validazione separata per sessi in tutti gli algoritmi diagnostici. Lezione: la regolamentazione preventiva è più efficace della correzione post-hoc.

Regno Unito - NHS Digital Gender Data Strategy: Il NHS ha lanciato un programma per identificare e correggere i *bias* nei propri algoritmi, pubblicando annualmente un "*Gender Equity in Digital Health Report*". Innovazione: trasparenza come driver di miglioramento.

Per **l'Italia**: adottare le best practice, adattandole al contesto del SSN e della normativa europea sulla privacy.

Roadmap per il legislatore: investimenti e normative

Dal principio alla pratica: azioni concrete

Immediato (2025-2026):

- Aggiornamento normativo: Integrare requisiti di equità di genere nel Codice dell'Amministrazione Digitale
- FSE potenziato: Implementare flag per analisi di genere in tutte le regioni
- Incentivi per l'industria: Tax credit per startup che sviluppano soluzioni healthtech gender-sensitive

A medio termine (2027-2029):

- Centro nazionale per AI sanitaria equa: Hub di ricerca e sviluppo per algoritmi gender-aware
- Certificazione obbligatoria: Standard di validazione gender-sensitive per dispositivi medici digitali
- Formazione digitale: Curricula obbligatori su bias e tecnologie per operatori sanitari

A lungo termine (2030+):

- Medicina predittiva inclusiva: Sistemi di AI che prevedono e prevengono disparità di salute
- Interoperabilità europea: Piattaforme condivise per ricerca comparativa di genere
- Valutazione d'impatto obbligatoria: Ogni innovazione digitale in sanità deve dimostrare equità di genere

Conclusioni: la tecnologia al servizio dell'umanità

Il digitale non è neutro: può amplificare le disuguaglianze o diventare il più potente strumento di equità mai disponibile. La scelta è nelle mani del legislatore: investire nell'innovazione inclusiva significa costruire un sistema sanitario che non lasci indietro nessuno.

L'Italia ha tutti gli elementi per guidare questa trasformazione: eccellenza scientifica, sistema sanitario universale, tradizione di innovazione sociale. Il futuro della medicina di genere è digitale, e il futuro digitale deve essere equo.

BIBLIOGRAFIA**Fonti normative e istituzionali:**

1. Legge 3/2018 "Applicazione e diffusione della Medicina di Genere nel SSN" - <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2018/01/31/18G00019/sg>
2. Piano per l'applicazione e diffusione della medicina di genere, Ministero della Salute-ISS - <https://www.epicentro.iss.it/medicina-di-genere/piano-medicina-genere>
3. Clinical Trials Regulation (EU) No 536/2014, European Medicines Agency - <https://www.ema.europa.eu/en/human-regulatory-overview/research-development/clinical-trials-human-medicines/clinical-trials-regulation>
4. Strategia UE per la parità di genere 2020-2025, Commissione Europea - https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/policies/justice-and-fundamental-rights/gender-equality/gender-equality-strategy_it

Fonti scientifiche:

1. Relazione al Parlamento sulle azioni di medicina di genere 2020-2021, Min. Salute - <https://www.epicentro.iss.it/medicina-di-genere/aggiornamenti>
2. European Gender Medicine Network - EUGenMed Roadmap, 2015 - <https://cordis.europa.eu/project/id/602050/reporting>
3. Gender considerations in clinical trials, ICH Guidelines - https://www.ema.europa.eu/en/documents/scientific-guideline/ich-gender-considerations-conduct-clinical-trials-step-5_en.pdf
4. She Figures 2024, European Commission - https://research-and-innovation.ec.europa.eu/strategy/strategy-2020-2024/democracy-and-rights/gender-equality-research-and-innovation_en

Clinical Trials Information System (CTIS):

1. Clinical Trials Information System - <https://euclinicaltrials.eu/>
2. EU Clinical Trials Register - <https://www.clinicaltrialsregister.eu/ctr-search/search>

Centri di eccellenza e iniziative:

1. Centro di Riferimento per la Medicina di Genere - ISS - <https://www.iss.it/centro-di-riferimento-per-la-medicina-di-genere>
2. Centro Studi Nazionale su Salute e Medicina di Genere - <https://www.centrostudinazionale.salutemedicinadigenere.it/>
3. Fondazione Onda - Osservatorio Nazionale sulla salute della donna - <https://fondazioneonda.it/it/progetto/conosci-la-medicina-di-genere/>
4. European Institute for Gender Equality (EIGE) - <https://eige.europa.eu/about/projects>

Interrogazioni parlamentari europee:

1. Interrogazione E-003561/2023 su medicina di genere nei sistemi sanitari europei - https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/E-9-2023-003561_IT.html

Progetti di ricerca europei:

1. EQUAL4EUROPE - Gender Equality Plans - <https://equal4europe.eu/>
2. Gender equality in research and innovation - Commissione Europea - https://research-and-innovation.ec.europa.eu/strategy/strategy-2020-2024/democracy-and-rights/gender-equality-research-and-innovation_en

Fonti aggiuntive per approfondimenti:

1. European Medicines Agency policies for clinical trials leave women unprotected - <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2465475/>
2. 2024 report on gender equality in the EU - <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/44195827-0906-11ef-a251-01aa75ed71a1>

BIBLIOGRAFIA TECNOLOGICA

Fonti su Real World Data:

1. Real World Evidence Framework, European Medicines Agency - <https://www.ema.europa.eu/en/about-us/how-we-work/big-data/real-world-evidence>

AI e Gender Bias:

1. Algorithmic Impact Assessment Guide, Government of Canada - <https://www.canada.ca/en/government/system/digital-government/digital-government-innovations/responsible-use-ai/algorithmic-impact-assessment.html>
2. Gender Equality in AI, European Commission Ethics Guidelines - <https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/library/ethics-guidelines-trustworthy-ai>

Telemedicina e FSE:

1. European Health Data Space Regulation - https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/european-health-data-space_en
2. FSE 2.0 - Piano Nazionale per la Ripresa e Resilienza - <https://www.fascicolosanitario.gov.it/>

Best Practice Internazionali:

1. NHS Digital Gender Data Strategy, UK - <https://digital.nhs.uk/about-nhs-digital/our-work/keeping-patient-data-safe/gdpr>
2. NIH Policy on Sex as Biological Variable - <https://orwh.od.nih.gov/sex-gender/nih-policy-sex-biological-variable>

**La produzione di questo libro è stata resa possibile
grazie all'autofinanziamento di ASSD.**

**Il testo è offerto a titolo gratuito dalla stessa ASSD.
Liberamente scaricabile in formato digitale dal sito www.assd.it**

Impostazione grafica a cura di Sergio Monfrinotti

ISBN 979-12-243-0472-2

Copyright © 2025 ASSD - www.assd.it





La Medicina di genere - Fondamenti, Pratiche e Prospettive Future

Viviamo un tempo in cui la sanità è attraversata da trasformazioni profonde, non solo tecnologiche ma anche culturali, etiche e organizzative. Parlare oggi di medicina di genere 5.0 significa assumersi la responsabilità di costruire una sanità più giusta e attenta alla persona, capace di integrare scienza, tecnologia ed umanità. La cura, in questo nuovo paradigma, smette di essere un atto neutro e diventa scelta, consapevolezza e libertà: non più una medicina "per le donne", ma una medicina con le donne, che valorizza le differenze per trasformarle in equità.

Il file del libro è scaricabile in formato digitale dal sito www.assd.it

ISBN 979-12-243-0472-2

Copyright © 2025 ASSD - www.assd.it