



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI BRESCIA

DIPARTIMENTO DI SPECIALITÀ MEDICO-  
CHIRURGICHE, SCIENZE RADIOLOGICHE E SANITÀ  
PUBBLICA

Corso di Laurea  
in Infermieristica

Elaborato finale

**Il dolore nella prospettiva della medicina di genere:  
indagine sulla percezione ed esperienza dei  
professionisti sanitari.**

Relatore: Dott.ssa Ghitti Mariagrazia

Laureanda:  
Cattaneo Silvia  
Matricola n. 716523

---

Anno Accademico 2018/2019



# INDICE

INTRODUZIONE: .....	1
CAPITOLO 1: INQUADRAMENTO TEORICO .....	4
1. Il dolore: cenni epidemiologici .....	4
1.1 L'evoluzione del concetto di dolore .....	4
1.2 Classificazione del dolore .....	6
1.3 Il dolore come fenomeno multifattoriale ed esperienza multidimensionale .....	7
1.3.1 La dimensione sensoriale .....	7
1.3.2 La dimensione emotivo-affettiva .....	9
1.3.3 La dimensione cognitiva .....	9
1.3.4 La dimensione culturale-comportamentale .....	11
1.4 L'accertamento e la misurazione del dolore .....	11
1.5 Le cause ed il trattamento del dolore .....	13
SECONDA PARTE: LA MEDICINA DI GENERE .....	14
2. Medicina di genere: Evoluzione storica e definizioni concettuali .....	14
2.1 discriminanti della disuguaglianza .....	16
2.2 Inquadramento generale sulle differenze di genere .....	18
2.3 Gli stereotipi culturali .....	21
TERZA PARTE: IL DOLORE NELLA PROSPETTIVA DI GENERE .....	23
3. Le radici del dolore nella prospettiva di genere: quali le differenze? .....	23
3.1 Le differenze nel ricordo del dolore .....	25
3.2 Le differenze nel trattamento del dolore .....	25
3.3 Approccio terapeutico nella prospettiva della medicina di genere .....	27
3.4 Approccio assistenziale nella prospettiva dell'infermieristica di genere .....	27
CAPITOLO 2: MATERIALI E METODI .....	29
2.1 Obiettivi dell'elaborato di tesi .....	29
2.2 Revisione della letteratura .....	29
2.3 Progettazione ricerca sul campo .....	30
2.3.1 Selezione della popolazione da indagare e metodo di campionamento .....	31
2.3.2 Strumenti di raccolta dati .....	32
2.3.3 Analisi dei dati .....	33
CAPITOLO 3: RISULTATI .....	34
3.1 Prima parte: dati generali sulla popolazione studiata .....	34

3.2 Seconda Parte: Opinioni e idee sulle differenze di genere .....	36
3.3 Terza Parte: dati legati all'esperienza .....	46
CAPITOLO 4: DISCUSSIONE E CONCLUSIONI.....	50
4.1 L'analisi delle differenze emerse alla luce della letteratura di riferimento .....	50
4.2 Limiti dello studio.....	55
4.3 Conclusioni, suggerimenti e proposte di implementazione per migliorare la presa in carico della persona con dolore.....	55
BIBLIOGRAFIA.....	57
SITOGRAFIA: .....	60



## INTRODUZIONE:

La medicina di genere consiste in un nuovo approccio alla medicina tradizionale, che si concentra sulle disuguaglianze in termini di salute dettate dalle differenze tra uomini e donne, legate sia alla caratterizzazione biologica e alla funzionalità riproduttiva (sesso), sia a fattori ambientali, sociali, culturali e relazionali definiti come “genere” (*Quaderni del Ministero della Salute, 2016*). Questo approccio ha lo scopo di garantire la personalizzazione delle cure e l’appropriatezza terapeutica necessaria ad ogni individuo. L’attenzione per una medicina che consideri le differenze di genere comincia a sorgere negli anni ’80 ma è solo con la legge 03/2018 che per la prima volta in Italia è garantito l’inserimento del parametro “genere” nella medicina (*Piano per l’applicazione e la diffusione della Medicina di Genere, 2019*). Sono ormai numerose le differenze di genere conosciute: in farmacologia sono molto legate alle differenze biologiche tra uomo e donna che influenzano l’assorbimento, la distribuzione, il metabolismo e l’eliminazione dei farmaci (*Quotidiano Sanità, 29/05/2019*). Per quanto riguarda le patologie cardiovascolari, la donna, per esempio può presentare segni e sintomi dell’infarto differenti (*Regitz-Zagrosek, 2006*). L’osteoporosi è percepita come una malattia caratteristica del sesso femminile, in realtà gli studi epidemiologici in Europa dimostra che una buona percentuale di uomini tra i 50 e i 90 anni presenta osteoporosi (*Nancy E; 2006*). Le malattie autoimmuni hanno una predominanza femminile; l’uomo contrae infezioni batteriche e virali perché ha un sistema immunitario meno potente della donna, ma questo aspetto lo porta ad avere meno malattie autoimmuni della donna (*Piano per l’applicazione e la diffusione della medicina di genere, Ministero della Salute, 06/05/2019*).

In relazione alle differenze di genere rispetto alla salute-malattia la tesi si è posta come obiettivo principale quello di approfondire in particolare le differenze documentate in letteratura sull’esperienza del dolore dalla prospettiva di chi lo vive e di chi lo cura.

Il dolore affligge circa 1/5 della popolazione adulta in Europa: 75 milioni di persone, circa il 19% della popolazione adulta, sono colpite da un dolore cronico. In Italia, il 58% di queste sono di genere femminile (*IASP, 2012*). Oltre ad una maggior prevalenza di dolore cronico, le donne presentano, molto più frequentemente degli uomini, multiple condizioni dolorose concomitanti e mostrano peraltro una maggior sensibilità al dolore sul piano sensitivo ed emotivo (*ONDA, 2017*). Ormai sono note anche la differenza nella percezione del dolore: le microglia nei maschi sembrano avere un ruolo preminente, mentre le femmine usano i linfociti T come risposta al dolore. Inoltre, i ricercatori hanno attribuito a lungo le differenze di sesso nella percezione del dolore agli estrogeni, ormoni che controllano lo sviluppo dell'utero, delle ovaie e del seno. Gli estrogeni possono offuscare il dolore a seconda della loro posizione e concentrazione, essi sono presenti in tutte le cellule del corpo umano, in concentrazioni diverse (*Nature, 27/03/2019*). Inoltre, è stato scoperto che sono necessarie dosi più elevate di morfina per aiutare gli uomini a sopportare il dolore; questo potrebbe essere spiegato considerando il fatto che le donne hanno clearance epatica minore. In effetti, il metabolismo degli oppiacei a livello epatico è diverso nell'uomo e nella donna, e queste differenze dipendono dalla presenza in circolo di ormoni sessuali (*Sorge, R. E. et al, 2015*).

Per quanto riguarda le differenze di genere nell'erogazione delle cure da parte dei professionisti sanitari di genere diverso la letteratura non è molto ricca: uno studio sostiene che i professionisti della salute di sesso femminile siano più predisposte alla comunicazione con i pazienti e eseguono visite più lunghe rispetto ai colleghi di sesso maschile (*Debra L., et al., 2002*). In seguito, mi sono chiesta se anche l'assistenza e la cura erogata da professionisti di sesso differente poteva avere ripercussioni differenti sui pazienti, non essendo disponibili molti studi a riguardo ho pensato di fare una piccola indagine nell'azienda ospedaliera in cui mi sono formata. Per la raccolta dati ho sviluppato un questionario a partire da quello validato "Nijmegen Gender Awareness in Medicine Scale - NGAMS"; ma, in relazione al focus specifico dell'indagine che ha voluto approfondire la prospettiva dei curanti, si è reso necessario integrare e/o contestualizzare alcune domande.

Come campione sono stati individuati medici, infermieri e fisioterapisti (di genere differente) che quotidianamente si trovano a contatto con persone affette da dolore cronico o acuto, per un totale di 151 questionari consegnati. Nel questionario, strutturato in 3 parti, indagavo:

- in primo luogo le caratteristiche anagrafiche e professionali del campione,
- in seguito le loro conoscenze rispetto alla medicina e all'inf.ca di genere e le loro opinioni rispetto ad alcune affermazioni relative a stereotipi di genere
- la loro percezione di differenze nel lavoro d'equipe in relazione alla collaborazione con professionisti dello stesso o opposto genere.

Al questionario hanno aderito 107 professionisti sanitari (di cui 40% maschi e 60% donne), la maggioranza sono infermieri (74) seguiti da medici (23) e fisioterapisti (10).

# CAPITOLO 1: INQUADRAMENTO TEORICO

## 1. Il dolore: cenni epidemiologici

Il dolore affligge circa 1/5 della popolazione adulta in Europa: 75 milioni di persone, circa il 19% della popolazione adulta, sono colpite da un dolore cronico. La maggior prevalenza si ha in Norvegia, Belgio e Italia e la più bassa è in Spagna. In Italia, un cittadino su quattro soffre di dolore cronico, con una durata media di vita con dolore di 7 anni, gli studi evidenziano che in ospedale vi è una sottostima del dolore di circa il 21%, direttamente proporzionale all'intensità del dolore, e che la prevalenza di sotto trattamento del dolore nel paziente oncologico è del 25%, con picchi del 55% in alcuni gruppi (*Breivik et al., 2006*). Tra le persone che soffrono in Italia, il 58% sono di genere femminile. Il dolore cronico ha un forte impatto sociale: costituisce una delle motivazioni più frequenti di consultazione medica e si è registrato un incremento, negli ultimi anni, della spesa nazionale per farmaci o prestazioni correlabili alla patologia dolorosa; inoltre è stato stimato che il dolore cronico sia causa di perdita di oltre 3 milioni di ore lavorative. Da non trascurare anche l'incidenza del dolore sulla vita quotidiana: infatti secondo dei dati forniti dall'Istat, lo status sociale del paziente viene influenzato dal dolore; nel 23% dei casi i soggetti dichiarano di aver dovuto modificare la propria posizione sociale, il 14 -17% degli intervistati ha perso il proprio lavoro, il 28% ha dovuto ridurre la responsabilità del ruolo svolto, il 20% ha cambiato lavoro. Anche l'aspetto emotivo e psicologico non risulta di certo trascurabile: i dati rivelano che il 18% dei pazienti affetti da dolore cronico dichiarano un senso di abbandono e di perdita del proprio ruolo all'interno del nucleo familiare; al 22% dei pazienti è stata diagnosticata depressione; il 50% riferisce scoraggiamento e disagio.

### 1.1 L'evoluzione del concetto di dolore

Durante il corso della storia umana, vi sono stati numerosi tentativi di definizione del dolore. Il suo significato è mutato nel tempo. In tempi antichi veniva considerato una punizione divina, correlata a una colpa individuale o collettiva (*De*

*Bernardo, 2002*). A partire dall'epoca Etrusca (tra il IX e il I secolo a.C.), si ha un cambiamento portato dall'analisi razionale dei fenomeni naturali e della natura dell'uomo, in questa concezione il dolore viene concepito come una vera e propria malattia da trattare (*Bellucci, 1996*). Con Ippocrate, il dolore segnava un segno di rottura tra l'individuo e l'ambiente, definita discrasia ossia una situazione di eccesso o di difetto di uno dei quattro umori: sangue, flegma, bile gialla e bile nera. La medicina romana ereditò da quella greca la concezione filosofica e i rimedi al dolore e alla malattia. Con l'espandersi del cristianesimo il dolore veniva considerato inevitabile, a volte necessario per autopunirsi, veniva accettato come modalità di redenzione, di guida e di crescita spirituale dell'uomo (*Bellucci, 1996*). A partire dagli anni Mille, inizia un periodo di grande arricchimento intellettuale, la medicina si laicizza e assume uno slancio grazie alla scuola di Salerno. Nascono le prime università. Ritorna la concezione del dolore come causa naturale, che deve essere curata (*Agrimi, Crisciani, 1980*). Nel Rinascimento, con il metodo sperimentale di Galileo, prende avvio il razionalismo e ogni fenomeno fisiopatologico viene trattato secondo un'ottica metafisica (*D'Onofrio, 1992*). Nel corso del XVIII secolo, si ha un cambiamento nella percezione e definizione del dolore: esso è un avvertimento o un segnale di allarme che allerta la persona di un pericolo imminente (*Rey, 1998*). Con Freud si identifica una sofferenza non meramente fisica, ma anche psichica e psicomotoria che sarebbero il risultato di un conflitto tra l'Es (il mondo degli istinti), l'Io mediatore tra Es e mondo esterno) e il Super-Io (istanze culturali apprese). Nel corso della storia si è quindi passati da una visione di dolore come nemico della vita, considerato come un'ingiustizia viene poi ridotto ad un disvalore, un retaggio inutile che sminuisce l'uomo. La società odierna infine ha cercato di abbatterlo o addirittura di prevenirlo (*D'Onofrio, 1992*).

Il dolore è un fenomeno individuale e soggettivo che le persone sperimentano durante la propria vita e, spesso, rappresenta la ragione principale per cui si richiede l'assistenza sanitaria. La natura soggettiva del dolore viene sottolineata come: << *tutto quello che una persona che lo prova dice che sia, esistendo ogni qualvolta si affermi che esista.*>> (*McCaffery, Pasero, 1999*). Una definizione

scientificamente accettata oggi è quella proposta dall'International Association for the Study of Pain (IASP, 1986) che definisce il dolore come: <<un'esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole associata a danno tissutale, in atto o potenziale, o descritta in termini di danno>>. Molto simile risulta essere la definizione proposta dall'OMS: << il dolore è una sensazione spiacevole e un'esperienza emotiva dotata di un tono affettivo negativo associata a un danno tissutale potenziale o reale e, comunque, descritta in rapporto a tale danno.>> Una definizione più recente proposta da Amanda C. de C. Williams, Kenneth D. Craig, pubblicata sul giornale del dolore online nel Novembre 2016, in seguito ad un accurata rivalutazione della definizione dettata dall'IASP definisce il dolore come: << il dolore è un'esperienza angosciante associata a danni effettivi o potenziali ai tessuti, con componenti sensoriali, emotive, cognitive e sociali.>> in questa definizione viene modificata la parte finale "o descritta in termini di tale danno" poiché definita sfuggente e poco chiara.

## 1.2 Classificazione del dolore

Il dolore può costituire un segnale importante per la diagnosi iniziale di una patologia. Esso può presentarsi come indicatore di un'evoluzione positiva o negativa durante il decorso clinico, può accompagnare molteplici procedure diagnostiche e/o terapeutiche e rappresenta un riflesso ineluttabile e costante di ansia e paura che la malattia comporta. Il dolore è classificato in tre aree: dolore acuto, dolore cronico e dolore oncologico. Tali categorie differenziano nella loro durata, eziologia, fisiopatologia, funzione biologica, diagnosi e terapia (Breivick H. et al, BMC Public Health, 2013).

Il dolore acuto è un dolore nocicettivo, di durata limitata, nel quale è ben evidente il rapporto causa/effetto. L'esordio è improvviso ed inaspettato, spesso brusco e ben identificabile, associato ad una lesione localizzata. La sua causa è generalmente chiara: può essere un intervento chirurgico, un trauma o ad una patologia infettiva intercorrente. Solitamente è reversibile e controllabile con un trattamento adeguato (IASP, 1986).

Il dolore cronico è un tipo di dolore che persiste o recidiva per un periodo maggiore di tre mesi, persiste per più di un anno dopo la risoluzione di un danno tissutale acuto e si associa ad una lesione che non guarisce. Le cause comprendono malattie croniche, lesioni e disturbi con dolore primario che producono disturbi nocicettivi continui. Il dolore cronico spesso comporta l'insorgenza di segni vegetativi che si sviluppano gradualmente. Inoltre un dolore costante può condurre a depressione e ansia e interferire con tutte le normali attività. Le cause specifiche del dolore cronico devono essere trattate mediante farmaci (FANS, Oppiacei o analgesici adiuvanti) o metodi fisici (fisioterapia o terapia occupazionale), in aggiunta trattamenti psicologici e comportamentali sono di aiuto. (*CDC Guideline for Pre-scribing Opioids for Chronic Pain – United States, 2016*).

Il dolore oncologico o globale, può essere acuto o cronico. Può derivare dalla malattia o dall'esito del trattamento. Introdotto da Cecily Saunders che nel 1967 ha definito questo tipo di dolore come totale, che interessa la sfera psicofisica e sociale del paziente e che necessita di un approccio olistico ed integrato.

### 1.3 Il dolore come fenomeno multifattoriale ed esperienza multidimensionale

Se fino agli inizi degli anni sessanta, la ricerca ha esplorato solo in campo anatomico e neuro-fisiologico, fermamente convinta che il dolore fosse un'esperienza unicamente sensoriale, oggi il dolore è considerato come un'esperienza multidimensionale derivante dall'interazione di aspetti fisiologico-sensitivi, cognitivi, motivazionali, affettivi e culturali-comportamentali, nel quale le caratteristiche psicologiche individuano un gioco importante nel sostenere o generale dolore (*Zanus, 1996*).

#### 1.3.1 La dimensione sensoriale

Il dolore è descritto attraverso la sua localizzazione, l'intensità, la qualità, la durata e la modalità di insorgenza. Tali caratteristiche sensoriali possono essere raccolte mediante strumenti standardizzati. È una descrizione molto soggettiva, poiché

sono esperienze personali; tuttavia, ci sono alcune caratteristiche comuni nella localizzazione, nella qualità e nella durata della sensazione avvertita. Vi sono diverse classificazioni del dolore in base alle caratteristiche analizzate. A seconda della sede il dolore può essere:

- superficiale: dolore solitamente acuto, pungente, immediato, circoscritto, che può essere localizzato con precisione.
- profondo: dolore ben localizzato, sordo ad insorgenza graduale. Può essere crampiforme, costrittivo, lacerante, urente, gravativo e pulsante. Il più frequente è quello muscolo-scheletrico che interessa le ossa, le articolazioni e i muscoli.
- viscerale: prodotto da una distensione o contrazione abnorme della parete muscolare dei visceri cavi, improvvisa anossia della muscolatura liscia degli organi, dalla formazione e accumulo di sostanze algogene, azione diretta di stimoli chimici oppure da stati infiammatori. Si manifesta in prima fase con sensazione vaga, sorda, imprecisa ed è accompagnato da una manifestazione neurovegetativa (nausea, vomito, sudorazione, tachicardia...), successivamente il dolore viene localizzato in prossimità del viscere sofferente (*Albe-Fesard, Giamberardino, 1997*).

L'intensità identifica l'importanza e il livello del dolore, può essere valutata mediante scale verbali come la NRS, ovvero si chiede al paziente di classificare il suo livello di dolore su una scala numerica che va da 0 (nessun dolore) a 10 (massimo dolore provato). È un indice molto soggettivo, può variare da persona a persona a seconda del livello di coscienza e di altre caratteristiche individuali.

La qualità è il modo in cui il dolore viene percepito e descritto dal paziente, si può presentare al paziente un questionario contenente una serie di termini che descrivono la qualità del dolore e chiedergli di individuare le parole che meglio descrivono la sua percezione (es. questionario di Mc Gill Pain) (*Melzak, 1975*). Esistono anche due situazioni particolari di dolore: l'allodinia, che è provocata da uno stimolo innocuo che solitamente non provoca dolore, e l'iperalgisia che è l'esagerata sensazione dolorosa provocata da uno stimolo potenzialmente dannoso.

L'aspetto sensitivo del dolore è relativamente uniforme in individui diversi, mentre la tolleranza al dolore è influenzata da variabili psicologiche e da fattori situazionali e può variare notevolmente.

### 1.3.2 La dimensione emotivo-affettiva

È la dimensione che costituisce la parte sofferta dell'esperienza, si manifesta nel senso di disagio, di spiacevolezza, di sgradevolezza, fino all'ansia, alla paura o all'angoscia che possono accompagnare la sensazione dolorosa. I fattori emotivi giocano un ruolo importante nella malattia perché l'esperienza del dolore provoca insorgenza di emozioni negative e può provocare cambiamenti della personalità, ma anche perché un determinato stato emozionale può influire sulla percezione e sulla risposta al dolore. Le emozioni sono costituite da meccanismi innati, che hanno scopo di favorire la sopravvivenza, inducendo reazioni adatte alle situazioni, tuttavia esse sono combinate con le esperienze culturali e soggettive dell'individuo, ciò influenza in modo significativo lo stimolo induttore di una determinata emozione, regolano l'espressione emotiva secondo determinati canoni e standard (*Ferrel, 1993; IASP, 2002*). In seguito a degli studi svolti da Melzack e Torgerson vennero predisposte venti categorie di aggettivi che i pazienti attribuivano al dolore, con questi venne creato il questionario di McGill (Melzack, 1975). I pazienti con dolore persistente hanno spesso reazioni emotive concomitanti come ansia, paura, rabbia, tristezza o depressione, queste emozioni possono esacerbare la percezione del dolore. Emozioni positive come gioia, serenità e ottimismo possono invece diminuirla.

### 1.3.3 La dimensione cognitiva

I processi cognitivi riguardano l'apprendimento, la memoria, il linguaggio, il pensiero, l'immaginazione, il ragionamento, la capacità di valutare, di risolvere problemi, di elaborare progetti, ma anche l'autoconsapevolezza, ossia la capacità di descrivere i propri processi di pensiero. I significati ed i valori che i soggetti attribuiscono al dolore e all'evento che lo produce derivano dalle conoscenze possedute e dalle credenze personali, e influenzano sia la percezione soggettiva,

sia la risposta al dolore. Numerosi studi hanno evidenziato come esista associazione tra convinzioni personali sul dolore e grado di disfunzione fisica (Walsh, Radcliffe, 2002). Le credenze del paziente in merito alla causa del suo dolore e agli effetti del trattamento influenzeranno anche l'accettazione del trattamento e i probabili risultati. Tuttavia è possibile cambiare queste credenze grazie ad interventi di riconcettualizzazione, cioè una rielaborazione del concetto di dolore che l'operatore cerca di far compiere al paziente, il che porta ad una riduzione della disabilità. Esistono determinate persone che tendono al modello della catastrofizzazione, il termine viene utilizzato per indicare la tendenza a rimuginare, a ingigantire i problemi o a sentirsi inermi nei confronti del dolore e ad aspettarsi il peggio da ogni situazione. In soggetti come questi vi è la tendenza di focalizzare il valore minaccioso dello stimolo doloroso, esistono degli interventi volti a ridurre la catastrofizzazione, lavorando su variabili psicologiche come la self-efficacy (autoefficacia, Bandura 1997) e la percezione del controllo sul dolore. L'autoefficacia viene definita come la percezione che un soggetto ha di riuscire in una certa attività, si riferisce alla capacità della persona di far fronte a una data situazione. Essa influenza i pensieri, le motivazioni, le prestazioni, i livelli di attivazione, l'elaborazione di adeguate strategie di coping e può influenzare i risultati ottenibili. Un altro aspetto che può influire sulla percezione della risposta al dolore è il cosiddetto luogo del controllo (locus of control), definito da Rotter nel 1966, secondo il quale ciascun individuo, nell'accumulare successi e insuccessi struttura dentro di sé un determinato sistema di attese che si distinguono in due categorie, una a controllo interno e l'altra a controllo esterno. I soggetti che hanno un alto punteggio a controllo interno credono di poter controllare il loro ambiente esterno, il loro destino e attribuiscono i loro successi e insuccessi alle proprie abilità, volontà e capacità e ritengono che i problemi di salute siano dovuti a propri comportamenti sbagliati o incauti. I soggetti che presentano un alto punteggio di controllo esterno ritengono che tutte le esperienze siano dettate da fenomeni esterni e imprevedibili, quali il caso, la sorte, il destino; sono soggetti prevalentemente frustrati e molto sensibili allo stress. Il dolore quindi viene determinato da fattori affettivi e cognitivi che superano ed integrano il danno

somatico, rendendo unica l'esperienza del dolore. A questo si uniscono i fattori socio-culturali che agiscono come amplificatori o inibitori della sensazione dolorifica. Molti comportamenti vengono appresi nei primi anni di vita, mediante l'osservazione dei familiari e la loro attenzione nei confronti del dolore, infatti bambino viene notevolmente influenzato dai comportamenti dei genitori.

#### 1.3.4 La dimensione culturale-comportamentale

La risposta comportamentale del dolore è influenzata anche dall'appartenenza a una certa classe sociale e a una determinata etnia e cultura. Le differenze legate al diverso livello socio-economico e al grado di istruzione riguardano per lo più il comportamento esteriore, cioè la capacità di contenere reazioni specifiche, mentre i modelli attitudinali tendono ad essere più uniformi e comuni, a prescindere dal background specifico. Ogni cultura offre ai suoi membri uno schema ideale di atteggiamenti e di reazioni, e ogni soggetto tende a conformarsi a quello schema (*Zborowski, 1977*).

#### 1.4 L'accertamento e la misurazione del dolore

L'accertamento e misurazione del dolore sono momenti fondamentali per conoscere le caratteristiche del dolore ma anche per adottare il trattamento più opportuno e valutarne l'efficacia. L'accertamento del dolore ha la principale finalità di orientare il personale sanitario nella sistematizzazione delle informazioni raccolte e nell'identificazione dei bisogni di assistenza medica e infermieristica. L'infermiere, in particolare, inizia l'accertamento al momento della presa in carico del paziente, con l'utilizzo di strumenti unidimensionali e multidimensionali validati. Nella persona con dolore si rilevano alterazioni fisiologiche osservabili, quali: pressione arteriosa, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria e risposte metaboliche. I parametri indagati nella fase di accertamento sono: l'intensità, il tempo, la localizzazione e la qualità del dolore, correlati ai fattori allevianti o aggravanti.

Il dolore, quindi, è un sintomo ma taluni aspetti dell'esperienza dolorosa possono essere oggettivati. Per misurare l'intensità del dolore sono state elaborate, infatti, diverse tipologie di scale che possono essere raggruppate in 3 grosse categorie:

- le scale a punteggio verbale (VRS), sono scale ordinali o di categoria, cioè comprendono un certo numero di categorie prefissate, rappresentate da aggettivi ordinati in sequenza crescente (*Jaminson, 1993*). Sono scale sensibili al cambiamento e correlate con altre misure di intensità del dolore (*Jensen, Karoly, Braver, 1986*), ma scarsamente correlate con i fattori della personalità che influenza il dolore.
- Le scale a punteggio numerico (NRS), rappresentate da una serie di numeri corrispondenti a gradi crescenti di intensità del dolore. Sono facili da applicare e hanno dimostrato una buona affidabilità (*Kerus, Finn, Haythornwaite, 1988*). Tuttavia necessitano di una buona compliance da parte del paziente (*Jaminson, 1993*).
- Le scale analogico-visive (VAS) fornisce una semplice ed efficiente misura dell'intensità di dolore. Si basa su un segmento di retta orizzontale (*Huskisson, 1983*) o verticale (*Sriwatanakul et al., 1983; Melzack, Katz, 1995*). A un'estremità dello strumento vi è l'indicazione "nessun dolore" e all'altra estremità "il dolore più forte che si possa immaginare". Al paziente si chiede di tracciare un segno trasversale alla linea, sul punto che corrisponde al grado di intensità di dolore percepito in quel preciso momento. Il limite di questa scala è la limitazione in pazienti ipovedenti (*Melzak, Katz, 1995*).

Per esaminare le caratteristiche multidimensionali del dolore si può usare il McGill Pain Questionnaire. Venne sviluppato a seguito di uno studio di Melzack e Torgerson (1971). È usato per misurare il dolore nel tempo e per determinare l'efficacia di ogni intervento. È suddiviso in tre parti: nella prima parte si chiede di descrivere il dolore e di dare un valore numerico con l'Indice Per il Dolore (P.R.I., Pain Rating Index), nella seconda parte come cambia il dolore e descriverne la causa, infine, nella terza parte si descrive l'intensità del dolore.

## 1.5 Le cause ed il trattamento del dolore

L'esperienza sensoriale di dolore dipende dall'interazione tra il sistema nervoso e l'ambiente. La sensazione dolorosa è mediata da un sistema che si estende dalla periferia con i nocicettori, fino alla corteccia cerebrale, passando attraverso il corno posteriore del midollo spinale. I nocicettori sono terminazioni nervose libere che rispondono a stimoli meccanici, termici e chimici, traducendoli in potenziali d'azione che progrediscono dalla sede di stimolazione verso il midollo spinale, attraverso due diverse vie di conduzione, le fibre A che permettono una conduzione rapida e le fibre C che trasmettono l'informazione relativa ad un dolore diffuso. Da qui l'impulso doloroso viene condotto alla corteccia cerebrale. È possibile mediare queste interazioni mediante dei trattamenti, ovvero quell'insieme di interventi diagnostici e terapeutici volti a ridurre il dolore. L'obiettivo di un adeguato trattamento del dolore non è rappresentato solo dall'assenza del dolore, ma anche dal miglioramento della qualità di vita della persona (Breivick, 2013). L'approccio terapeutico prevede l'integrazione di interventi e valutazioni realizzati in multidisciplinarietà da diverse figure professionali, consentendo la definizione di un percorso personalizzato per il paziente, al fine di individuare un programma analgesico adeguato. L'OMS stabilisce la prescrizione farmacologica ad orario fisso per garantire un'equa analgesia e nei casi di dolore intenso una prescrizione al bisogno, essa ha anche stilato una piramide dell'utilizzo dei farmaci per il trattamento del dolore: analgesici non oppioidi (FANS), oppioidi deboli ed infine oppioidi forti (di tipo narcotico) (OMS, 1986). Tuttavia i farmaci analgesici non sono l'unica strategia efficace per il sollievo dal dolore, vi sono modalità fisiche (le applicazioni di caldo e di freddo, il massaggio, il tocco terapeutico, la riflessologia) e cognitivo-comportamentali (le informazioni preparatorie, la distrazione, il rilassamento muscolare, la respirazione profonda, l'immaginazione, la musica, il biofeedback) che richiedono la partecipazione attiva del malato al programma terapeutico e contribuiscono ad alleviare lo stress correlato al dolore (Crotti et al., 1996).

## SECONDA PARTE: LA MEDICINA DI GENERE

### 2. Medicina di genere: Evoluzione storica e definizioni concettuali

Il concetto di Medicina di Genere nasce dall'idea che le differenze tra uomini e donne in termini di salute non siano legate solo alla caratterizzazione biologica e alla funzionalità riproduttiva, ma anche a fattori ambientali, sociali, culturali e relazionali definiti come "genere".

Diversi studi hanno dimostrato che la fisiologia e la psicologia di uomini e donne sono diverse e questa diversità ha un impatto profondo sullo sviluppo, la diagnosi e il trattamento di una malattia e anche su come il paziente affronta quella patologia. La Medicina di genere applica questi concetti per garantire a tutti il miglior trattamento disponibile, con diversi benefici: riduce il livello di errore nella pratica medica, promuove l'adeguatezza terapeutica per entrambi i sessi e migliora le terapie personalizzate, riducendo infine i costi del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), in una prospettiva a lungo termine. L'OMS definisce il genere come risultato di criteri costruiti su parametri sociali circa il comportamento, le azioni e i ruoli attribuiti ad un sesso come elemento portante per la promozione alla salute. Parlando di medicina di genere bisogna sottolineare la differenza tra sesso e genere: il sesso si riferisce alle differenze biologiche, che sono universali e immutabili in quanto geneticamente determinate, mentre il genere si riferisce a caratteristiche psichiche, sociali e culturali, che possono condizionare le differenze biologiche e che possono essere modificate. Pertanto la Medicina di Genere si definisce come lo studio dell'influenza delle differenze biologiche (definite dal sesso) e socio-economiche e culturali (definite dal genere) sullo stato di salute e di malattia di ogni persona. L'obiettivo di questa branca della ricerca biomedica è quello di garantire e rafforzare il concetto di "centralità del paziente" e di "personalizzazione delle cure", per garantire la piena appropriatezza degli interventi, nel rispetto delle differenze di genere. (*Quaderni del Ministero della Salute, 2016*).

La medicina ha sempre avuto un'impostazione androcentrica, con interessi per la salute femminile solo nel campo della riproduzione, dagli anni Novanta in poi, invece, la medicina tradizionale ha subito una profonda evoluzione attraverso un approccio innovativo mirato a studiare l'impatto del genere e di tutte le variabili che lo caratterizzano (biologiche, ambientali, culturali e socio-economiche) sulla fisiologia, sulla fisiopatologia e sulle caratteristiche cliniche delle malattie (ONDA, 2016). L'attenzione per una medicina che consideri le differenze di genere comincia a sorgere negli anni '80 con la stipula da parte dell'ONU di convenzioni volte all'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne. Negli anni successivi l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), la Comunità Europea (CE), l'Agenzia Europea per il Farmaco (EMA), l'Agenzia Europea per la Sicurezza e Salute sul Lavoro (OSHA), il National Institute of Health (NIH) intervengono con azioni specifiche per riconoscere il genere come determinante fondamentale di salute, eliminare le disuguaglianze di genere in campo sanitario, fornire indicazioni sull'interfaccia farmaci/dispositivi medici e differenze di genere, garantire nelle sperimentazione cliniche una rappresentanza paritetica delle donne. In particolare nel 2009 l'OMS istituisce un dipartimento dedicato alla salute delle donne e attento alle differenze di genere. Nel 2011 la CE fonda l'Istituto Europeo per l'Equità di genere e con il lancio del programma "Europa 2020" pone l'attenzione all'importanza dell'uguaglianza di genere nell'ambito del progresso sociale. In parallelo vengono fondate l'Associazione Internazionale per la salute dell'uomo (IAMH) nata nel 2001 che denuncia come le disuguaglianze di salute siano causate dalla mancanza di conoscenze dell'impatto di determinanti genere-specifici sulla salute. Nel 2005 nasce la "Società Internazionale di Medicina di Genere" (IGM) che nel 2017 ha tenuto l'ottavo congresso internazionale (*Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere, 2019*).

In Italia l'interesse alla Medicina di Genere si manifesta per la prima volta nel 1998 quando viene avviato il progetto "una salute a misura di donna". Nel 2005 fu istituito il Tavolo di Lavoro "Salute delle donne e farmaci per le donne" a cui hanno partecipato l'Istituto Superiore della Sanità (ISS), l'Agenzia Italiana del farmaco (AIFA) e la Società Italiana di Farmacologia (SIF). Inoltre, sempre in questo anno

a Milano nasce l'Osservatorio Nazionale della Salute della Donna (ONDA) costituita successivamente in Fondazione. Il suo scopo è quello di promuovere una cultura della salute di genere a livello istituzionale, sanitario-assistenziale, scientifico-accademico e sociale e di garantire alle donne il diritto alla salute secondo principi di equità e pari opportunità. Inoltre dal 2007 Onda pubblica in ricorrenza biennale il Libro bianco sulla salute delle donne italiane. Dal 2017 nasce il "Centro di Riferimento per la Medicina di Genere" che svolge attività di ricerca biomedica, di formazione e di comunicazione in un'ottica di genere. Il centro di riferimento per la medicina di genere dell'ISS, con l'associazione "Centro Studi Nazionale su Salute e Medicina di Genere" nata nel 2009 e con l'associazione "Gruppo Italiano Salute e Genere" creano la Rete italiana per la Medicina di Genere con l'obiettivo di sviluppare la ricerca scientifica, di promuovere la formazione di medici ed infermieri e l'informazione alla popolazione. Nel 2013 sono state depositate alla camera dei Deputati due proposte di legge intitolate "Norme in materia di Medicina di Genere". Tuttavia non hanno ancora completato l'iter parlamentare. La proposta di legge n. 3603 del 12 febbraio 2016 "Disposizioni per favorire l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere" è stata sintetizzata come l'art. 3 "Applicazione e diffusione della Medicina di Genere nel Servizio Sanitario Nazionale" della Legge 11 gennaio 2018 "delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute". Con la legge 03/2018, per la prima volta in Italia è garantito l'inserimento del parametro "genere" nella medicina (*Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere, 2019*). A seguito di queste legge, il 28 Gennaio 2020 è stato effettuato il primo incontro con i referenti regionali per valutare l'applicazione della legge Lorenzin e il livello di partenza di ogni regione, tra queste la Toscana e la Lombardia si sono mostrate già attive.

## 2.1 discriminanti della disuguaglianza

La Medicina di Genere risponde al bisogno di una rivalutazione dell'approccio medico-scientifico in un'ottica di genere per migliorare non solo le conoscenze sui

diversi aspetti alla base delle differenze di genere, ma anche all'adeguatezza dell'intervento sulla salute. In alcune branche della medicina i risultati sono già stati comprovati da evidenze cliniche. Un rapporto dell' Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane (*Rapporto Osservasalute 2015*) ha ribadito come le donne siano più longeve rispetto agli uomini, con una media circa cinque anni di vita in più, le malattie cerebro-vascolari e ischemiche del cuore rappresentano le prime cause di morte nella popolazione femminile, le malattie cardio-vascolari hanno un esordio posticipato di circa 10-15 anni rispetto a quanto accade negli uomini, poiché gli estrogeni ovarici, prodotti nel corso della vita fertile, svolgono un'azione protettiva sull'apparato cardiovascolare. Il cancro al seno si conferma la prima causa di morte oncologica, seguito dal tumore del colon retto. Dall'analisi dei determinanti di salute emerge un maggior consumo di alcol e uso di tabacco presso la popolazione maschile. Seppur gli uomini si dichiarino più attivi fisicamente (il 27.1% pratica sport con continuità contro il 7% delle donne), la prevalenza di sovrappeso e obesità risulta maggiore presso la popolazione maschile. Per quanto riguarda l'uso di farmaci, differenze di genere sono evidenziabili nella fascia di età tra i 15 e i 64 anni, in cui le donne mostrano una prevalenza media d'uso dei medicinali superiore a quella degli uomini, con una differenza assoluta del 10% (*Rapporto Osmed 2015*). Le evidenze empiriche hanno dimostrato come le donne siano più propense a consultare i medici, subiscano più operazioni ed accertamenti diagnostici, siano più ospedalizzate e più probabilmente assumano farmaci e psicofarmaci (*Rapporto della Commissione Europea sullo stato di salute della popolazione nei Paesi Membri, 2007*). Tali comportamenti sembrano legati a tre fattori:

- la longevità femminile che spesso comporta problemi psicofisici: le donne vivono più a lungo degli uomini e sono per questo motivo maggiormente e differenzialmente colpite dalla malattia.
- La specificità di genere della malattia: le donne sono più soggette a malattie inabilitanti.

- I fattori culturali e le regole morali che costruiscono le identità e le aspettative sociali di genere definendone il valore di paternità, maternità e vita familiare (Facchini, Rubini 2002).

Le ricerche dimostrano come le donne facciano uso dei servizi sanitari in misura maggiore rispetto agli uomini anche perché il loro rapporto con le strutture sanitarie è legato ad una funzione di intermediazione tra le esigenze dei famigliari e il sistema sanitario. Negli ultimi anni, principalmente per queste motivazioni, le differenze esistenti tra uomini e donne hanno incominciato a ricevere maggiori attenzioni nella programmazione dei servizi pubblici, soprattutto nell'ambito sanitario (ISTAT, 2007).

L'utilità della distinzione tra sesso e genere, pratica comune nelle scienze sociali, ha iniziato a farsi strada nel linguaggio della prevenzione, dell'eziologia e della causalità nell'ambito dell'assistenza sanitaria. I sociologi descrivono il sesso come la biologia relativamente immutabile dell'essere maschio o femmina, mentre il genere si riferisce ai ruoli e alle aspettative attribuite a uomini e donne in una data società, ruoli che cambiano nel tempo, luogo e fase della vita. Il genere è un costrutto sociale, piuttosto che biologico, e varia con i ruoli, le norme e i valori di una data società o epoca. Ad esempio, la possibilità di avere un figlio è, fondamentalmente, una funzione della biologia, mentre le aspettative sull'imperativo di avere figli, la natura della genitorialità o lo status associato all'essere madre sono più strettamente legati ai ruoli e alle aspettative di genere (Phillips S., 2005).

## 2.2 Inquadramento generale sulle differenze di genere

Le differenze in farmacologia sono molto legate alle differenze biologiche tra uomo e donna: variazioni ormonali, peso, composizione corporea, acidità gastrica, filtrazione glomerulare sono tutti fattori che influenzano l'assorbimento, la distribuzione, il metabolismo e l'eliminazione dei farmaci. Esistono differenze farmacocinetiche che sono legate alla dimensione e composizione corporea mentre quelle farmacodinamiche sono dovute alla produzione di ormoni e al

metabolismo (*Quotidiano Sanità*, 29/05/2019). Per esempio, è noto da molti anni, che le donne hanno un metabolismo dell'etanolo diverso rispetto a quello dell'uomo perché uno degli enzimi coinvolti nel metabolismo dell'etanolo, l'alcol deidrogenasi gastrica, è meno rappresentato nel sesso femminile rispetto a quello maschile e ciò aumenta la biodisponibilità dell'etanolo. Mentre è meno noto che la maggior differenza è presente nell'età giovanile per poi diminuire. Il precedente esempio sottolinea che le differenze di genere non si limitano ai farmaci ma si estendono a molti xenobiotici, come inquinanti ambientali, metalli pesanti, fumo da tabacco e a molte altre sostanze di abuso, i rimedi botanici, i supplementi alimentari, ecc. Quindi la diversità della risposta ad agenti esterni è più vasta di quella pensata fino a pochi anni fa e questo può avere importanti conseguenze sulle interazioni farmaco-farmaco o farmaco-cibo (*Franconi F., 2011*). Le donne sono le principali utilizzatrici di farmaci ma sono a loro volta esposte al rischio di reazione avverse per l'1.7% in più degli uomini. Esse consumano più farmaci ma godono di minori garanzie in termini di efficacia, tollerabilità e sicurezza rispetto agli uomini (*ONDA, 2017*) la causa è data dal bias di genere, ovvero un'esclusione negli studi randomizzati delle donne basato sulla cecità di genere ovvero considerare uguali uomo e donna, fattori di tipo etico per il possibile stato di gravidanza della persona, fattori di tipo economico poiché la ricerca di genere risulta più costosa ed infine fattori socio-culturali. Come afferma il direttore generale dell'AIFA, Luca Pani, in un messaggio inviato il 10 ottobre 2013, in occasione della III Conferenza Nazionale sulla Medicina di genere a Padova: <<rispetto al passato, le attuali conoscenze scientifiche ci hanno permesso di individuare, tra uomini e donne, differenze nelle caratteristiche genetiche, anatomiche, fisiologiche, fisiologiche, ormonali, nonché nelle abitudini, stili di vita, sport, alimentazione, fattori sociali e diritti culturali. Nel 2012 i dati di farmacovigilanza dell'AIFA, inoltre, certificano che la maggior parte delle reazioni avverse nelle donne sono causate da overdose o polifarmacia, eventi legati ad un dosaggio del farmaco definito da un modello maschile di 70 kg. Quindi, queste differenze giustificano l'importanza di incoraggiare lo sviluppo della cosiddetta medicina di genere>>. Ha aggiunto: <<ricercatori e medici hanno finalmente

iniziato a prendere in considerazione ciò che gli anglosassoni chiamano "gender bias". Le pubblicazioni orientate al genere sono in forte crescita, così come le attività e le linee guida specifiche a livello internazionale preferite dalla FDA e dall'EMA>>. Per quanto riguarda le patologie cardiovascolari, le donne sono scarsamente incluse negli studi clinici, inoltre, non è chiara la comprensione dei meccanismi fisiopatologici delle patologie cardiovascolari nella donna che può ad esempio presentare segni e sintomi dell'infarto differenti. Le donne sviluppano patologie cardiovascolari 10-20 anni dopo gli uomini, ma, se presenti in giovane età, queste malattie hanno un decorso clinico più maligno nelle donne. Il diabete e l'ipertensione hanno un ruolo relativamente maggiore come fattori di rischio nelle donne rispetto agli uomini, e anche le manifestazioni cliniche dell'insufficienza cardiaca e le risposte al trattamento differiscono a seconda del sesso. (*Regitz-Zagrosek, 2006*). La FDA WHO ha studiato, negli animali e nei modelli umani, i meccanismi alla base delle differenze di genere. Questi studi hanno dimostrato che accorciare l'intervallo QT, può aumentare il rischio di Tachicardia Ventricolare Polimorfa (PVT), e che gli androgeni hanno un effetto protettivo, rallentando la ripolarizzazione cardiaca e prolungando l'intervallo QT. Le donne sembrano essere più vulnerabili alla sindrome del QT lungo e alla PVT iatrogeno perché la ripolarizzazione cardiaca dopo la pubertà è più lunga nelle donne che negli uomini e che un certo numero di farmaci, come antiaritmici, antistaminici, antipsicotici e antinfettivi, possono causare aritmia. (*Ebert, 1998*). Il cervello è diverso sia strutturalmente che funzionalmente nei maschi e nelle femmine. Vi sono regioni cerebrali dimorfiche nei due sessi, tali differenze strutturali spiegano la migliore integrazione tra percezione ed azione coordinata nei maschi e tra elaborazione logica e pensiero intuitivo nelle donne. Inoltre è stato dimostrato che gli uomini possiedono un numero maggiore di neuroni, mentre le donne hanno un numero più elevato di connessioni tra un emisfero cerebrale e l'altro. Queste differenze strutturali, insieme a fattori genetici, ormonali, immunologici sono tra i fattori di rischio per specifiche condizioni morbose. L'osteoporosi è percepita come una malattia caratteristica del sesso femminile, in realtà gli studi epidemiologici in Europa dimostra che una buona percentuale di uomini tra i 50 e i 90 anni presenta

osteoporosi (Nancy E; 2006). Recentemente sono stati proposti studi che evidenziano differenze di genere in ambito respiratorio già nel periodo embrionale. Alcune patologie che prima costituivano un “primato maschile” (es. BPCO) sono state riconosciute come patologie di genere per quanto riguarda manifestazioni cliniche, presenza di comorbidità e aspetti funzionali e radiologici. Questo può essere dovuto anche all’aumento dell’incidenza di donne fumatrici. Le malattie autoimmuni hanno una predominanza femminile; l’uomo contrae infezioni batteriche e virali perché ha un sistema immunitario meno potente della donna, ma questo aspetto lo porta ad avere meno malattie autoimmuni della donna. In compenso, se l’uomo si ammala, ha una prognosi peggiore. Un’importante differenza di genere è data dalle infezioni virali. Un esempio paradigmatico è rappresentato dal virus HIV. Nell’infezione da HIV le differenze di genere possono influenzare il rischio di infezione, la progressione della malattia e la risposta alla terapia antiretrovirale. Infatti, le donne sono più suscettibili all’infezione che è favorita sicuramente anche dagli aspetti anatomici, biologici e sociali. In campo oncologico sono state descritte molte differenze di genere, tuttavia le donne sono ancora poco rappresentate nelle sperimentazioni cliniche. L’efficacia dei chemioterapici è diversa e la differenza delle caratteristiche cliniche delle neoplasie è talora osservata. La mortalità del cancro al polmone è aumentata del 500 per cento nella donna dagli anni '50 e la donna sviluppa il cancro del polmone 2.5 volte in più dell’uomo, anche se non fumatrice (*Piano per l’applicazione e la diffusione della medicina di genere, Ministero della Salute, 06/05/2019*).

### 2.3 Gli stereotipi culturali

All’interno del settore sanitario è diffuso lo stereotipo che l’assistenza sia puramente femminile, mentre la cura medica maschile. Sicuramente è una visione dovuta anche al concetto radicato che la donna si occupa della cura e dell’assistenza della famiglia, poiché richiama l’idea di madre e moglie (*Antonietti, 2015*). I tratti di personalità, le preferenze e i valori sia dei pazienti che dei professionisti sanitari entrano in gioco nel dialogo e, per quanto gli operatori sanitari si impegnino nel cercare di essere pienamente oggettivi, sono tutti

influenzati dai propri stessi pregiudizi o presupposti. È il modo in cui vengono gestite queste influenze che determina il modo in cui formiamo (*Andreea L. Seritan, 2008*). L'apprezzamento e la considerazione delle normali risposte umane nella cura del paziente è la chiave per evitare giudizi sbagliati, errori e lesioni ai pazienti e a noi stessi. Questo diventa ancora più importante in quanto l'escalation delle pressioni economiche riduce la quantità di tempo che si deve passare con i nostri pazienti. Le donne sono generalmente riconosciute come aventi più alti tassi di utilizzo dei servizi di assistenza medica (*Bertakis KD; 2000*), inoltre si pensa che esse soffrano di sintomi emotivi piuttosto che fisici, e in ultima analisi, che la segnalazione dei sintomi da parte della paziente donna sia inaffidabile, tali caratteristiche sono spesso erroneamente attribuite a tutte le donne e sono una parte importante dei pregiudizi di genere che possono influenzare una diagnosi. Le differenze di genere possono avere un'influenza significativa sulle presentazioni dei pazienti e sulla risposta del medico. Mentre le donne tendono a segnalare una maggiore quantità di dolore rispetto agli uomini, i medici sono più propensi a riconoscere il dolore grave nelle donne che negli uomini (*Bertakis KD, 2004*). Un recente studio sulla popolazione generale ha studiato il decorso dei sintomi del dolore inspiegabili dal punto di vista medico in un intervallo di 12 anni. Le donne avevano il doppio delle probabilità di avere sintomi dolorosi persistenti come gli uomini. L'unico altro fattore predittivo significativo di sintomi dolorosi inspiegabili dal punto di vista medico era la depressione, che ha triplicato la probabilità di disturbi dolorosi (*Andreea L. Seritan, 2008*). Riconoscere le differenze tra uomini e donne nelle segnalazioni di dolore e nei disturbi psichiatrici può, isolatamente, portare il clinico verso un pregiudizio di genere e una posizione di rinuncia alla responsabilità di diagnosticare e trattare i sintomi in modo efficace.

## TERZA PARTE: IL DOLORE NELLA PROSPETTIVA DI GENERE

### 3. Le radici del dolore nella prospettiva di genere: quali le differenze?

Uomini e donne sono diversi, non solo per peso e dimensioni del corpo, ma anche per una serie di variabili: la più nota è legata ai cambiamenti ormonali, ma ci sono molti altri fattori. Le donne, piuttosto che gli uomini, hanno una massa grassa più elevata, un diverso metabolismo e una diversa acidità gastrica. Anche la produzione di enzimi nel fegato e nei tempi di transito gastro-intestinale sono diversi. Questo insieme di variabili può influenzare significativamente i processi di assorbimento, distribuzione ed eliminazione di un farmaco, in altre parole la sua farmacocinetica. Nel 2009 Robert Sorge presso la McGill University del Montreal, Canada, studiò in che modo gli animali sviluppavano un'estrema sensibilità al tatto. Esso stimolava le zampe dei topi con dei peli sottili. I maschi ritraevano le zampe anche per quelli più fini, come affermava la letteratura, le femmine invece rimanevano insensibili alle stimolazioni di Sorge. Sorge insieme a Jeffrey Mogil (noto studioso del dolore), proseguirono le ricerche fino a determinare le differenze di ipersensibilità del dolore tra topi maschi e femmine. Questa differenza è dovuta alla microglia che nei maschi sembra avere un ruolo preminente nel dolore, mentre non in quello delle femmine, le quali usano i linfociti T come risposta al dolore. Inoltre i ricercatori hanno attribuito a lungo le differenze di sesso nella percezione del dolore agli estrogeni, ormoni che controllano lo sviluppo dell'utero, delle ovaie e del seno. Gli estrogeni possono offuscare il dolore a seconda della loro posizione e concentrazione, essi sono presenti in tutte le cellule del corpo umano, in concentrazioni diverse. Ogni cellula ha quindi dei recettori degli estrogeni i quali si attivano mediante meccanismi regolativi differenti in base ai diversi tessuti su cui sono localizzati, tra questi anche il tessuto nervoso. Oggi i ricercatori, ispirati dalla scoperta di Sorge e Mogil stanno aumentando la ricerca in questo campo, in modo da ricavare i risultati che coprano una buona parte della popolazione (*rivista Nature*, 27/03/2019). Il dolore cronico tormenta

circa 13 milioni di italiani di cui la maggior parte (circa il 56%) sono donne (IASP, 2012). Gli stimoli nocicettivi vengono percepiti ed integrati in modo diverso nei due sessi e il dolore cronico affligge in percentuale significativamente più elevata il sesso femminile, eppure risulta che le donne hanno una probabilità più bassa di ricevere le cure più adeguate. Le motivazioni per le quali persistono alcune barriere al trattamento analgesico nella popolazione femminile riconoscono forti radici psico-sociali, che possono identificarsi nei differenti ruoli di genere o nelle strategie di sopportazione del dolore, ma anche in una carenza nella conoscenza e comprensione di quelle differenze biologiche tra maschi e femmine che influenzano le modalità di azione del dolore. (Corcione, 2015). Il dolore cronico, che rappresenta un importante problema sanitario, comporta gravi conseguenze invalidanti di tipo fisico, psico-emozionale e socio-relazionale. Le donne presentano peraltro una maggior sensibilità al dolore sul piano sensitivo ed emotivo. Molte delle patologie responsabili di dolore cronico tendono inoltre ad avere incidenza maggiore nella popolazione femminile. Oltre ad una maggiore prevalenza di singole condizioni dolorose croniche, le donne presentano, molto più frequentemente degli uomini, multiple condizioni dolorose concomitanti. La maggiore suscettibilità al dolore si manifesta su entrambi i piani, sensitivo ed emotivo. Per quanto attiene al primo aspetto, giocano un ruolo fondamentale le differenze anatomiche, ormonali e fisiologiche, che rendono ragione di una maggiore possibilità di sviluppare patologie che provocano dolore e di una più bassa soglia di percezione del dolore rispetto all'uomo. Deve poi considerarsi la dimensione emotiva. La donna ha, infatti, un rapporto molto più stretto ed intimo con il dolore, poiché è spesso chiamata ad occuparsi e a farsi carico della sofferenza altrui, diventando così particolarmente empatica e sensibile al fenomeno. Inoltre, dolore cronico e depressione sono manifestazioni strettamente correlate, che presentano interazione bidirezionale: la sofferenza provocata dal dolore è causa di depressione, così come la depressione concorre a peggiorare le condizioni di dolore, amplificando le sensazioni fisiche, abbassando la soglia di percezione, aggravando il vissuto di sofferenza sul piano esistenziale. Questo legame così stretto tra depressione e dolore trova ragione nei meccanismi

neurochimici di insorgenza di entrambi, che evidenziano una stretta correlazione tra i mediatori dell'umore e quelli del dolore. La depressione infatti colpisce le donne 2 volte in più degli uomini, con un numero maggiore di sintomi e di durata degli episodi (*ONDA, 2017*).

### 3.1 Le differenze nel ricordo del dolore

Lo stress indotto da un dolore influisce sulla percezione del dolore successivo, ma solo nei maschi. È una scoperta fatta da un gruppo di ricercatori della McGill University a Montreal. Durante lo studio condotto sui topi, è stata osservata una differenza nei livelli di stress tra topi maschi e topi femmina, che li ha spinti a controllare se lo stesso fenomeno si manifestava anche tra gli esseri umani. Durante un esperimento condotto sia su topi che su persone di entrambi i sessi, è emerso che i maschi valutavano il dolore con una maggiore sensibilità rispetto alle donne. Un gruppo di ricercatori del Centro di Riferimento per la Medicina di Genere dell'ISS ha pubblicato sulla rivista *Cell Death and Disease* un articolo nel quale viene dimostrato come esistano delle componenti molecolari alla base della diversa risposta maschile e femminile allo stress, capaci di attivare i processi di apoptosi (morte cellulare) nel caso dei maschi o di indurre meccanismi protettivi (autofagia) nel caso delle femmine (*Matarrese P., 2019*). Questo risultato può risultare importante per lo studio del dolore cronico, una volta compresi gli specifici meccanismi di ricordo del dolore (*Loren J martin, 2019*).

### 3.2 Le differenze nel trattamento del dolore

Sono necessarie dosi più elevate di morfina per aiutare gli uomini a sopportare il dolore, afferma Anne Murphy, neuroscienziata della Georgia State University di Atlanta. Sia gli uomini sia i roditori maschio solitamente richiedono dosi più elevate di morfina per ottenere lo stesso sollievo dal dolore delle donne e dei roditori femmina. Ciò significa che le donne sono più sensibili degli uomini alla morfina. Questo potrebbe essere spiegato considerando il fatto che le donne hanno clearance epatica minore. In effetti, il metabolismo degli oppiacei a livello epatico è diverso nell'uomo e nella donna, e queste differenze dipendono dalla presenza in

circolo di ormoni sessuali. Esiste quindi un farmaco già sul mercato che gli scienziati hanno ragione di pensare che funzioni in modo diverso tra i sessi. Le differenze nella risposta alla terapia analgesica sono state documentate per due classi di agenti analgesici molto importanti: gli antinfiammatori non steroidei e gli oppioidi. I farmaci antinfiammatori non steroidei sono ampiamente utilizzati per trattare problemi di dolore acuto e cronico. Per esempio lo studio dell'effetto dell'ibuprofene, un importante antinfiammatorio non steroideo ampiamente usato per la sua capacità di ridurre il dolore, anche sperimentale, ha dimostrato che l'effetto analgesico era presente in soggetti sani maschi, ma non in femmine. La concentrazione plasmatica era simile nei due sessi e quindi la differenza di genere non poteva essere attribuita ad un'inadeguata dose di ibuprofene e neanche ai livelli iniziali di dolore, dal momento che l'analgesia era misurata proprio come variazione dalla baseline. Questo è da tenere presente dal momento che molte condizioni dolorose, per cui i farmaci antinfiammatori non steroidei sono usati, si riscontrano prevalentemente nelle donne. Per quanto riguarda, invece, gli analgesici oppioidi, in soggetti sani gli effetti analgesici della morfina mostravano maggiore efficacia nella donna, un inizio più lento e termine degli effetti più lento, soglia e tolleranza al dolore confrontabile fra i due sessi, nessuna differenza nella concentrazione plasmatica di morfina o dei suoi metaboliti. Molte sperimentazioni sui farmaci di solito includono uomini e donne, ma i numeri dei soggetti coinvolti spesso non sono abbastanza alti da individuare le differenze. C'è una reale possibilità che farmaci antidolorifici che in passato hanno fallito le sperimentazioni cliniche potrebbero aver avuto successo se fossero stati testati separatamente in base al sesso, dice Price. Nelle prime sperimentazioni cliniche, la sicurezza è l'obiettivo, quindi le aziende spesso escludono le donne che potrebbero rimanere incinte. Di conseguenza, i farmaci sono testati soprattutto su uomini e su donne già in menopausa. Le risposte al dolore sembrano cambiare anche durante la vita, all'incirca nel momento in cui i livelli ormonali aumentano o diminuiscono. Gli studi che guardano solo al sesso biologico hanno scoperto che durante la pubertà le percentuali di disturbi del dolore aumentano più nelle ragazze che nei ragazzi. E via via che le persone invecchiano, e alcune entrano in menopausa, i livelli

ormonali cambiano di nuovo e le differenze di sesso nei tassi di dolore cronico cominciano a scomparire. Anche la gravidanza modifica le risposte al dolore, il gruppo di Mogil ha riferito nel 2017 che, all'inizio della gravidanza, i topi passano da un meccanismo di sensibilizzazione al dolore tipicamente femminile, indipendente dalla microglia, a uno più associato ai maschi, che coinvolge la microglia. Alla fine della gravidanza, le femmine non sembrano provare dolore cronico.

### 3.3 Approccio terapeutico nella prospettiva della medicina di genere

L'approccio clinico che caratterizza la medicina di genere è, non solo interdisciplinare e trasversale, ma soprattutto pluridimensionale. È necessario esplorare il vissuto del paziente al fine di cogliere gli aspetti che caratterizzano e definiscono il genere. La centralità del paziente, l'acquisizione di consapevolezza nella partecipazione alla costruzione del percorso assistenziale, e la tutela della relazione di cura, rappresentano ormai un modello clinico assistenziale di riferimento, rispondente all'evoluzione sociale e culturale. È divenuta fondamentale anche la valutazione di efficacia di interventi mediante modelli innovativi che riguardano l'approccio clinico, gli indicatori di esito condivisi con i pazienti, l'utilizzo di strumenti digitali per la conoscenza e l'integrazione del vissuto del paziente con i dati clinici offrono la possibilità di contribuire allo sviluppo di sistemi sanitari più efficaci ed efficienti. L'utilizzo di indicatori che tengano conto delle differenze di genere e sesso potrebbe consentire di raccogliere dati utili per capire come questi possano essere in relazione con altri fattori significativi per promuovere lo sviluppo di una medicina di precisione e personalizzata (*Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere, Ministero della Salute, 06/05/2019*).

### 3.4 Approccio assistenziale nella prospettiva dell'infermieristica di genere

Sul versante infermieristico, una differenza di genere, troppo spesso sottovalutata, riguarda la modalità di comunicazione e, più in generale, il rapporto infermiere-paziente. Le parole, come i farmaci, possono indurre reazioni molto diverse in

rapporto alle caratteristiche di chi ascolta. Tra i fattori che influenzano il risultato dell'interazione infermiere-paziente, la differenza di genere riveste un ruolo fondamentale. In uno scenario assistenziale perfetto non si può realisticamente prospettare che il rapporto infermiere-paziente possa avvenire con modalità del tutto analoghe, indipendentemente dal fatto che il paziente sia un uomo o una donna. Sensibilità, paure, pregiudizi e modalità di reazione hanno un forte condizionamento di genere. Tempi, reazioni, quesiti, dubbi, fobie e ogni altra reazione documentabile nel contesto di un colloquio sono molto diverse in rapporto al genere, di chi parla e di chi ascolta. Secondo uno studio pubblicato nel 2002 dall'associazione americana dei medici, i professionisti della salute di sesso femminile sono più predisposte alla comunicazione con i pazienti e eseguono visite più lunghe rispetto ai colleghi di sesso maschile (*Debra L., et al., 2002*). Per quanto riguarda l'assistenza infermieristica, il contatto fisico è un aspetto fondamentale in quanto completa la comunicazione e la relazione di aiuto con il paziente (*McDonald et al., 2001; Draper, 2014*). Tuttavia non sono ancora disponibili studi che dimostrino ed analizzano le differenze di approccio infermieristico del personale maschile rispetto a quello femminile.

Il codice deontologico dell'Infermiere 2019, **Art. 3 – Rispetto e non discriminazione** cita:

“L'Infermiere cura e si prende cura della persona assistita, nel rispetto della dignità, della libertà, dell'eguaglianza, delle sue scelte di vita e concezione di salute e benessere, senza alcuna distinzione sociale, di genere, di orientamento della sessualità, etnica, religiosa e culturale. Si astiene da ogni forma di discriminazione e colpevolizzazione nei confronti di tutti coloro che incontra nel suo operare.”

Il genere viene inserito come un discriminante della salute e della cura, per questo è necessaria un'assistenza adeguata. L'infermiere deve quindi assicurarsi di creare le condizioni affinché vi siano le stesse opportunità per ciascuno di raggiungere il massimo potenziale di salute, attraverso l'eliminazione o la riduzione delle differenze derivanti da fattori considerati evitabili e ingiusti.

L'obiettivo deve essere quello di rendere centrale un approccio di genere, valorizzando una medicina attenta alle problematiche bio-culturali, di offrire una formazione ed informazione equa e corretta sulle problematiche di salute e di genere, di definire percorsi preventivi e assistenziali nell'ottica dell'educazione alla salute di genere.

## CAPITOLO 2: MATERIALI E METODI

### 2.1 Obiettivi dell'elaborato di tesi

La letteratura degli ultimi anni ha messo in evidenza la presenza di differenze di genere che devono essere prese in considerazione per rispondere ai bisogni di salute delle persone assistite. È fondamentale, pertanto, approfondire la tematica al fine di un continuo miglioramento della qualità delle cure erogate.

L'obiettivo di questo elaborato di tesi è quello di:

1. Indagare, attraverso la revisione della letteratura le differenze di genere documentate nell'ambito della ricerca relativa alla Medicina di Genere
2. Analizzare l'esperienza del dolore nella prospettiva di genere: quali differenze sono documentate fra uomini e donne nel modo di percepire il dolore? Quanto sono differenti le risposte fisiche e/o psicologiche al dolore e al suo trattamento fra persone di genere diverso?
3. Esplorare se medici, infermieri e fisioterapisti che si occupano della cura delle persone con dolore acuto o cronico hanno idee o vissuti differenti rispetto all'assistenza erogata e/o alle risposte alle cure rilevate da parte delle persone assistite.

### 2.2 Revisione della letteratura

La revisione della letteratura è avvenuta tramite la consultazione di libri di testo e di articoli scientifici. Le principali banche dati consultate sono state Pubmed,

Cochrane Library e Cinhal. Le principali parole chiave utilizzate sono state: Pain, Gender, Communication, Gender Medicine, Sex Difference.

Le stringhe di ricerca prevalentemente utilizzate sono state: Sex difference AND Pain – Gender Medicine AND Pain – Sex Difference AND communication

Sono stati selezionati diciotto studi complessivi. Utile è stato, inoltre, la consultazione del Portale di Onda, l'osservatorio nazionale sulla salute della donna e di genere, costituito a Milano nel 2005 per volere di alcuni professionisti già impegnati a vario titolo in attività inerenti la salute femminile. L'Osservatorio ha raccolto nel tempo l'adesione di diverse personalità di spicco del mondo medico-scientifico ed accademico, che offrono a tutt'oggi il loro contributo professionale. Onda si propone come modello innovativo di attenzione alla salute femminile, declinando il proprio impegno nelle diverse fasi che caratterizzano la vita della donna, in tutte le fasce di età. L'obiettivo di Onda è promuovere una cultura della salute di genere a livello istituzionale, sanitario-assistenziale, scientifico-accademico e sociale per garantire alle donne il diritto alla salute secondo principi di equità e pari opportunità.

### 2.3 Progettazione ricerca sul campo

#### **Obiettivo dell'indagine:**

Per raccogliere dati utili all'elaborato della tesi è stato progettato un'indagine di tipo descrittivo finalizzata a:

- Indagare la conoscenza dei professionisti sanitari riguardo l'esistenza della medicina di genere.
- Indagare la percezione dei professionisti sanitari riguardo differenze di genere nella presa in carico e terapia delle persone con dolore acuto e/o cronico, con particolare riferimento a:
  - Differenze fra persone assistite di genere differente:
    - Nella manifestazione e descrizione del dolore

- Nelle risposte alle terapie attuate
- Differenze fra operatori di genere differente:
  - Nella comunicazione con le persone assistite di genere diverso
  - Nell'erogazione degli interventi terapeutici;
- Indagare la presenza di "stereotipi di genere" negli atteggiamenti o comportamenti dei professionisti nei confronti di pazienti con genere diverso o uguale al proprio.

L'obiettivo finale è quello di indagare cosa pensano gli infermieri, i medici e i fisioterapisti selezionati rispetto alle differenze di genere (nell'assistenza ai pazienti con dolore acuto e/o cronico) partendo dall'analisi della loro esperienza e valutare se ritengono possa impattare sulla qualità delle cure erogate.

### 2.3.1 Selezione della popolazione da indagare e metodo di campionamento

Il campione d'indagine è rappresentato da 23 medici, 74 infermieri e 10 fisioterapisti dipendenti dell'Asst Franciacorta che operano in contesti ove è frequente l'incontro con persone con sintomatologia dolorosa correlata a patologie acute o croniche, con particolare riferimento alle seguenti U.U.O.O./servizi dell'ASST Franciacorta:

- Ambulatorio di terapia antalgica P.O. di Chiari
- U.O. Medicina Generale e Specialistica (Neurologia e Cardiologia)
- U.O. Chirurgia Generale e Specialistica (Ortopedia e Urologia)
- Ambulatorio di ortopedia Onde d'urto
- Recupero e riabilitazione funzionale (Fisioterapia)
- U.O. Sub-acuti P.O. di Orzinuovi
- ADI sez. di Chiari

La popolazione dello studio è composta da 107 individui, di cui 43 maschi e 64 femmine. La partecipazione allo studio è avvenuta su base volontaria e nel rispetto della normativa vigente sulla tutela e riservatezza dei dati.

Per la raccolta dati si è reso preventivamente necessario:

- Chiedere l'autorizzazione alle Direzioni di competenza.
- Prendere contatti con i Coordinatori Inf.ci / Responsabili delle diverse UU.OO/Servizi coinvolti.
- Fornire informazioni riguardo l'obiettivo dell'elaborato della tesi.

La distribuzione dei questionari è avvenuta nel periodo compreso tra il 19 settembre 2019 e il 25 ottobre 2019.

### 2.3.2 Strumenti di raccolta dati

Per la raccolta dei dati si è reso necessario costruire uno strumento ad hoc. Come punto di partenza iniziale per la creazione del questionario è stato utilizzato il "Nijmegen Gender Awareness in Medicine Scale; NGAMS" già presente in letteratura, tuttavia visto il mio scopo finale è stato necessario modificarlo, rimuovendo ed integrando diversi items.

Lo strumento utilizzato è un questionario costituito da una breve presentazione iniziale dello studio, all'interno della quale sono stati inseriti gli obiettivi di esso, il tempo approssimativo richiesto per la sua compilazione ed infine la garanzia di anonimato e riservatezza riguardo i dati raccolti in conformità alle leggi vigenti sulla privacy e al Regolamento generale per la protezione dei dati personali n. 2016/679 (General Data Protection Regulation o GDPR).

Il questionario è costituito da 3 parti: (Vedi **ALLEGATO A**)

- Prima parte: composta da quattro domande a risposta chiusa, volte ad indagare in particolare:
  - a. Genere
  - b. Anni di esperienza lavorativa
  - c. Professione
  - d. UU/OO di servizio
- Seconda parte: composta da otto domande chiuse, le prime tre che indagano la conoscenza dell'argomento nell'intervistato, sulla base di un questionario proposto da Gunilla Risberg, Eva E Johansson, Göran

Westman & Katarina Hamberg in un articolo scientifico pubblicato sull'*International Journal for Equity in Health* volume 2, 2003. Le domande n. 4-5-6 e 7 indagano l'opinione personale del professionista riguardo la conoscenza della medicina di genere ed infine la domanda 8 è formata da items con stereotipi di genere. Ad ogni frase segue una risposta che va da 1 (totalmente disaccordo) a 5 (totalmente d'accordo). Questa parte di questionario è stata realizzata sulla guida del "Nijmegen Gender Awareness in Medicine Scale; NGAMS", questionario che rileva la consapevolezza di genere in ambito medico. La N-GAMS è costituita da tre sottoscale. La Gender Sensitivity (GS) rileva la capacità del medico di percepire differenze di genere, diritti e ineguaglianze nel sistema di cura. La Gender Role Ideology Toward Patient (GRIP) e la Gender Role Ideology Toward Doctors (GRID) misurano, rispettivamente, gli stereotipi su come i/le pazienti affrontano salute e malattia e comunicano con i medici; gli stereotipi che riguardano il genere dei medici. In questo caso sono stati selezionati solo alcuni stereotipi che più si adattavano alla tematica.

- Terza parte formata da 5 domande a risposta chiusa, le prime due domande sono basate sull'esperienza dei professionisti sanitari sulla differenza tra uomini e donne nella risposta ad una malattia e all'assunzione di farmaci. Infine le ultime tre indagano se vi sono differenze sul rapporto tra colleghi dello stesso genere rispetto all'opposto.

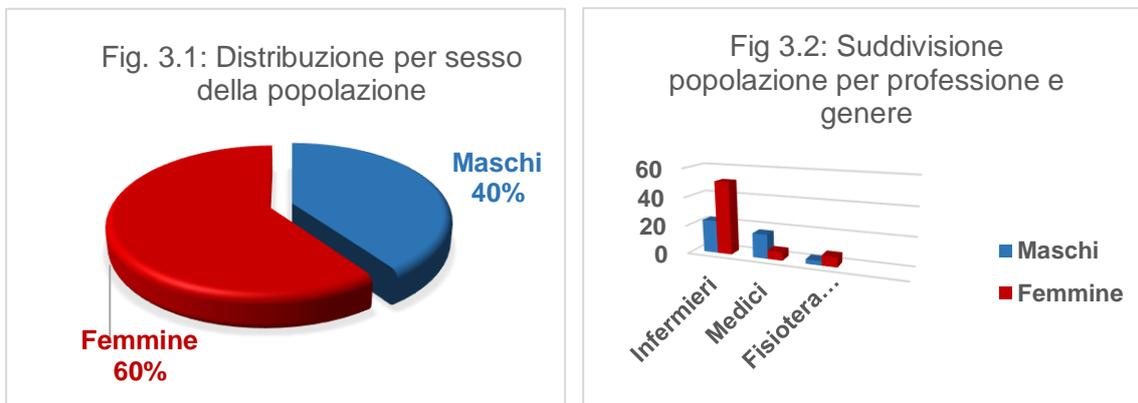
La metodologia di raccolta dati è avvenuta in un tempo limitato (circa 5 settimane).

### 2.3.3 Analisi dei dati

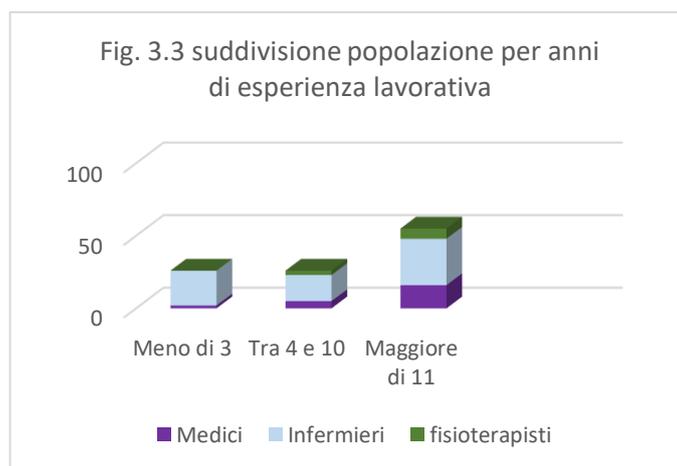
L'analisi dei dati è stata effettuata attraverso il calcolo di misure di tendenza centrale (media, mediana, moda) e la rappresentazione grafica attraverso Excel.

## CAPITOLO 3: RISULTATI

### 3.1 Prima parte: dati generali sulla popolazione studiata



Il tasso di risposta dello studio è stato del 70.9% pari a 107 questionari compilati considerati validi su 151 questionari consegnati, per il 40.2% (43) da maschi e per il 59.8% (64) da donne. (figura 3.1) La popolazione è composta da 23 medici (17 maschi e 6 femmine), 74 infermieri (23 maschi e 51 femmine) e 10 fisioterapisti (3 maschi e 7 femmine) suddivisi in base al genere secondo il grafico in figura 3.2.



Il 24.3% dei partecipanti allo studio ha meno di 3 anni di esperienza lavorativa, un altro 24.3% dei partecipanti ha tra i 4 e i 10 anni di attività lavorativa e il restante 51.4% ha un'esperienza lavorativa superiore agli 11 anni. (Tab 1, Fig. 3.3)

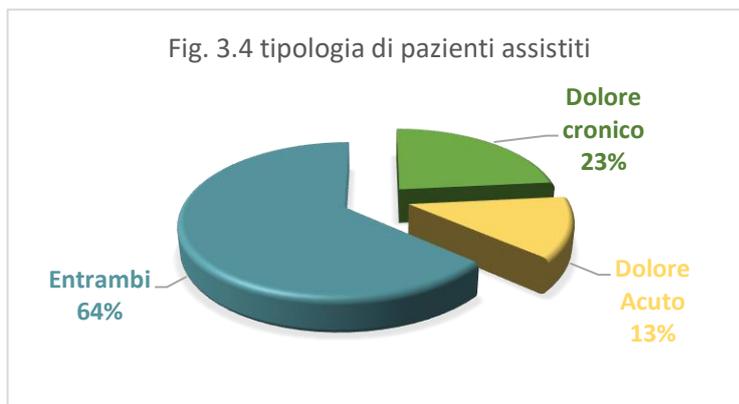
**Tabella 1. Suddivisione della popolazione per anni di esperienza**

ANNI DI ESPERIENZA	<3		4-10		>11	
	6	18	9	9	8	24
N. INFERMIERI	6	18	9	9	8	24
N. MEDICI	0	2	2	3	15	1
N. FISIOTERAPISTI	0	0	1	2	2	5
TOT PER SESSO	6 maschi	20 femm.	12 maschi	14 femm.	25 maschi	30 femm.
TOT.	26		26		55	

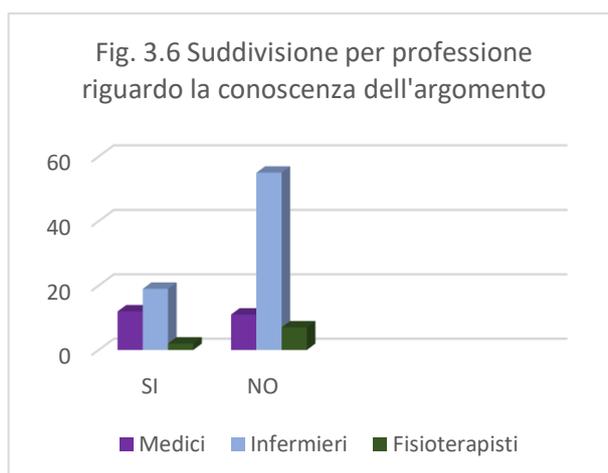
Rispettivamente il 25.2% della popolazione studiata lavora presso U.O. di Medicina Specialistica (Neurologia e Cardiologia), il 15.9% lavora presso U.O. di Chirurgia Specialistica (Ortopedia e Urologia), il 14.0% presso U.O. di Chirurgia Generale, il 12.1% presso U.O. Sub Acuti P.O. di Orzinuovi, il 10.3% presso U.O. di Medicina Generale, il 10.3% presso U.O. di Fisioterapia, il 7.5% presso l'Ambulatorio di terapia antalgica e il 4.7% presso l'ADI. Durante lo sviluppo della ricerca, delle 9 Unità Operative che erano state scelte per l'indagine e avevano dato la loro adesione per l'inizio delle analisi, 7 si sono rese realmente collaboranti. Le persone contattate si sono rese, nella maggior parte dei casi, disponibili e interessati allo studio vista la novità della tematica.

Per l'indagine si è ricorso ad un campionamento non probabilistico; utilizzando il campionamento per quota. Dal punto di vista dell'approccio metodologico, il campionamento per quota è strutturalmente identico al campionamento stratificato: la popolazione viene suddivisa in base alle caratteristiche più importanti, al fine di migliorare la rappresentatività dei risultati rilevati. (*Pagnoncelli 2007*)

### 3.2 Seconda Parte: Opinioni e idee sulle differenze di genere

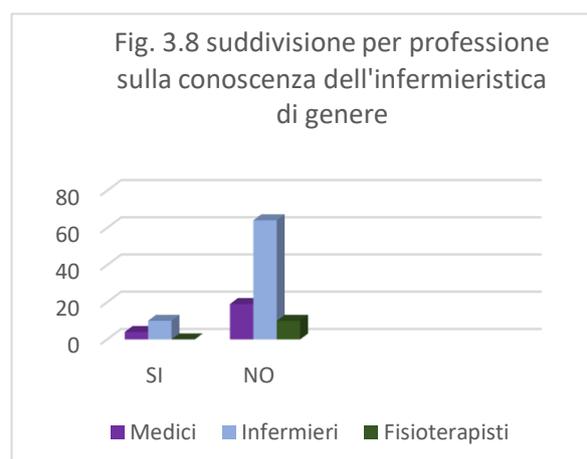


Per capire la tipologia di paziente con il quale il personale ha maggiormente a che fare, è stato chiesto di quale dolore sono afflitti i pazienti che vengono assistiti prevalentemente nel proprio reparto. Il 63.6% ha risposto che assiste persone con dolore sia acuto che cronico, il 23.4% assiste prevalentemente persone che soffrono di dolore cronico e il restante 13.0% si occupa di persone che soffrono di dolore acuto. (Fig. 3.4)

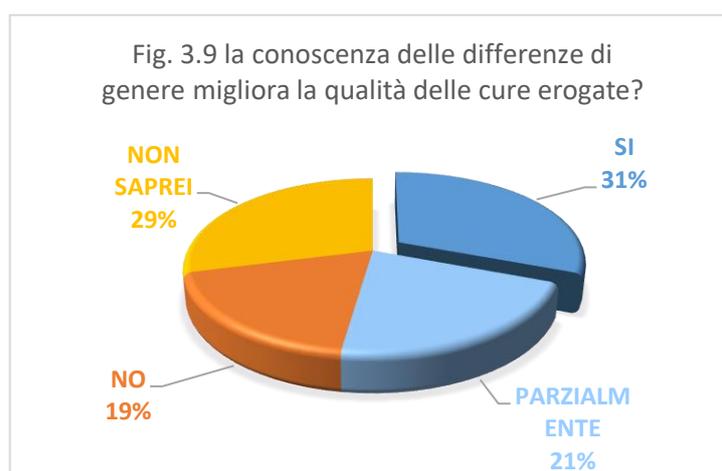


Successivamente è stato necessario chiedere se fossero a conoscenza dell'esistenza della Medicina e dell'Infermieristica di genere, al fine di capire il livello di preparazione all'argomento della popolazione d'indagine. Il 71.0% del

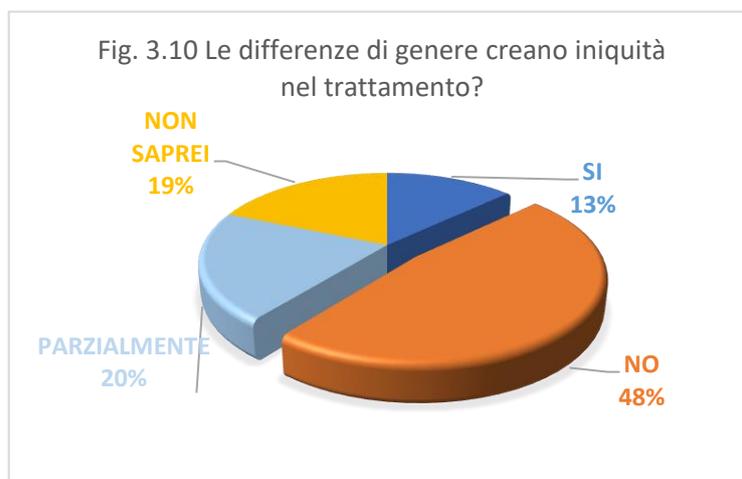
campione (76 persone) ha risposto non averne mai sentito parlare prima di questa occasione della Medicina di Genere, il restante 29.0% (31 persone) ha affermato di essere a conoscenza dell'argomento. Per quanto riguarda i medici vi è un 50% che è a conoscenza dell'argomento ed un altro 50% che non ne ha mai sentito parlare, mentre per quanto riguarda infermieri e fisioterapisti il divario è importante, rispettivamente il 17.8% degli infermieri conosce l'argomento contro un 82.2% che non lo conosce ed un 80% dei fisioterapisti che non ne ha mai sentito parlare. (Fig. 3.5 – 3.6)



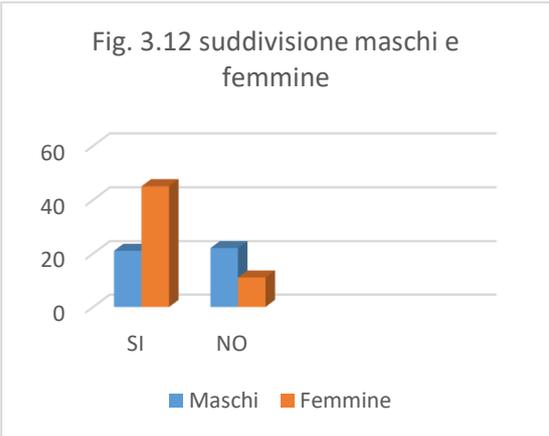
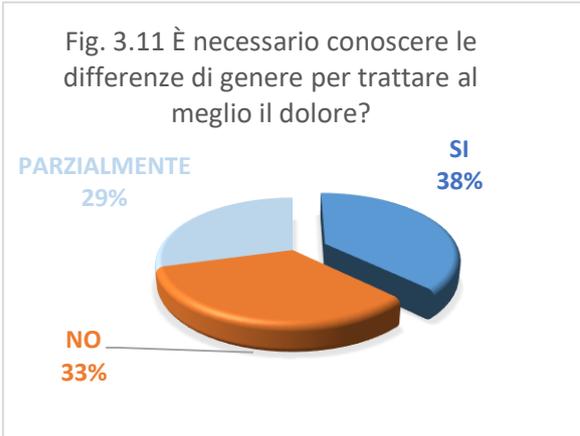
Per quanto concerne la conoscenza dell'Infermieristica di genere l'87.0% (93 persone) riferisce di non averne mai sentito parlare e il restante 13.0% (14 persone) afferma di conoscerla. (Fig. 3.7) Coloro che hanno sentito parlare dell'argomento sono per lo più infermieri 9.3% (10 persone), i medici che ne hanno sentito parlare sono il 3.7% e nessun fisioterapista (0%) ne ha mai sentito parlare. (fig. 3.8)



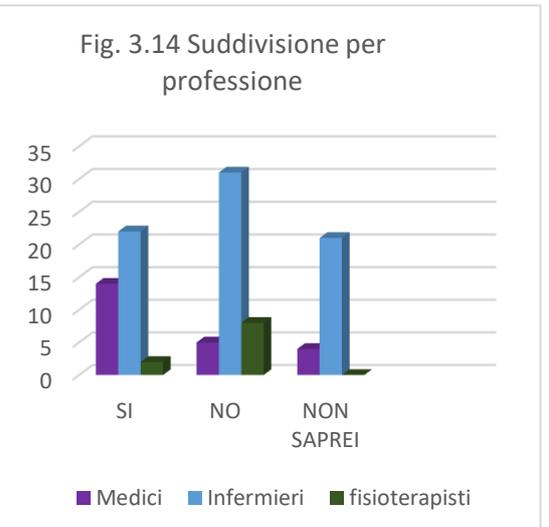
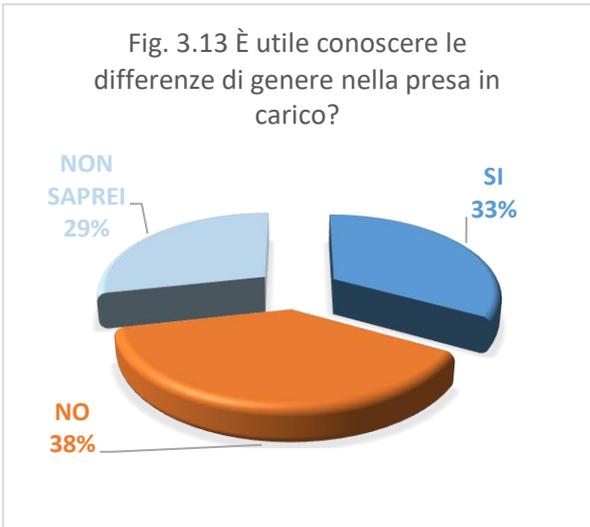
È stato successivamente chiesto se secondo loro, conoscere le differenze di genere potesse migliorare la qualità delle cure erogate alla persona in relazione al suo stato di salute/malattia. Le risposte alla domanda sono su scala likert da 0 a 4, per facilitare la lettura dei risultati il punteggio 3 e il punteggio 4 sono stati aggregati in un gruppo unico. Il 30.8% ritiene che la conoscenza delle differenze di genere migliori la qualità delle cure erogate, il 21.5% ritiene che sia parzialmente vero, il 18.7% ritiene che non sia necessario conoscere le differenze di genere per garantire cure adeguate, mentre il restante 29% si è astenuto dal rispondere. (Fig. 3.9)



In correlazione alla domanda precedente, è stato chiesto se secondo la loro opinione, tenere in considerazione le differenze di genere può creare iniquità (differenze sul trattamento non giustificate) nell'assistenza ai pazienti. La maggioranza, ovvero il 48%, ha risposto che queste differenze non creano iniquità, il 13.1% pensa invece che questo ne crei e che quindi non debba essere applicata una medicina di genere, il 20.6% ritiene che sia parzialmente vero e infine il 18.7% si astiene dal rispondere. Si ha in questo modo una conferma di ciò che è risultato dalla precedente domanda. (Fig. 3.10)



È quindi stato chiesto se fosse necessario che i professionisti della salute abbiano bisogno di conoscere le differenze tra maschi e femmine per gestire al meglio il dolore dei pazienti. Il 34.6% ritiene che sia necessaria un'informazione adeguata, il 27.1% ritiene che sia parzialmente necessario possedere delle conoscenze sull'argomento ed infine il 30.8% ritiene che non sia necessario conoscere le differenze di genere per trattare il dolore nei pazienti. (Fig. 3.11) In particolare per il 48.8% dei maschi ritiene che sia necessario informarsi, contro il 70.3% delle donne e per il 51.2% degli uomini, quindi la maggioranza, ritiene che non è fondamentale per gestire al meglio il dolore, contro il 29.7% delle donne. (Fig. 3.12)



La domanda numero 7 chiede se le differenze tra uomini e donne debbano avere una rilevanza maggiore nella presa in carico e nella cura dei pazienti con dolore. Il 34.6% della popolazione d'indagine ha risposto in modo affermativo, sostenendo che sia necessaria un'attenzione in più; il 40.2% ritiene che non sia necessario rilevare le differenze di genere durante la presa in carico ed infine il 25.2% si astiene dal rispondere. (Fig. 3.13) In particolare il 29.8% degli infermieri ritiene che sia di aiuto, il 41.9% ritiene che non lo sia e il 28.3% si astiene. Mentre il 56.5% dei medici ritiene che possa essere una soluzione ad una migliore presa in carico, mentre il 21.7% ritiene che non lo sia ed un ulteriore 21.8% si astiene dal rispondere. Il 20% dei fisioterapisti ritiene che sia utile, mentre l'80% ritiene che non lo sia. (Fig. 3.14)

La domanda numero 8 è formata da una serie di 20 affermazioni basate su stereotipi di genere, gli intervistati hanno espresso il loro grado di accordo sulla scala likert, per semplificare la lettura dei risultati sono stati raggruppati il numero 1 e 2 (completamente e molto disaccordo) e il 4 e il 5 (molto e completamente accordo). (Tab 2.)

**Tab.2: risposte alla domanda n.8 suddivise per genere (colonne blu-uomini / rosse-donne)**

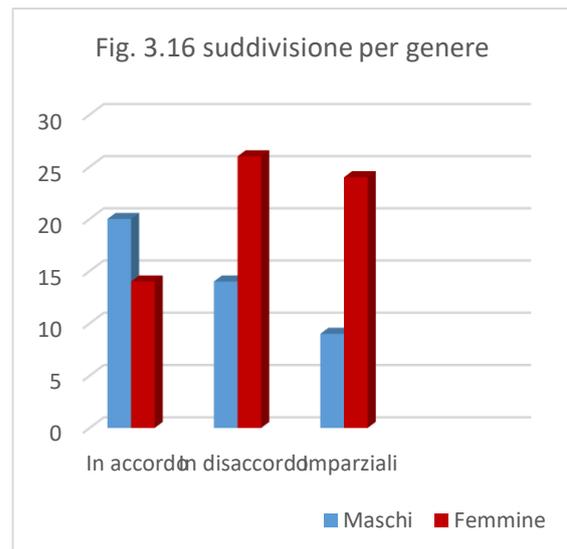
<b>Domanda 8:</b>	<b>Risposta 1 + risposta 2</b>		<b>Risposta 3</b>		<b>Risposta 4 + risposta 5</b>	
<b>a.</b>	<b>8</b> <b>18.6%</b>	<b>16</b> <b>25%</b>	<b>11</b> <b>25.6</b> <b>%</b>	<b>20</b> <b>31.3%</b>	<b>27</b> <b>62.8%</b>	<b>28</b> <b>43.8%</b>
<b>b.</b>	<b>5</b> <b>11.6%</b>	<b>14</b> <b>21.2%</b>	<b>11</b> <b>25.6</b> <b>%</b>	<b>21</b> <b>32.8%</b>	<b>27</b> <b>62.8%</b>	<b>29</b> <b>45.3%</b>
<b>c.</b>	<b>6</b> <b>13.9%</b>	<b>12</b> <b>18.8%</b>	<b>8</b> <b>18.6</b> <b>%</b>	<b>16</b> <b>25%</b>	<b>28</b> <b>65.1%</b>	<b>36</b> <b>56.3%</b>
<b>d.</b>	<b>5</b> <b>11.6%</b>	<b>12</b> <b>18.8%</b>	<b>10</b> <b>23.3</b> <b>%</b>	<b>22</b> <b>34.4%</b>	<b>28</b> <b>65.1%</b>	<b>30</b> <b>46.9%</b>
<b>e.</b>	<b>14</b> <b>32.6%</b>	<b>26</b> <b>40.6%</b>	<b>9</b> <b>20.9</b> <b>%</b>	<b>24</b> <b>37.5%</b>	<b>20</b> <b>46.5%</b>	<b>14</b> <b>21.9%</b>
<b>f.</b>	<b>19</b> <b>44.2%</b>	<b>34</b> <b>53.1%</b>	<b>14</b> <b>32.6</b> <b>%</b>	<b>21</b> <b>32.8%</b>	<b>10</b> <b>23.3%</b>	<b>9</b> <b>14.1%</b>

g.	27 62.8%	38 59.4%	3 7%	24 37.5%	13 30.2%	2 3.1%
h.	29 67.4%	27 42.2%	5 11.6 %	23 35.9%	10 23.3%	14 21.9%
i.	34 79.1%	43 67.2%	8 18.6 %	17 26.6%	1 2.3%	4 6.25%
j.	32 74.4%	46 71.9%	9 20.9 %	14 21.9%	2 4.7%	4 6.25%
k.	27 62.8%	40 62.5%	12 29.7 %	21 32.8%	4 9.3%	3 4.7%
l.	19 44.2%	27 42.2%	11 25.6 %	23 35.9%	7 16.3%	10 16.5%
m.	27 62.8%	19 29.7%	8 18.6 %	26 40.6%	3 7%	8 12.5%
n.	24 55.8%	30 46.9%	15 34.9 %	26 40.6%	4 9.3%	8 12.5%
o.	25 58.1%	39 60.9%	7 16.3 %	21 32.8%	11 25.6%	4 6.25%
p.	27 62.8%	31 48.4%	13 30.2 %	25 39.1%	1 2.3%	4 6.25%
q.	15 34.9%	26 40.6%	14 32.6 %	19 29.7%	4 9.3%	9 14.1%
r.	29 67.4%	40 62.5%	10 23.3 %	18 28.1%	4 9.3%	5 7.8%
s.	28 65.1%	35 54.7%	12 27.9 %	20 31.25 %	3 7%	9 14.1%
t.	23 53.5%	31 48.4%	10 23.3 %	17 26.6%	8 18.6%	16 25%

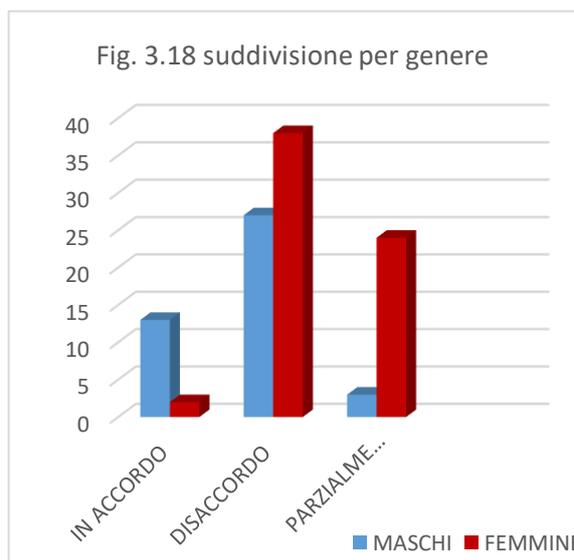
La prima affermazione (a) consiste nel dire che le differenze tra professionisti sanitari di genere opposto sono troppo piccole per avere effetti sulla presa in

carico e valutazione iniziale delle persone con dolore, il 51.4% ha risposto di essere in disaccordo con questa affermazione, il 22.4% è in accordo con l'affermazione e il restante 26.2% è parzialmente d'accordo.

La seconda affermazione (b) sostiene che le differenze tra operatori sanitari di genere opposto sono troppo piccole per avere effetti sulla gestione delle persone con dolore, il 52.3% è in accordo con l'affermazione, il 17.8% è in totale disaccordo e il 29.9% è parzialmente d'accordo. Il terzo stereotipo (c) sostiene che nella comunicazione con una persona che manifesta dolore non deve interessare il genere del paziente al professionista sanitario, il 60.0% ha risposto in modo affermativo, il 17.8% è in disaccordo e pensa dunque che sia importante e che vi siano differenze di genere nella comunicazione, mentre il 22.2% non si espone. La quarta affermazione (d) dice che il genere del professionista sanitario non gioca un ruolo importante della relazione con il paziente che manifesta dolore, il 54.2% è d'accordo con questa affermazione, il 15.9% è in disaccordo e il restante 29.9% non dà una preferenza.

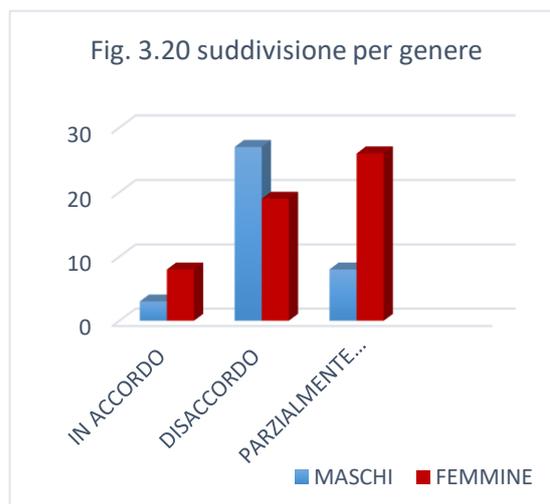
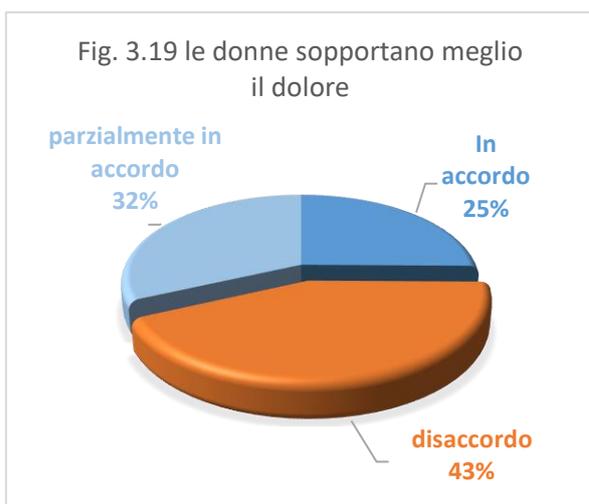


La quinta frase (e) afferma che assistere un uomo con dolore sia diverso dall'assistere una donna con il medesimo dolore, il 31.8% è in accordo con l'affermazione, il 37.4% è in disaccordo e il restante 30.8% non esprime una preferenza. (Fig. 3.15) In particolare si nota come il 46.5% dei maschi è in accordo con la frase, il 32.6% è in disaccordo e il 20.9% è imparziale, mentre il 21.9% delle femmine è in accordo, il 40.6% è in disaccordo e il 37.5% non si espone. (Fig. 3.16)



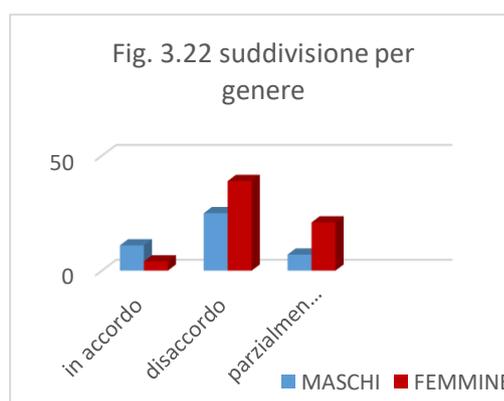
La frase successiva (f) afferma che i professionisti sanitari di genere femminile sono più empatici rispetto ai colleghi maschi. Il 49.5% si è ritenuto in disaccordo con questa affermazione, il 17.8% è in accordo mentre il restante 31.7% è parzialmente in accordo. La frase numero 7 (g) afferma che i professionisti di genere femminile tendono ad allungare troppo i colloqui con i pazienti. Il 60.7% afferma di essere in disaccordo, il 25.2% si ritiene parzialmente in accordo e il 14.1% riferisce di essere d'accordo con la frase. (Fig. 3.17) È interessante notare come suddividendo per genere i risultati si presenta un divario degno di nota tra l'opinione dei maschi rispetto a quella delle donne, infatti il 62.8% degli uomini si ritiene contrario all'idea esposta dall'affermazione, solo il 7% si ritiene parzialmente in accordo mentre il 30.2% si ritiene d'accordo. A differenza le donne affermano di essere in disaccordo per il 59.4%, parzialmente in accordo per il

37.5% e completamente in accordo solo per il 3.1%. (Fig. 3.18). L'affermazione numero 8 (h) dichiara che i professionisti di genere femminile usano di più il linguaggio non verbale per esprimere vicinanza alla persona assistita. Il 52.3% riferisce di essere in disaccordo con la frase, il 26.2% è parzialmente in accordo mentre il 21.5% è in totale accordo. I maschi si mostrano più contrari alla frase, infatti il 67.4% non è d'accordo, mentre per le donne solo il 42.2% è fermamente contraria, il 35.9% è parzialmente in accordo. Per quanto riguarda l'affermazione numero 9 (i), la quale afferma che per i professionisti sanitari è più difficile assistere le donne rispetto agli uomini, la maggioranza pari al 71.9% si ritiene contraria, il 4.7% è d'accordo e il 23.4% è parzialmente in accordo. La decima affermazione (l) sostiene che i pazienti di sesso maschile comprendono meglio e aderiscono meglio alle terapie prescritte rispetto alle pazienti di sesso femminile, per il 72.9% sono contrari, il 21.5% sono parzialmente d'accordo e solo il 5.6% concordano. La frase numero undici (m) afferma come i pazienti di sesso femminile si sentano meglio e più soddisfatte se assistite da personale sanitario di genere maschile, il 62.6% si ritiene in disaccordo con l'affermazione, il 30.8% è parzialmente in accordo e il 6.6% è d'accordo.



L'affermazione successiva (n) sostiene che le donne con dolore si aspettano più supporto emotivo da parte dei professionisti sanitari, il 15.9% concorda con l'affermazione, il 43.0% è in forte disaccordo mentre il restante 41.1% è

parzialmente d'accordo. Le votazioni sono distribuite in egual modo tra gli uomini e le donne, senza evidenti differenze. Al contrario, la frase numero tredici afferma come le donne sopportino meglio e di più il dolore rispetto agli uomini, mostra un 43.0% in disaccordo con la frase, un 31.8% parzialmente d'accordo e un 25.2% in accordo (Fig. 3.19). Interessante come il 62.8% degli uomini sia contrario a questa frase, mentre il 29.7% di tutte le donne è completamente disaccordo, la maggioranza, ovvero il 40.6% è parzialmente in accordo, mentre solo il 18.6% degli uomini è parzialmente d'accordo e i restanti 7% per gli uomini e 12.5% delle donne sono in accordo totale. (Fig. 3.20)



L'affermazione numero quattordici (o) asserisce come i pazienti di sesso maschile sono meno esigenti riguardo spiegazioni e attenzioni rispetto alle pazienti di sesso femminile, il 50.5% afferma di non essere in accordo con questa frase, il 38.3% è parzialmente in accordo e il restante 11.2% è in accordo. La frase numero quindici (p) sostiene che le donne utilizzano in modo eccessivo l'assistenza sanitaria (più visite, più richieste di farmaci..) e per il 59.9% si ritiene in disaccordo, il 26.2% è parzialmente in accordo e il 13.9% è in accordo (Fig. 3.21), ci sono differenze rilevanti tra l'idea dei professionisti di genere maschile rispetto a quelli di genere femminile, infatti il 58.1% dei maschi è in disaccordo, il 16.3% è parzialmente in accordo e il 25.6% è totalmente in accordo mentre per le femmine il 60.9% è in disaccordo, il 32.8% parzialmente in accordo e solo il 6.3% è totalmente in accordo. (Fig. 3.22)

Nella frase numero sedici (q) viene affermato come le donne rispondano meglio alla gestione del dolore se sottoposte ad un placebo rispetto che gli uomini. Il 54.2% è in disaccordo con la frase, il 35.5% è parzialmente in accordo e il restante 10.3% è in accordo. L'affermazione numero diciassette (r) sostiene che le pazienti di sesso femminile si lamentano maggiormente per la loro salute rispetto a quelli di sesso maschile, il 38.3% è completamente disaccordo, il 30.8% è parzialmente in accordo e il 30.9% è in accordo. Il seguente stereotipo (s) sostiene come sia più facile trovare le cause dei problemi di salute negli uomini poiché questi comunicano in modo più diretto rispetto alle donne. Il 64.5% si ritiene in disaccordo, il 26.2% è parzialmente in accordo e il 9.3% si ritiene d'accordo con la frase. L'affermazione numero diciannove (t) afferma che le donne con dolore manifestano meno depressione degli uomini, il 58.9% è in disaccordo, il 29.9% è parzialmente in accordo e il 11.2% è in accordo. Infine la ventesima affermazione asserisce che le pazienti di sesso femminile hanno un livello di adattamento alla malattia e alla terapia maggiore rispetto ai pazienti di sesso maschile; il 50.5% è in disaccordo, il 25.2% è in parziale accordo mentre il 24.3% è completamente d'accordo.

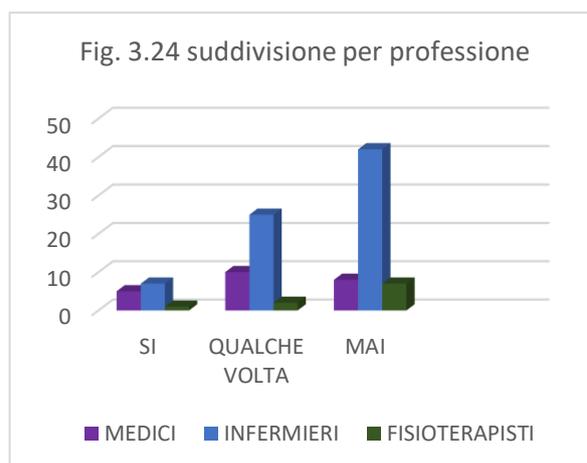
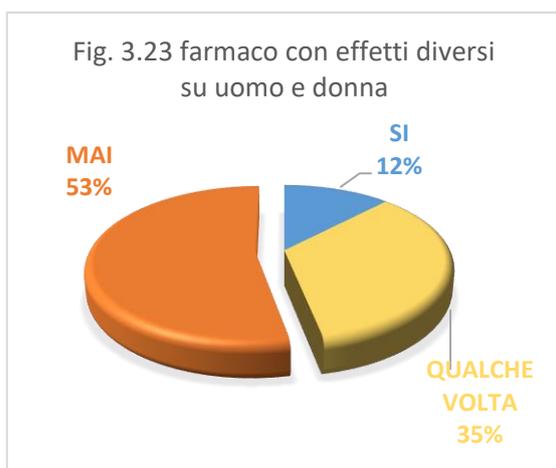
### 3.3 Terza Parte: dati legati all'esperienza

La domanda numero nove chiedeva se, a partire dalla propria esperienza lavorativa, vi siano mai state delle differenze nel modo in cui uomini e donne reagiscono alla malattia. Il 53.3% afferma di aver notato delle differenze, il 30.8% sostiene di non aver mai notato delle differenze e il 15.9% si astiene dal rispondere. In caso di risposta affermativa è stato chiesto di segnalare un caso. Dei 57 questionari con risposta affermativa 24 hanno completato la domanda (42.1%). Le risposte sono state riassunte nella Tab. 3

**Tab. 3 – differenze nel modo in cui uomini e donne affrontano la malattia**

<b>Professione e sesso</b>	<b>Opinioni</b>
3 Infermiere – F 1 Fisioterapista - F	La reazione è legata generalmente dal carattere della persona, indipendentemente dal suo genere
1 Infermiere – F	Le donne sono più attente al proprio stato di

1 Medico - M	salute rispetto agli uomini e sono più forti nell'affrontare le malattie.
2 Infermiere – F 2 Fisioterapista - M	Gli uomini non aderiscono attentamente alla terapia, le donne sono più puntigliose
2 Infermiere – F 2 Infermiere – M / 2 Medico - M	Le donne affrontano la malattia con più serenità, gli uomini hanno paura
1 Infermiere – F 1 Medico – M / 1 Medico – F 1 Fisioterapista - F	Gli uomini si appoggiano alle donne, mentre le donne affrontano in modo indipendente
2 Medico – M 1 Infermiere - F	Gli uomini sono più preoccupati riguardo le ripercussioni fisiche della malattia, le donne rispetto le ripercussioni famigliari
1 Medico - M	Le donne catastrofizzano di più, gli uomini sono più preoccupati per il lavoro che per la salute



Alla domanda numero dieci è stato richiesto se è stato mai capitato di rilevare che lo stesso farmaco antidolorifico somministrato a uomini o donne nella stessa condizione clinica abbia avuto risposte fisiche o psicologiche diverse, il 12.2% ha risposto di aver visto delle differenze, il 34.6% sostiene di aver visto differenze qualche volta, 53.3% riferisce di non averne mai trovate.(Fig. 3.23) Suddividendo

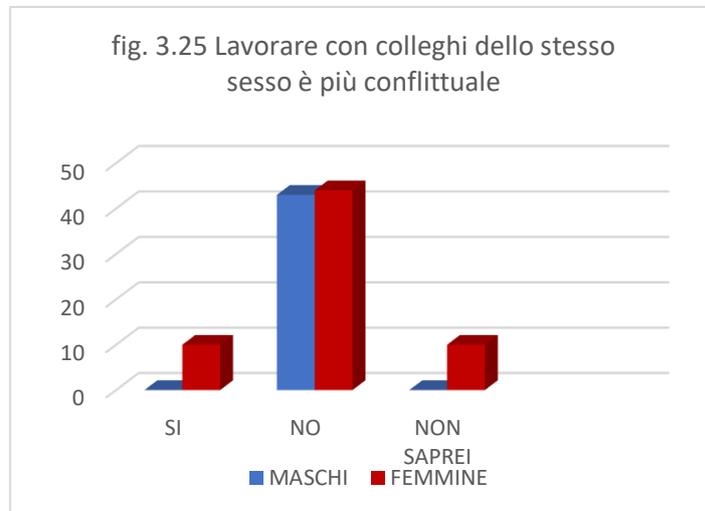
in base alle professioni è possibile notare come il 9.5% degli infermieri abbia risposto di aver notato differenze, il 33.8% riferisce di aver notate qualche differenza, il 56.7% riferisce di non aver mai notato differenze. Mentre il 21.7% dei medici afferma di aver trovato differenze, il 43.5% afferma di aver trovato qualche volta una differenza e solo il 34.8% afferma di non aver mai trovato alcuna differenza. Il 10% dei fisioterapisti ha notato differenze, il 20% qualche volta mentre il 70% non ne ha mai notate. (fig. 3.24) In particolare il 10% di quelli che hanno risposto in modo affermativo lavorano presso U.O. di Medicina Specialistica, il 16% presso U.O. Sub – Acuti, il 28% presso U.O. di Chirurgia Specialistica, il 20% presso l'ambulatorio di terapia antalgica, 16% presso U.O. di Medicina Generale, il 10% presso U.O. di fisioterapia.

Alla domanda numero 11 è stato chiesto se durante l'attività lavorativa è mai capitato di rilevare differenze nel modo in cui i medici, gli infermieri e i fisioterapisti maschi gestiscono attività legate all'assistenza e alla cura delle persone assistite rispetto alle professioniste femmine; il 11.2% afferma di aver visto differenze, il 59.8% afferma di non aver mai visto alcuna differenza e il 29% si astiene dal rispondere. A quelli che hanno risposto in modo affermativo è stato chiesto di fare un esempio, delle 12 persone che hanno risposto in modo affermativo, hanno risposto in 5 (41.6%), i loro pensieri sono stati riassunti in Tab. 4.

**Tab. 4 – vi sono differenze nel modo in cui operano professionisti sanitari maschi rispetto a professionisti femmine**

<b>Professione e sesso</b>	<b>Opinioni</b>
Infermiere - F	La donna ha un approccio più empatico
Fisioterapista - F	I maschi sono più sbrigativi
Infermiere – M / Medico - M	È soggettivo, non c'entra il genere
Infermiere - F	L'uomo è più sintetico, utilizza un linguaggio più scientifico e delega gli altri, le donne sono più empatiche ed utilizzano un linguaggio diretto

La domanda numero dodici chiede se rispetto alla propria esperienza, lavorare con un collega dello stesso sesso è più produttivo rispetto che lavorare con un collega del sesso opposto, il 6.5% sostiene che è più produttivo, il 73.8% sostiene che non lo sia, il restante 19.6% si astiene dal rispondere.



Infine, la domanda numero tredici chiede se lavorare con un collega dello stesso sesso è più conflittuale che lavorare con un collega del sesso opposto, il 9.3% afferma che è più conflittuale, il 81.3% sostiene che non è conflittuale e il restante 9.4% si astiene dal rispondere. È interessante notare come le donne siano le uniche ad aver risposto in modo affermativo ed in modo neutro, i maschi per il 100% si sono dichiarati contrari mentre le donne per il 68.7%. (Fig. 3.25)

## CAPITOLO 4: DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

### 4.1 L'analisi delle differenze emerse alla luce della letteratura di riferimento

Lo scopo di questa tesi è stato quello di indagare in letteratura, attraverso le banche dati, le differenze di genere in ambito sanitario con l'obiettivo di approfondire l'argomento, in particolare mi sono concentrata sulle differenze di genere nei pazienti affetti da dolore cronico o acuto e tramite un questionario creato ad hoc ho voluto indagare se medici, infermieri e fisioterapisti che si occupano delle persone con dolore hanno idee o vissuti differenti in base al loro genere e a quello dei pazienti. Il questionario è stato distribuito a 107 professionisti sanitari, composti per il 40.2% da uomini e il 59.8% da donne. È stato possibile trarre alcune conclusioni dai risultati dei questionari:

#### CONOSCENZA E IMPATTO DELLA MEDICINA DI GENERE

- La maggioranza della popolazione indagata indipendentemente dal loro sesso, non sa dell'esistenza della medicina e dell'infermieristica di genere e non ne aveva mai sentito parlare prima di questa occasione. Questo conferma il fatto di come sia un argomento poco trattato, tuttavia oggi giorno ci sono numerose banche dati dove è possibile attingere informazioni anche in italiano e in più vengono organizzati diversi convegni in tutta Italia;
- Nonostante la scarsa conoscenza, il 52% dei professionisti sostiene che approcciarsi alle differenze di genere possa migliorare la cura e l'assistenza ai pazienti. Questo dimostra una predisposizione all'informazione e all'aggiornamento continuo richiesto dai professionisti sanitari al fine di garantire le migliori cure possibili;
- L'affermazione M del questionario sostiene che "Le donne sopportano meglio e di più il dolore rispetto agli uomini", qui il 43% afferma di non essere in accordo, mentre in letteratura è stato evidenziato come le donne abbiano una maggior sensibilità al dolore sia sul piano sensitivo che su quello emotivo. Inoltre sono necessarie più dosi di morfina agli uomini per

soportare il dolore e le donne sono più sensibili al farmaco, questo è dovuto a metabolismi differenti che, se non vengono presi in considerazione, impediscono di effettuare un'analgia adeguata;

- L'affermazione P sostiene che le donne abusano dell'assistenza sanitaria, la preponderanza è in disaccordo, tuttavia è dimostrato che riguardo l'uso di farmaci, differenze di genere sono evidenziabili nella fascia di età tra i 15 e i 64 anni, in cui le donne mostrano una prevalenza media d'uso dei medicinali superiore a quella degli uomini, con una differenza assoluta del 10%, inoltre è dimostrato come le donne siano più propense a consultare i medici, subiscano più operazioni ed accertamenti diagnostici, siano più ospedalizzate e assumano più farmaci e psicofarmaci. Le donne sono generalmente riconosciute come aventi più alti tassi di utilizzo dei servizi di assistenza medica;
- L'affermazione numero diciannove (T) asserisce che le donne con dolore manifestano meno depressione degli uomini, il 58.9% è in disaccordo, il 29.9% è parzialmente in accordo e il 11.2% è in accordo. Tuttavia è dimostrato che la depressione in conseguenza al dolore colpisce le donne 2 volte in più degli uomini, con un numero maggiore di sintomi e di durata degli episodi;
- È stato chiesto se conoscere le differenze di genere nella presa in carico possa migliorare l'assistenza erogata, i medici ritengono che possa essere utile, gli infermieri ritengono l'opposto. Questa differenza può essere dovuta al fatto che, se già della Medicina di Genere si conosce poco, dell'Infermieristica di genere ancora meno, non sono ancora chiare le differenze di genere nella gestione dell'assistenza infermieristica. Nella mia esperienza pratica da tirocinante ho potuto notare come molte volte un paziente di sesso maschile preferiva essere assistito da uno dello stesso sesso (nello stesso modo pazienti di sesso femminile), sarebbe stato interessante indagare le motivazioni che spingono alcuni pazienti a fare determinate richieste. Se dal loro punto di vista ci sono differenze tra

assistenza erogata da professionisti di genere femminile rispetto a quelle di genere maschile;

- Nella popolazione studiata, la maggior parte ritiene di aver notato differenze di genere nell'affrontare la malattia, in particolare sostengono che gli uomini non aderiscono in modo corretto alla terapia, hanno più paura delle donne e cercano conforto in loro, mentre le donne tendono ad essere più indipendenti e pensare ad eventuali ripercussioni famigliari;
- È stato chiesto se avessero mai notato differenze sull'azione di uno stesso farmaco su un uomo e una donna. Il 47% almeno una volta ha riscontrato delle differenze, in particolare nei reparti di medicina e chirurgia specialistica, sub acuti e ambulatorio di terapia antalgica; la letteratura afferma che i farmaci analgesici hanno effetti diversi nei due generi, in particolare le donne sono le principali utilizzatrici di farmaci ma sono a loro volta esposte al rischio di reazione avverse per l'1.7% in più degli uomini vista la loro scarsa presenza nei TRIAL clinici;
- In molte domande vi è una percentuale elevata di astenuti alla risposta rimanendo vaghi (non saprei, imparziale..) questo potrebbe essere un segno di disinteresse al questionario o il modo di non volersi esprimere su un argomento poco conosciuto;
- Infine è risultato che non vi siano particolari differenze nel lavorare con colleghi dello stesso sesso rispetto a quello opposto.

#### DIFFERENZE TRA MASCHI E FEMMINE DI TUTTE LE PROFESSIONI INDAGATE NELLA PRESA IN CARICO E GESTIONE DELLA PERSONA CON DOLORE

- È necessario puntualizzare come il campione sia composto per il 60% da femmine e per il 40% da uomini, questa indicazione può essere conseguenza del fatto che la maggioranza del campione è formato da infermieri e ancora oggi, la prevalenza di genere nel settore è ampia , infatti come espone il sito della FNOPI il 78% degli infermieri in servizio nel 2019 (quasi 300mila) è donna. E lo sono quasi l'80% degli iscritti agli Ordini delle

professioni infermieristiche. Inoltre la maggior parte dei medici intervistati è di genere maschile questo mostra come lo stereotipo dell'uomo che si occupa della cura e la donna che si occupa dell'assistenza si riscontra ancora.

- L'affermazione M espone come le donne sopportino meglio e di più il dolore rispetto agli uomini, la maggioranza è in disaccordo con la frase. Interessante come il 62.8% degli uomini sia contrario a questa frase, mentre solo il 29.7% di tutte le donne è completamente disaccordo, quindi la maggioranza delle donne ritiene che il loro genere sia in grado di sopportare meglio e più il dolore, questo giudizio potrebbe essere stato influenzato dall'esperienza personale, più che dal lavoro. Inoltre i problemi dovuti al sovradosaggio farmaceutico nelle donne possono essere una conseguenza di come queste sopportino meglio il dolore con meno farmaci rispetto che all'uomo.
- La frase numero quindici (p) sostiene che le donne utilizzano in modo eccessivo l'assistenza sanitaria (più visite, più richieste di farmaci..) e per il 59.9% si ritiene in disaccordo, il 26.2% è parzialmente in accordo e il 13.9% è in accordo, ci sono differenze rilevanti tra l'idea dei professionisti di genere maschile rispetto a quelli di genere femminile, infatti il 58.1% dei maschi è in disaccordo, il 16.3% è parzialmente in accordo e il 25.6% è totalmente in accordo mentre per le femmine il 60.9% è in disaccordo, il 32.8% parzialmente in accordo e solo il 6.3% è totalmente in accordo. Entrambi i generi concordano sul fatto che la frase non sia reale, nonostante la letteratura dimostri l'opposto.

#### DIFFERENZE TRA LE DIVERSE PROFESSIONI SANITARIE INDAGATE

- Ho appurato come questo sia un argomento poco conosciuto; tuttavia vi è una percentuale di medici maggiore rispetto agli altri professionisti sanitari che sono a conoscenza dell'argomento e questo potrebbe essere compreso analizzando il fatto che ad oggi circa l'80% dei Corsi di Medicina Italiani ha inserito o sta inserendo l'approccio sesso/genere negli obiettivi e

negli insegnamenti della propria offerta formativa, sarebbe equo inserirli anche all'interno dei corsi di tutte le professioni sanitarie.

- Alla domanda n. 7 viene chiesto se le differenze di genere debbano avere una maggior rilevanza nella presa in carico e nella gestione di pazienti con dolore. Il 33% afferma che ci debba essere una maggior rilevanza, mentre il 38% lo nega, interessante notare come la maggior parte di quelli che negano siano infermieri, mentre sono d'accordo i medici. Questo può essere dovuto alle conoscenze dei medici delle differenze biologiche tra i due sessi e questo favorirebbe un percorso assistenziale personalizzato, mentre poiché dal punto di vista infermieristico sono ancora poche le differenze evidenziate può risultare indifferente nella gestione del singolo caso.
- Il fatto che gli infermieri conoscano così poco l'argomento porta ad un'assistenza infermieristica uguale tra pazienti femmine e maschi, in questo modo il linguaggio, la comunicazione non verbale, la somministrazione della terapia, la gestione della persona in senso olistico vengono trattate allo stesso modo.

Nella rielaborazione dei risultati ho potuto riscontrare una notevole carenza di informazione riguardo l'argomento a tal punto che alcuni partecipanti si sono offesi commentando il questionario come "sessista o fantascientifico". È paradossale come questo questionario possa essere considerato così, dal momento che tutto lo studio e la tesi sono stati fatti con l'intenzione di raggiungere la migliore personalizzazione delle cure e la centralità totale del paziente. L'obiettivo di un'assistenza globale deve essere quello di rendere centrale un approccio di genere, valorizzando una medicina attenta alle problematiche bio-culturali, di offrire una formazione ed informazione equa e corretta sulle problematiche di salute e di genere, di definire percorsi preventivi e assistenziali nell'ottica dell'educazione alla salute di genere. Lo studio ha dimostrato come la conoscenza delle differenze di genere possa migliorare le cure e l'assistenza dei pazienti affetti da dolore, tuttavia si ha un'elevata presenza di barriere al trattamento analgesico personalizzato a causa, ad esempio, di ragioni psico-sociali, che possono

identificarsi nelle strategie di sopportazione del dolore, ma anche in una carenza nella conoscenza e comprensione di quelle differenze biologiche tra maschi e femmine che influenzano le modalità di azione del dolore.

#### 4.2 Limiti dello studio

Uno dei limiti che si sono presentati durante lo svolgimento di quest'indagine è stata la dimensione ridotta del campione d'indagine, in particolare non c'è stato un equilibrio tra popolazione di genere maschile e popolazione di genere femminile. Inoltre alcune U.O. hanno aderito scarsamente o non hanno aderito all'indagine, in parte per disinteresse verso l'argomento, dall'altra una mancanza di tempo durante i turni lavorativi.

#### 4.3 Conclusioni, suggerimenti e proposte di implementazione per migliorare la presa in carico della persona con dolore.

I risultati ottenuti dimostrano come sarebbe utile indagare le differenze di genere per garantire un'assistenza individuale e personalizzata in modo da assicurare una buona efficacia nella presa in carico del paziente e nella sua terapia. In questo modo sarà possibile garantire ad ogni individuo l'appropriatezza terapeutica e rafforzare la centralità del paziente. L'utilizzo della medicina di genere dev'essere un'integrazione tra tutte le specialità presenti in un'azienda ospedaliera, mediche, infermieristiche e fisioterapiche. È necessario quindi promuovere attività scientifiche in ottica di genere, sviluppare degli indicatori di presa in carico orientati al genere, formare adeguatamente il personale sanitario e diffondere studi clinici sull'argomento.

Un'idea affinché tutti i professionisti conoscano questa nuova prospettiva della medicina che tiene conto delle differenze di sesso e di genere, potrebbe essere quella di inserire un corso con crediti ECM interno di ogni azienda ospedaliera per i professionisti che già esercitano la professione, mentre per gli studenti sarebbe opportuno inserire un insegnamento all'interno del percorso di studi nel quale venga spiegato l'argomento. Ad esempio, nel 2016 il Corso di Laurea di Medicina di Ferrara, ha predisposto un metodo per inserire nella programmazione didattica

e negli obiettivi formativi del Corso di Laurea, il nuovo approccio di formazione alla medicina di genere, così che risultasse trasversale ai diversi insegnamenti. Ad oggi circa l'80% dei Corsi di Medicina Italiani ha inserito o sta inserendo l'approccio sesso/genere negli obiettivi e negli insegnamenti della propria offerta formativa, sarebbe equo inserirli anche all'interno dei corsi di tutte le professioni sanitarie, come ha fatto il corso di laurea in infermieristica dell'università di Ferrara nell'anno 2018-2019 che ha inserito un corso facoltativo a scelta dello studente che ha come oggetto "la salute di genere" con lo scopo di analizzare le modalità con cui il costrutto sociale influenza la salute.

Durante la stesura del mio elaborato ho potuto constatare come si inizi a parlare di Medicina di Genere ma non ancora di Infermieristica di Genere, tuttavia nel giugno 2019 è stato approvato il Piano Nazionale sulla Medicina di Genere che si impegna ad disporsi con le definizioni internazionali sulle differenze di genere. Questo piano è in linea con l'idea infermieristica di personalizzazione delle cure, come sottolineata anche dal nostro codice deontologico.

## BIBLIOGRAFIA

Aloisi A.M., et al. (2007), "Cross-sex hormone administration changes pain in transsexual women and men." *Pain* 132.

Antonietti G., Rosario A. (2015), *La questione di genere e la professione infermieristica. I risultati di una ricerca sul campo condotta fra l'Italia e l'Inghilterra*, Roma: UniversItalia editrice

Bertakis KD, et al. (2000) "Gender differences in the utilization of health care services." *J Fam Pract* 49(2): pp.147-152

Bertakis KD, et al. (2004) "Patient pain in primary care: factors that influence physician diagnosis." *Ann Fam Med* 2(3): pp. 224-230

Breivik H., et al. (2013) "The individual and societal burden of chronic pain in Europe: the case for strategic prioritisation and action to improve knowledge and availability of appropriate care". *BMC Public Health*, 1229.

Commissione delle comunità europee. (2007) "Bruxelles: Rapporto della Commissione Europea sullo stato di salute della popolazione nei Paesi Membri".

Dance A. (2019) "Why the sexes don't feel pain the same way." *Nature* 567: pp. 448 - 450

Ebert SN, et al. (1998) "Female gender as a risk factor for drug-induced cardiac arrhythmias: evaluation of clinical and experimental evidence." *J Womens Health* 7(5): pp. 547 - 557.

FNOPI, (2019) "Codice Deontologico."

FNOPI (2019) "Piano nazionale sulla medicina di genere: in sintonia con l'agire professionale degli infermieri."

Franconi F., Campesi I., (2011) "Farmacologia di genere." *BollSIFO* 22: pp. 47-55

- Herman AD, et al. (2009). "Pain Management Interventions in the Nursing Home: A Structured Review of the Literature." *Journal of the American Geriatrics Society*. 57: pp. 1258-67.
- L.F., (2019) "Medicina di genere. Dai farmaci alle malattie fino alla formazione del personale e alla ricerca: arriva il Piano nazionale per la diffusione." *Quotidiano Sanità*.
- Leiknes KA, et al. (2007) "Course and predictors of medically unexplained pain symptoms in the general population." *J Psychosom Res*. 62: pp.119-128
- Loren J Martin et al. (2019) "Male-Specific Conditioned Pain Hypersensitivity in Mice and Humans". *Current Biology* 29: pp. 192-207
- Matarrese P., et al. (2019) "X-chromosome-linked miR548am-5p is a key regulator of sex disparity in the susceptibility to mitochondria-mediated apoptosis". *Cell Death and Disease* 10: 673
- Melchior M., et al. (2016) "Insights into the mechanisms and the emergence of sex-difference in pain" *Neuroscience* 338: pp. 63-80
- Merzagora F., (2017) "Le differenze di genere nel dolore." *Onda XII EDIZIONE Malattia dolore e rete territoriale*.
- Minuzzo S., (2004) *Nursing del dolore*. Roma: Carocci Editore. Prima Edizione.
- Ministero della Salute. (2019) "*Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere*." Edizioni Mediche.
- Ministero della Salute. (2018) "Il genere come determinante di salute. Lo sviluppo della Medicina di Genere per garantire equità e appropriatezza della cura". Edizioni Mediche.
- Nancy E. Lane, (2006) "Epidemiology, etiology and diagnosis of osteoporosis". *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 164: S3-S11.
- ONDA, FARMINDUSTRIA, (2016) "Libro bianco sulla salute della donna." FrancoAngeli Editore.

Phillips P Susan, (2005) "Defining and measuring gender: A social determinant of health whose time has come." *Int J Equity Health* 4:11.

Regitz-Zagrosek V., (2006) "Therapeutic implications of the gender-specific aspects of cardiovascular disease". *Nature reviews* 5(5): pp. 425-438.

Roter DL, et al. (2002) "Physician Gender Effects in Medical Communication: A Meta-analytic Review." *JAMA* 288(6): pp. 756–764.

Seritan A.L. , et al. (2008) "Gender Stereotypes in Pain Diagnosis" *American Medical Association Journal of Ethics* 10(7): pp. 434-438.

Schwarz KA, et al. (2019) "How Stereotypes Affect Pain." *Sci Rep* 9, 8626.

Signani F. (2013) "La salute su misura. Medicina di genere non è medicina delle donne", Ferrara: Este edition.

Sorge, R. E. et al. (2011) "Spinal Cord Toll-Like Receptor 4 Mediates Inflammatory and Neuropathic Hypersensitivity in Male But Not Female Mice" *J. Neuroscience* 31 (43): 15450-15454.

Sorge, R. E. et al. (2015) "Different immune cells mediate mechanical pain hypersensitivity in male and female mice" *Nature Neuroscience* 18 (8): pp. 1081-1083.

Tarantino S., et al. (2018) "La voce del corpo: studio qualitativo sull'uso del tocco nella relazione infermiere-assistito" *Rivista l'infermiere* 1.

VioraM., "Se donne e uomini si ammalano diversamente." 5 Maggio 2018.

Williams AC, Craig KD. (2016) "Updating the definition of pain." *Pain* 157 (11): pag. 2420 – 2423.

## SITOGRAFIA:

<https://gendermed.org/>

<http://www.gendermedicine.org/>

<https://www.who.int/gender-equity-rights/en/>

<https://www.ondaosservatorio.it/>

<https://www.nature.com/>

<https://bmcmethics.biomedcentral.com/>

<http://www.salute.gov.it/>

<http://www.pubmed.com/>

<https://www.fnopi.it/>

<https://www.cochranelibrary.com/>

<https://www.ingenero.it>

# ALLEGATO A

## QUESTIONARIO

### La gestione del dolore nella prospettiva della medicina di genere: indagine fra gli operatori sanitari

La Medicina di Genere si definisce come lo studio dell'influenza delle differenze biologiche (definite dal sesso) e socio-economiche e culturali (definite dal genere) sullo stato di salute e di malattia di ogni persona. L'obiettivo del mio elaborato di tesi è quello di approfondire il tema del dolore nella prospettiva di genere, attraverso l'analisi della letteratura e la realizzazione di un'indagine volta ad esplorare l'esperienza dei curanti (maschi e femmine) che si occupano della presa in carico delle persone con dolore (maschi e femmine). Per questo le chiedo la disponibilità di dedicare 10 minuti del suo tempo per rispondere al seguente questionario. Grazie mille

Silvia Cattaneo

#### GENERALITA'

Genere:

- M
- F

Anni di esperienza professionale:

- < 3
- Da 4 a 10
- > 11

Professione:

- Medico
- Infermiere
- Fisioterapista

Lavoro presso:

- Ambulatorio di terapia antalgica
- U.O. Medicina Generale
- U.O. Medicina Specialistica (Neurologia e Cardiologia)
- U.O. Chirurgia Generale
- U.O. Chirurgia Specialistica (Ortopedia e Urologia)
- Ambulatorio di ortopedia Onde d'urto
- Fisioterapia - Recupero e riabilitazione funzionale
- U.O. Sub-acuti
- ADI

#### SEZIONE 1 : OPINIONI E IDEE SULLE DIFFERENZE DI GENERE

- 1) Nell'U.O./Servizio in cui lavora **assiste prevalentemente** persone che soffrono di:
  - a. dolore acuto
  - b. dolore cronico
  - c. sia dolore acuto che cronico
  - d. non incontro molte persone che soffrono di dolore (non più di 1 al mese)
  
- 2) Ha mai sentito parlare della Medicina di Genere prima di questa occasione?
  - a. Sì
  - b. No

3) Ha mai sentito parlare di Infermieristica di Genere?

- a. Si
- b. No

4) A suo avviso, la **conoscenza** delle differenze di genere da parte dei professionisti sanitari **migliora la qualità delle cure erogate** alle persone in relazione al suo stato di salute/malattia?

4	3	2	1	0
SI, DEL TUTTO	SI, MOLTO	SI, SOLO IN PARTE	PER NULLA	NON SAPREI

5) A suo avviso, tenere in considerazione le differenze tra uomini e donne, **crea iniquità (differenze di trattamento non giustificate)** nella cura ed assistenza erogata alle persone?

4	3	2	1	0
SI, DEL TUTTO	SI, MOLTO	SI, SOLO IN PARTE	PER NULLA	NON SAPREI

6) A suo avviso, i professionisti sanitari hanno **bisogno di conoscere che differenze ci sono nel modo di pensare e/o sentire delle persone assistite maschi rispetto alle femmine** per gestire il loro **dolore**?

4	3	2	1	0
SI, DEL TUTTO	SI, MOLTO	SI, SOLO IN PARTE	PER NULLA	NON SAPREI

7) Pensa che le differenze fra uomini e donne debbano **avere una maggior rilevanza** nella presa in carico e cura delle persone assistite **con dolore**?

- a. Si
- b. No
- c. Non saprei

8) In relazione alle affermazioni che trova nella 1° colonna, esprima il suo grado di accordo apponendo una crocetta sulla casella desiderata, considerando la seguente scala Likert

AFFERMAZIONE	1 COMPLETO DISACCORDO	2 MOLTO DISACCORDO	3 PARZIALE ACCORDO E DISACCORDO	4 MOLTO ACCORDO	5 COMPLETO ACCORDO
a. Le differenze fra <u>professionisti sanitari maschi e professionisti sanitari femmine</u> sono troppo piccole per avere effetti sulla <u>presa in carico e valutazione iniziale</u> delle persone con dolore					
b. Le differenze fra professionisti sanitari maschi e professionisti sanitari femmine sono troppo piccole per avere <b>effetti sulla gestione</b> (assistenza e trattamento) delle persone con dolore					
c. Nella <b>comunicazione con una persona che manifesta dolore</b> ad un professionista sanitario					

non deve importare se si tratta di un uomo o di una donna					
d. Il fatto che il professionista sanitario sia un uomo o una donna <b>non gioca un ruolo importante nella relazione di cura</b> con la persona che manifesta dolore					
e. Assistere e curare una donna con dolore è diverso che assistere e curare un uomo con dolore maschio anche se la causa del dolore è la medesima.					
f. I professionisti sanitari di genere femminile sono più empatici rispetto ai colleghi maschi					
g. I professionisti sanitari di genere femminile tendono a prolungare troppo i colloqui con i pazienti					
h. I professionisti sanitari di genere femminile usano di più il linguaggio non verbale (sorriso, tocco etc.) per esprimere vicinanza alla persona assistita					
i. Per i professionisti sanitari in genere è più <b>“difficile”</b> assistere le donne con dolore rispetto agli uomini					
j. I pazienti di sesso maschile <b>comprendono meglio e aderiscono meglio alle terapie</b> prescritte rispetto alle pazienti di sesso femminile					
k. I pazienti di sesso femminile <b>si sentono meglio e più soddisfatte se sono assistite da medici/infermieri/fisioterapisti di genere maschile</b>					
l. Le donne assistite <b>con dolore si aspettano più supporto emotivo</b> da parte dei professionisti sanitari					
m. Le donne <b>sopportano meglio e di più il dolore</b> rispetto agli uomini					
n. I pazienti di sesso maschile <b>sono meno esigenti riguardo spiegazioni e attenzioni</b> rispetto alle pazienti di sesso femminile					
o. Le donne utilizzano in maniera eccessiva l'assistenza sanitaria (più visite, più richieste di farmaci...)					
p. Nella gestione del dolore le donne rispondo meglio al placebo rispetto agli uomini					
q. Le pazienti di sesso <b>femminile si lamentano maggiormente per la loro salute</b> rispetto a quelli di sesso maschile					
r. E' più facile trovare le cause di problemi di salute negli uomini perché gli uomini comunicano in modo più diretto					
s. Le donne con dolore manifestano meno depressione degli uomini con dolore					
t. I pazienti di sesso femminile hanno un livello di adattamento alla malattia e alla terapia maggiore rispetto ai pazienti di sesso maschile					

**SEZIONE 2 : DATI LEGATI ALL' ESPERIENZA**

9) A partire dalla sua esperienza lavorativa, ritiene che vi siano differenze nel modo in cui uomini e donne reagiscono alla malattia?

- a. Sì
- b. No
- c. Non saprei

Se sì, ne potrebbe segnalare una?

---

---

---

10) Le è mai capitato di rilevare che lo stesso farmaco antidolorifico somministrato a uomini o donna nella stessa condizione clinica abbia avuto risposte (fisiche o psicologiche) diverse?

4	3	2	1	0
SI, sempre	SI, SPESSO	SI, QUALCHE VOLTA	NO, QUASI MAI	MAI

11. Durante la sua attività lavorativa ha rilevato differenze nel modo in cui i medici, gli infermieri o i fisioterapisti maschi gestiscono le attività legate all'assistenza e alla cura delle persone assistite (ad es. la gestione delle informazioni, le decisioni prese etc.) rispetto alle professioniste femmine?

- a. Sì
- b. No
- c. Non saprei

Se sì, ne potrebbe fare un esempio?

---

---

---

12. Rispetto alla sua esperienza, lavorare con un collega dello stesso sesso è più produttivo rispetto che lavorare con un collega di sesso opposto?

- a. Sì
- b. No
- c. Non saprei

13. Rispetto alla sua esperienza, lavorare con un collega dello stesso sesso è più conflittuale

- a. Sì
- b. No
- c. Non saprei

**Grazie per l'attenzione**



## **RINGRAZIAMENTI**

*Vorrei ringraziare la Dott.ssa Ghitti, in primo luogo per l'aiuto nella stesura dell'elaborato di Tesi, in seguito per avermi accompagnata durante questi anni di studio, elargendo le sue conoscenze e abilità e infine per essere sempre stata disponibile, aiutandomi nei momenti più duri e mostrando il proprio appoggio in quelli di festa.*

*Un grande ringraziamento va a mia mamma e mio papà, che mi hanno sempre appoggiato in tutte le scelte che ho fatto e mi hanno permesso di diventare la persona che sono oggi, crescendomi ed educandomi. Spero di rendervi orgogliosi di me come io lo sono di voi. A mio fratello, che nonostante i litigi mi è sempre stato vicino e me lo ha dimostrato ogni giorno. Vi voglio bene e non smetterò mai di ringraziarvi.*

*Alle mie migliori amiche, che sono state accanto a me in ogni momento della mia vita e saranno al mio fianco per sempre. Che mi conoscono come nessun altro e giorno dopo giorno mantengono salda la nostra amicizia, in attesa di Formentera 2050. Vi voglio bene.*

*Infine un grande ringraziamento ad Alberto. In questi anni mi hai incoraggiato e sostenuto, evidenziando sempre il mio lato migliore anche quando era impossibile farlo. Mi hai stimolato a essere forte ogni giorno, ma capivi quando volevo semplicemente che mi stringessi a te nei momenti tristi, senza parlare. Eppure hai sempre trovato il modo per farmi ridere, anche con una delle tue battute terribili.*

*Grazie perché con te sono sempre felice.*

