



Pregiudizi di sesso/genere nella ricerca sul dolore e nella pratica clinica

- **Sónia F. Bernardes PhD:** Iscte-Lisbon University Institute, Department of Social and Organizational Psychology, Lisbon, Portugal
- **Anke Samulowitz, PhD:** University of Gothenburg, School of Public Health and Community Medicine, Gothenburg, Sweden
- **Kai Karos, PhD:** Maastricht University, Department of Clinical Psychological Science, Maastricht, Netherlands
- **Jeffrey Mogil, PhD:** McGill University, Department of Psychology, Montreal, Canada

Cosa sono i pregiudizi di sesso/genere nella ricerca sul dolore e nella pratica clinica?

- I pregiudizi di sesso/genere descrivono la tendenza a (s)favorire un gruppo di individui rispetto a un altro in base alla loro categorizzazione di sesso/genere [1]. Riflettono preconcetti stereotipati ingiustificati e atteggiamenti pregiudiziali nei confronti di donne/maschi, uomini/uomini o persone di genere diverso, che possono portare ad azioni discriminatorie. Nelle società patriarcali, tali pregiudizi spesso riflettono la tendenza a favorire i maschi/uomini rispetto alle femmine/donne e alle persone di genere diverso. Sono legati alla cultura, al contesto e si intersecano con altre posizioni e identità sociali come l'età, l'etnia, l'orientamento sessuale e/o lo status socioeconomico.
- I pregiudizi di sesso/genere possono essere espliciti (cioè consapevoli) o impliciti (cioè inconsci). I pregiudizi espliciti e impliciti possono essere contraddittori [1]. Ad esempio, gli operatori sanitari o i ricercatori possono essere esplicitamente impegnati in valori egualitari, ma avere implicitamente convinzioni stereotipate di genere che influenzano rispettivamente i loro giudizi clinici o i loro approcci concettuali/metodologici.

- Nel campo della salute si possono riscontrare due tipi principali di pregiudizi legati al sesso/genere [2]:
 - Non considerare le differenze di sesso/genere, reali o potenzialmente rilevanti, partendo dal presupposto che le donne e gli uomini sono "uguali" o hanno esigenze simili, ad esempio quando le donne sono escluse dagli studi clinici con l'ipotesi che i risultati possano essere generalizzabili da campioni di uomini.
 - Presupporre differenze tra i sessi/generi quando invece si dovrebbero riconoscere le somiglianze, ad esempio sottovalutando il dolore di una donna rispetto a quello di un uomo nonostante disturbi e bisogni simili.

Esistono pregiudizi di sesso/genere nella ricerca sul dolore?

Pregiudizi di genere nella ricerca preclinica:

- Gli studi preclinici sul dolore sono stati storicamente condotti esclusivamente su roditori maschi (ratti e topi), per il timore che la ciclicità degli ormoni gonadici (cioè estrogeni e progesterone) potesse "complicare" le cose nelle femmine e portare a livelli più elevati di variabilità nei dati, rendendo necessario l'uso di più animali e aumentando i costi. Questo timore si è

dimostrato infondato negli studi sul dolore [3] e più in generale nella biomedicina. Semmai, sono i roditori maschi a presentare livelli più elevati di variabilità.

- Una review sulla ricerca preclinica pubblicata nella rivista Pain nel periodo 1996-2005 ha mostrato che il 79% degli studi prevedeva l'uso esclusivo di ratti/topi maschi, con un ulteriore 3% di studi che non specificavano nemmeno il sesso del soggetto di ricerca [3]. Un'analoga revisione degli articoli pubblicati su Pain nel 2015 ha mostrato che nulla è cambiato in 20 anni: anche in questo caso, il 79% degli studi utilizzava esclusivamente maschi [4].

- L'uso di roditori maschi per creare un modello di condizioni che colpiscono prevalentemente le donne è chiaramente contrario all'etica. In risposta a ciò, le agenzie di finanziamento di ricerche di tutto il mondo stanno istituendo mandati per il sesso come variabile biologica (SABV), ossia politiche che riconoscono il sesso come una variabile da considerare nella progettazione, nell'analisi e nella rendicontazione della ricerca. Negli Stati Uniti, presso il National Institutes of Health, tale mandato è stato annunciato nel 2014 ed è entrato in vigore nel 2016 [5].

- Una revisione dei lavori preclinici pubblicati su Pain dal 2015 al 2019 ha mostrato che nel 2019 solo il 50% dei lavori utilizzava solo maschi [6]. Tuttavia, su 127 studi identificati in cui sono stati testati entrambi i sessi e la manipolazione sperimentale è risultata "funzionante" in un sesso ma non nell'altro, il 72% delle volte ha funzionato nei maschi ma non nelle femmine [6]. Questo suggerisce che la letteratura è ora completamente distorta in modo tale che i risultati ottenuti nei maschi generano ipotesi che si rivelano vere solo nei maschi. Probabilmente siamo solo agli inizi della comprensione della biologia del dolore femminile nei modelli animali.

Pregiudizi di sesso/genere nella ricerca clinica:

- La maggior parte delle attuali teorie sul dolore non integra i fattori di sesso e di genere e la maggior parte della ricerca sul dolore nell'uomo non analizza né riporta le differenze di sesso e di genere. Una revisione sistematica delle pubblicazioni su Pain del

periodo 2012-2021 ha concluso che meno del 20% presentava dati disaggregati per sesso [7].

- Sebbene gli studi più recenti abbiano una rappresentazione più equilibrata dei sessi [7], è ancora possibile riscontrare un bias di campionamento. Poiché è più probabile che le donne cerchino sostegno o frequentino i centri di terapia del dolore, negli studi clinici vi è una sovrarappresentazione di donne. Al contrario, gli studi sperimentali hanno una proporzione maggiore di maschi/uomini nei loro campioni, poiché è più probabile che gli individui di sesso maschile si offrano volontari per gli studi sperimentali sul dolore [8].

- La valutazione delle caratteristiche demografiche spesso non è ancora in grado di cogliere la diversità dei sessi e delle identità di genere, andando poco al di là di "femmina/donna, maschio/uomo, altro". Inoltre, le popolazioni di genere diverso sono spesso accomunate o escluse dall'analisi dei dati, contribuendo alla loro marginalizzazione nella produzione di conoscenza [8].

- La visione stereotipata e dominante del binomio sesso/genere continua a plasmare la maggior parte dei presupposti concettuali e dei progetti di ricerca [8]. Ad esempio, le variazioni all'interno del sesso nei fattori biologici (ad esempio, gli ormoni sessuali) che possono essere collegati all'esperienza del dolore sono state meno studiate. Inoltre, la ricerca si è concentrata per lo più sulle tradizionali concezioni occidentali di femminilità e mascolinità, a volte viste come mutuamente esclusive, anziché come coesistenti in tutti gli esseri umani. In effetti, poche ricerche sul dolore hanno esplorato la diversità e la fluidità delle femminilità e delle mascolinità, che sono spesso modellate da spunti situazionali e da altre posizioni sociali (ad esempio, età, cultura, etnia, classe sociale).

Pregiudizi di sesso/genere nella ricerca clinica:

- I pregiudizi di sesso/genere possono influenzare la comunicazione del dolore, la valutazione e le decisioni terapeutiche nell'ambito clinico. Molti studi hanno evidenziato pregiudizi di sesso e di genere in contesti di dolore acuto e cronico.

- Per quanto riguarda il dolore acuto, sono stati condotti diversi studi in contesti di emergenza e di dolore post-operatorio:

- Una scoping review di articoli pubblicati tra il 1960 e il 2021 sui pregiudizi nei servizi medici di emergenza (EMS) negli Stati Uniti [9] ha concluso che, sebbene le donne siano più rapide nel riconoscere i segni e i sintomi delle sindromi coronariche acute (come il dolore toracico), attendono più a lungo di accedere al sistema EMS dopo aver chiesto aiuto rispetto agli uomini. Tuttavia, non è emerso un chiaro consenso sui pregiudizi di sesso/genere negli interventi preospedalieri per la sindrome coronarica acuta (ad esempio, ECG, aspirina o nitroglicerina) o nella gestione del dolore preospedaliero.

- Una revisione sistematica degli studi sui pregiudizi nel dolore post-operatorio e nella gestione del dolore pubblicati dal 1992 al 2022 [10] ha mostrato che le donne hanno riportato punteggi di dolore post-operatorio più alti rispetto agli uomini nella maggior parte degli studi, ma hanno ricevuto meno farmaci antidolorifici rispetto agli uomini in più della metà degli studi.

- Per quanto riguarda il dolore cronico, una revisione theory-driven di studi quantitativi e qualitativi pubblicati dal 2000 al 2015 sui pregiudizi di genere nella cura del dolore [11] ha mostrato che, rispetto agli uomini, le donne più spesso:

- devono lottare per far sì che il loro dolore sia considerato legittimo nel contesto della visita medica: il loro dolore è più psicologizzato, diffidato e giudicato inaffidabile a seconda delle loro apparenze (ad esempio, avere un aspetto troppo bello o non abbastanza bello).

- ricevono più rinvii a trattamenti psicologici, un sollievo dal dolore meno efficace, meno analgesici oppioidi e più antidepressivi.

- Questa revisione [11] ha anche mostrato che le norme di genere legate al dolore - aspettative stereotipate su come gli uomini e le donne sono e dovrebbero comportarsi in caso di dolore - possono in parte

spiegare questi pregiudizi di sesso/genere nella pratica clinica. In effetti, in diverse culture esistono aspettative ampiamente condivise secondo cui, in spazi pubblici come la visita medica:

- gli uomini con dolore cronico siano stoici, autonomi, controllati, tolleranti al dolore, evitino di parlare del dolore e di cercare aiuto. Ci si aspetta anche che diano priorità al lavoro retribuito rispetto ai doveri domestici.

- Le donne con dolore cronico sono spesso descritte rispetto agli uomini (andro-normatività), essendo percepite come più sensibili al dolore, più disposte a riferirlo e talvolta come isteriche, malinconiche o che fingono il dolore. Ci si aspetta anche che si impegnino nelle pratiche di autocura più degli uomini.

- Sebbene anche i pregiudizi impliciti (ad esempio, atteggiamenti negativi inconsci) possano essere un meccanismo alla base dei pregiudizi di sesso/genere nella pratica clinica, sono stati studiati molto meno. Una scoping review degli articoli pubblicati tra il 2011 e il 2021 sui pregiudizi inconsci degli operatori sanitari in diverse parti del mondo [12] ha mostrato che solo il 13% degli studi si è concentrato sui pregiudizi di genere e una minoranza di questi lo ha fatto in contesti di dolore.

- Sebbene molti studi mostrino pregiudizi nei confronti delle donne in contesti di dolore acuto e cronico, alcuni studi suggeriscono l'assenza di pregiudizi o addirittura (anche se meno frequentemente) pregiudizi nei confronti degli uomini. Ad esempio, una revisione sistematica e una meta-analisi [13] hanno mostrato che gli operatori sanitari sottostimano in modo significativo il dolore dei pazienti, soprattutto quando la maggior parte dei pazienti del campione di studio sono maschi/uomini (rispetto alle femmine/donne). Ciò suggerisce che i pregiudizi di sesso/genere nella pratica clinica sono variabili e molto probabilmente dipendenti dal contesto [14].

Come possiamo ridurre al minimo i pregiudizi di sesso e di genere nella ricerca sul dolore e nella pratica clinica?

- Per ridurre al minimo i pregiudizi di sesso/genere nella ricerca sul dolore, i ricercatori possono familiarizzare con le linee guida e le raccomandazioni esistenti per integrare il sesso e il genere nella ricerca sulla salute (e sul dolore), come ad esempio:
 - l'approccio Sex- and Gender-Based Analysis (SGBA) del CIHR (Canadian Institute of Health Research)
 - linee guida SAGER (Sex and Gender Equity in Research) [15]
 - le recenti raccomandazioni di Keogh e Boerner [8] su come incorporare una prospettiva integrata di sesso e genere nella ricerca sul dolore.
- La Genderful Research Consortium Platform è un esempio di iniziativa particolarmente utile che "fornisce una panoramica delle risorse chiave per ogni fase della ricerca biomedica, clinica e di salute pubblica".
- Per quanto riguarda la pratica clinica, il primo passo per contrastare i pregiudizi di sesso/genere è quello di aumentare la consapevolezza su di essi. Tuttavia, mancano interventi efficaci basati sull'evidenza per superare o ridurre i pregiudizi di genere nella pratica clinica in generale [16].
- Tuttavia, si possono trovare alcuni strumenti che mirano a facilitare questo processo nei contesti del dolore, come lo "strumento per l'uguaglianza di genere" [17] che supporta l'analisi dei processi sociali e di genere nella valutazione clinica del dolore attraverso domande rivolte direttamente ai luoghi di lavoro e ai professionisti.
- Una maggiore consapevolezza dei pregiudizi di sesso/genere nella pratica clinica è un processo continuo ed è importante che le organizzazioni sanitarie, i colleghi e ogni singolo professionista trovino procedure e routine per discutere continuamente i pregiudizi espliciti e, non da ultimo, impliciti.

Bibliografia

1. Brewer MB. Intergroup discrimination: Ingroup love or outgroup hate? In CG Sibley, FK Barlow (eds.), *The Cambridge Handbook of the Psychology of Prejudice*. Cambridge: Cambridge University Press, 2017, pp. 90–110.
2. Risberg G, Johansson E, Hamberg K: A theoretical model for analyzing gender bias in medicine. *Int J Equity Health* 2009; 28, 1-8.
3. Mogil JS, Chanda ML: The case for the inclusion of female subjects in basic science studies of pain. *Pain* 2005; 117: 1-5.
4. Mogil JS. Equality need not be painful. *Nature* 2016; 535:S7.
5. Clayton JA, Collins, FS. Policy: NIH to balance sex in cell and animal studies. *Nature* 2014; 509 (7005): 282-283.
6. Mogil JS. Qualitative sex differences in pain processing: Emerging evidence of a biased literature. *Nat Rev Neurosci* 2020; 21: 353-365.
7. Plumb AN, Lesnak JB, Berardi G, Hayashi K, Janowski AJ, Smith AF, Bailey D, Kerkman C, Kienenberger Z, Martin B.; Patterson E, Van Roekel H, Vance CGT, Sluka A: Standing on the shoulders of bias: lack of transparency and reporting of critical rigor characteristics in pain research. *PAIN* 2023; 164(8):1775-1782.
8. Keogh E, Boerner KE. Challenges with embedding an integrated sex and gender perspective into pain research: Recommendations and opportunities. *Brain Behav Immun* 2024;117:112–121.
9. Farcas AM, Joiner AP, Rudman JS, Ramesh K, Torres G, Crowe RP, Curtis T, Tripp R, Bowers K, von Isenburg M, Logan R, Coaxum L, Salazar G, Lozano M Jr, Page D, Haamid A. Disparities in Emergency Medical Services Care Delivery in the United States: A Scoping Review. *Prehosp Emerg Care*. 2023;27(8):1058-1071.
10. Thurston KL, Zhang SJ, Wilbanks BA, Billings R, Aroke EN: A Systematic Review of Race, Sex, and Socioeconomic Status Differences in Postoperative Pain and Pain Management. *J Perianesth Nurs*. 2023;38(3):504-515.
11. Samulowitz A, Gremyr I, Eriksson E, Hensing G: "Brave men" and "emotional women": A theory-guided literature review on gender bias in health care and gendered norms towards patients with chronic pain. *Pain Res Manag* 2018; ID6358624.
12. Meidert U, Dönniges G, Bucher T, Wieber F, Gerber-Grote A: Unconscious Bias among Health Professionals: A Scoping Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2023 12;20(16):6569.
13. Ruben, MA, Blanch-Hartigan, D., & Shipert JC: To know another's pain: A meta-analysis of caregivers' and healthcare providers' pain assessment accuracy. *Annals Behav Med* 2018; 52 (8): 662-685.
14. Bernardes SF, Lima ML: On the contextual nature of sex-related biases in pain judgments: The effects of pain duration, patient's distress and judge's sex. *Eur J Pain* 2011; 15(9): 950–957.
15. Heidari S, Babor TF, De Castro P et al. Sex and Gender Equity in Research: rationale for the SAGER guidelines and recommended use. *Res Integr Peer Rev* 2016; 1, 2.
16. Alcalde-Rubio L., Hernández-Aguado I, Parker LA, Bueno-Vergara E, Chilet-Roselt E: Gender disparities in clinical practice: A there any solutions? Scoping review of interventions to overcome or reduce gender bias in clinical practice. *Int J Equity Health* 2020; 19: 166.
17. Hammarström A, Wiklund M, Stålnacke BM, Lehti A, Haukenes I, et al: Developing a Tool for Increasing the Awareness about Gendered and Intersectional Processes in the Clinical Assessment of Patients – A Study of Pain Rehabilitation. *PLOS ONE* 2016; 11(4): e0152735.