

Sintesi Caffè Corretto del 30.03.2026

Quando i bias di genere plasmano l'esperienza sanitaria (con Arianna Nobile, studentessa di master presso la facoltà di lavoro sociale dell'Università di Friburgo)

La salute come fenomeno sociale e sistemico

Il Caffè corretto, ispirato alla tesi di bachelor di Arianna Nobile, ha esplorato il tema dei bias di genere nella salute, con un focus specifico sulla percezione del dolore e sull'esperienza sanitaria.

Il tema è stato affrontato attraverso una doppia lente: da un lato la prospettiva soggettiva, che riguarda l'esperienza vissuta delle persone, dall'altro quella sistemica, che analizza il funzionamento del sistema sanitario, le pratiche mediche e la produzione di conoscenza scientifica. Questa impostazione, in linea con l'approccio sistemico di Equi-Lab, consente di superare una lettura individualizzante della salute e di riconoscere come essa sia il risultato dell'interazione tra molteplici dimensioni: sociali, culturali, organizzative e simboliche. In questo quadro, il genere emerge come una variabile centrale nella costruzione delle esperienze di salute e malattia.

I determinanti sociali della salute: oltre la responsabilità individuale

Uno dei punti chiave emersi riguarda il ruolo dei determinanti sociali della salute, che mostrano come la salute non dipenda principalmente dalle scelte individuali, ma da fattori strutturali. I dati indicano infatti che circa il 70% della salute è determinato da fattori socioeconomici e ambientali, mentre i comportamenti individuali incidono in misura molto più limitata e la genetica ancora meno.

Questa evidenza permette di mettere in discussione una narrativa ancora diffusa, che attribuisce la salute principalmente alla responsabilità individuale. Al contrario, il contesto di vita delle persone (in termini di accesso alle risorse, condizioni lavorative, carichi di cura e sicurezza economica) ha un impatto determinante.

E il genere si intreccia con questi determinanti in modo significativo. Le donne, ad esempio, risultano maggiormente esposte a precarietà economica, a un accumulo di responsabilità tra lavoro retribuito e lavoro di cura, a stress cronico e a condizioni lavorative meno tutelate. Questi elementi contribuiscono a spiegare un paradosso ben documentato: le donne vivono mediamente più a lungo degli uomini, ma in condizioni di salute peggiori. Il concetto di gradiente sociale della salute rafforza ulteriormente questa lettura, evidenziando una relazione diretta tra posizione sociale e stato di salute.

Bias di genere: cosa sono e come si radicano nei sistemi

I bias di genere sono stati definiti come scorciatoie cognitive che permettono di semplificare la realtà e di prendere decisioni rapide, ma che possono generare distorsioni sistematiche nei

processi decisionali. La loro origine è duplice: da un lato cognitiva, legata al funzionamento del cervello, dall'altro sociale e culturale, radicata in norme, stereotipi e rappresentazioni diffuse.

Un aspetto centrale emerso è che i bias non sono solo individuali: sono profondamente incorporati nei sistemi, nelle istituzioni e nella ricerca scientifica. Nel contesto sanitario, questo significa che influenzano l'interpretazione dei sintomi, le decisioni cliniche e la produzione di conoscenza medica.

Il processo che porta alle disuguaglianze può essere letto come una sequenza che va da bias e stereotipi fino alle discriminazioni. Pertanto, nell'interazione medico-paziente, le rappresentazioni sociali influenzano la valutazione clinica e possono condurre a trattamenti differenziati, spesso in modo inconsapevole.

Gender bias nella medicina: evidenze e meccanismi

Numerosi studi dimostrano che il sistema sanitario tende a trattare uomini e donne in modo differenziato, spesso a svantaggio delle donne. Questo fenomeno emerge in diversi ambiti clinici.

Nel caso delle malattie cardiovascolari, ad esempio, le donne ricevono mediamente meno interventi dopo un infarto e presentano una probabilità più elevata di mortalità entro un anno. Una delle ragioni risiede nel fatto che i sintomi femminili non rientrano nel modello clinico di riferimento, costruito per decenni sul corpo maschile: questo li rende meno immediatamente riconoscibili e più facilmente sottovalutati.

Anche nel campo della salute mentale si osservano distorsioni significative. Le donne vengono diagnosticate con depressione molto più frequentemente, mentre gli uomini risultano spesso sottodiagnosticati, poiché tendono a esprimere il disagio attraverso comportamenti meno facilmente riconducibili alle categorie diagnostiche tradizionali.

Un ulteriore esempio è rappresentato dalla cosiddetta "errance médicale", ovvero il percorso lungo e frammentato che molte pazienti affrontano prima di ricevere una diagnosi. Il caso più emblematico è quello dell'endometriosi, che può richiedere in media tra i sette e i dieci anni per essere diagnosticata.

Questi fenomeni mettono in luce una doppia disuguaglianza: le donne ricevono cure meno adeguate, pur essendo al contempo quelle che più spesso si fanno carico della gestione della salute, propria e altrui.

Gender blindness e androcentrismo nella ricerca

Un altro elemento strutturale è rappresentato dalla cosiddetta gender blindness, ovvero la tendenza della medicina a considerare il corpo umano come neutro e universale. Storicamente, la ricerca clinica è stata condotta prevalentemente su uomini bianchi, generalizzando i risultati all'intera popolazione.

Questo approccio ha prodotto conseguenze rilevanti, tra cui trattamenti meno efficaci per le donne e scarsa conoscenza degli effetti specifici dei farmaci sul corpo femminile. A ciò si aggiunge una prospettiva androcentrica, che assume il modello maschile come norma, invisibilizzando le differenze femminili.

Questi meccanismi contribuiscono a radicare e perpetuare le disuguaglianze di genere all'interno del sistema sanitario.

Il dolore come campo privilegiato dei bias

Il dolore è un terreno particolarmente fertile per osservare i bias, in quanto si tratta di un fenomeno soggettivo, difficile da misurare e fortemente dipendente dall'interpretazione. I professionisti e le professioniste in ambito sanitario devono basarsi in larga parte sul racconto della persona, sulle loro espressioni e segnali non verbali, elementi che introducono inevitabilmente margini di incertezza.

In questo contesto, le aspettative sociali legate al genere giocano un ruolo decisivo. Le differenze nella percezione e nell'espressione del dolore sono infatti influenzate da fattori biologici, ma anche da fattori psicosociali e da norme e aspettative di genere interiorizzate. In particolare, gli uomini sono socializzati a sopportare il dolore e a non esprimerlo apertamente, mentre alle donne viene riconosciuta maggiore legittimità nell'esprimerlo.

Purtuttavia, il loro dolore tende a essere preso meno sul serio e più facilmente interpretato come psicologico o emotivo, con una conseguente maggiore prescrizione di psicofarmaci e una minore somministrazione di analgesici.

Al contrario, gli uomini, pur consultando il medico più tardi, ricevono spesso trattamenti più aggressivi, perché tendenzialmente ricondotto a cause organiche.

Norme di genere e socializzazione

Le differenze osservate nella percezione e nel trattamento del dolore non sono innate, ma il risultato di processi di socializzazione di genere. Fin dall'infanzia, ragazzi e ragazze apprendono norme e aspettative differenti rispetto al modo di relazionarsi al proprio corpo e al dolore.

Ai ragazzi viene generalmente insegnato a essere forti, a resistere e a non mostrare vulnerabilità, mentre alle ragazze viene riconosciuta una maggiore legittimità nell'espressione del disagio. Queste differenze si traducono in modalità diverse di comunicare il dolore e influenzano gli approcci di professionisti e professioniste in ambito sanitario, contribuendo a rafforzare i bias.

Leve di cambiamento: formazione e consapevolezza

Per contrastare i bias di genere nella salute, Arianna Nobile ha evidenziato alcune leve di cambiamento. Un primo elemento riguarda la formazione, in particolare nei percorsi universitari

di medicina, dove è fondamentale introdurre strumenti per riconoscere i bias e comprendere le disuguaglianze.

A ciò si aggiunge la necessità di stimolare nella pratica medica una riflessione critica per interrogare automatismi, rappresentazioni e decisioni.

Accanto alla dimensione individuale, emerge l'importanza di un approccio sistemico che riveda protocolli, modelli organizzativi e pratiche istituzionali. Infine, risulta centrale integrare una prospettiva intersezionale, che consideri l'interazione tra genere e altre dimensioni socio-economiche.

Conclusione: rendere visibile l'invisibile

La salute non è un dato neutro: è un'esperienza profondamente modellata da strutture sociali, culturali e istituzionali che definiscono ciò che viene riconosciuto, ciò che resta invisibile e ciò che diventa possibile.

Il tema dei bias di genere mostra inoltre quanto sia fondamentale andare oltre la superficie per individuare i meccanismi invisibili che producono disuguaglianze e per intervenire in modo mirato, sia a livello individuale sia sistemico.

È esattamente questo che sta all'origine dell'agire di Equi-Lab: aiutare organizzazioni e istituzioni a vedere e comprendere i pattern che generano disuguaglianze e a trasformarli in leve di cambiamento.