



OSSERVATORIO
MEDICINA DI GENERE

Linee di indirizzo per l'applicazione della Medicina di Genere nella ricerca psico-sociale

*Linee di indirizzo per l'applicazione della Medicina di Genere nella
ricerca e negli studi preclinici e clinici*

Parte 2

Documento approvato in seduta plenaria dall'Osservatorio dedicato alla Medicina di Genere in data: 25/01/2024.

Gruppo di Lavoro "Ricerca e innovazione"

Coordinamento:

- *Prof.ssa Marialuisa Appetecchia, Rappresentante degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) individuato dalla Direzione generale della ricerca e dell'innovazione in sanità del Ministero della Salute*
- *Dott.ssa Elena Ortona, Direttrice del Centro di Riferimento per la Medicina di Genere dell'Istituto Superiore di Sanità*
- *Prof.ssa Fulvia Signani, Rappresentante del Consiglio Nazionale Ordini Psicologi (CNOP)*

Esperte nominate dall'Osservatorio dedicato alla Medicina di Genere:

- *Prof.ssa Caterina Arcidiacono, Consigliera di fiducia Ateneo Federico II Napoli; Director, Board of Directors EFPA (European Federation of Psychologists Association), Bruxelles*
- *Prof.ssa Norma De Piccoli, Ordinaria di Psicologia Sociale e Psicologia di Comunità, Dipartimento di Psicologia, Università di Torino; Referente dell'Associazione Italiana di Psicologia (AIP) presso l'Osservatorio dedicato alla Medicina di Genere dell'ISS.*

Sommario

1. Prefazione	4
2. Fattori psicosociali	4
2.1 <i>Esposizione differenziata e vulnerabilità differenziata - Differential exposure e differential vulnerability</i>	4
2.2 <i>Pregiudizio di genere "Gender bias"</i>	5
2.3 <i>Mascolinità egemonica e violenza di genere</i>	5
3. Differenze di genere: accesso alle cure e presa in carico	6
3.1 <i>Caregiver: il peso della attività di cura</i>	7
3.2 <i>Salute mentale e differenze di genere</i>	7
4. Le competenze di sesso e genere nella salute e nella malattia: metodi di ricerca nelle scienze umane	8
5. Conclusioni	9
Bibliografia	11

1. Prefazione

L'Organizzazione Mondiale della Sanità, in una rappresentazione grafica (grafo cosiddetto "arcobaleno") del 1996, rappresentava come fattore determinante per la salute, il sesso e, nel 2016, aggiungeva come ulteriore determinante di salute il genere (Signani, 2016a).

Più di recente, ulteriori definizioni suggeriscono di considerare anche la sessualità (Lorber, 2022), introducendo una *prospettiva intersezionale*, che analizza come sesso/genere/sexualità si interfacciano tra loro e con altri determinanti, tra cui etnia, abilità/disabilità, status sociale e socio economico, nonché variabili legate a stress specifici e ambiente, etc.

Nel 2011 Marianne Legato, considerata tra le pioniere della Medicina di genere pubblicava l'editoriale "The homosexual and transgendered individual: deviant or part of the normal human continuum?" per invitare, nella considerazione delle differenze sesso/genere, anche le diverse identità di genere e sessuali, e tenere quindi in considerazione anche le persone omosessuali e transgender.

Nella storia delle discipline scientifiche non si può finora parlare di un vero e proprio approccio di Psicologia di genere nella Medicina di Genere, ovvero l'approccio attento alle differenze sesso e genere nelle discipline della cura. Qui si espone una delle prime analisi italiane, volta a valorizzare quanto l'applicazione interdisciplinare nella ricerca possa venire a vantaggio di una comprensione olistica della salute e malattia.

2. Fattori psicosociali

Gli aspetti psicosociali svolgono un ruolo chiave e le differenze di genere, socialmente determinate dalle condizioni socio-economiche, dai ruoli stereotipici e dai modelli culturali che caratterizzano uomini e donne, sono anch'esse importanti nel definire le possibilità dell'individuo di vivere una vita lunga e sana.

2.1 Esposizione differenziata e vulnerabilità differenziata - Differential exposure e differential vulnerability

Secondo la *Differential exposure* (Arber e Cooper, 1999; Bird, 1994) le differenze di salute tra uomini e donne dipendono da una diversa esposizione a fattori socio-economici e psicosociali, condizionando l'assunzione di differenti stili di vita e quindi influenzando un diverso livello di benessere. Invece per la *Differential vulnerability* (McDonough e Walters, 2001) si sostiene che tra uomini e donne sia presente un livello di vulnerabilità differente rispetto ad alcuni determinanti sociali della salute: ossia il genere ha un effetto moderatore specifico su particolari fattori; ad esempio: un reddito elevato, un lavoro a tempo pieno, la cura della famiglia e il sostegno sociale sono predittori significativi di buona salute nel caso delle donne rispetto a quanto non lo siano per gli uomini; il fumo e il consumo di alcol sono determinanti

rilevanti dello stato di salute di questi ultimi, mentre il peso corporeo e l'inattività fisica incidono di più sulla salute delle donne.

In sostanza, se le differenze sessuali richiedono una conoscenza dei diversi funzionamenti dell'organismo umano, gli aspetti connessi al genere si rintracciano nelle diverse richieste sociali, culturali, economiche e religiose a cui uomini e donne sono differentemente esposti. Si osservi qui che anche quelle che potrebbero essere considerate delle differenze psicologiche sono in realtà conseguenze dell'interiorizzazione di processi di socializzazione, di influenzamento sociale e di adesione, o non adesione, ai ruoli di genere proposti e, a volte, imposti dal contesto normativo.

2.2 Pregiudizio di genere "Gender bias"

Il concetto di *Gender Bias*, o pregiudizio di genere, è stato introdotto per la prima volta nel Rapporto "Women and Health Research" (1994 National Institutes of Health degli Stati Uniti NIH), che descrive le potenziali distorsioni nel disegno e nella conduzione degli studi clinici, quando non tengono nella dovuta considerazione gli effetti specifici di sesso e/o di genere, nonché le evidenti ripercussioni di tale distorsione sulla gestione della salute, in particolare delle donne. L'espressione *Gender Bias* ha assunto così un significato più generale per delineare 'errori o pregiudizi' dati dal non tener conto del genere. Il *gender bias* descrive, infatti, le implicazioni nel trattamento di pazienti sia maschi sia femmine e va tenuto in considerazione nella ricerca medica, nella pratica clinica e nella formazione (Hamberg, 20008; Signani, 2013).

2.3 Mascolinità egemonica e violenza di genere

Più di recente la letteratura riporta nuove aree d'espressione delle determinanti di genere sulla salute, quale *la Mascolinità egemonica* (Springer e Mouzon, 2019), per descrivere gli effetti della 'interiorizzazione del modello maschile' negli uomini, inducendo in essi comportamenti disfunzionali di salute quali comportamenti a rischio, ansia, depressione, comportamenti suicidari, ecc., che trovano la loro origine nelle influenze sociali, ambientali e istituzionali (Courtenay, 2011; Smith, Mouzon e Elliott, 2022). Questi modelli possono avere un effetto disfunzionale anche sulle donne, quando concorrono a una immagine di sé svalorizzante che, interiorizzata, induce impotenza, sensi di colpa e vulnerabilità letali per il benessere psicofisico (Golding, 1999).

La violenza di genere e sessuale è causa di diversi disturbi psicologici, psichici e fisici, anche nel lungo periodo (Milani e Grumi, 2023)¹; si caratterizza in particolare come disturbo post-traumatico da stress - *Post traumatic stress disorder* (PTSD) per gli effetti immediati e di lungo periodo (Luberti e Grappolini, 2021). Secondo la nota indagine dell'European Union Agency

¹ EIGE (2021) stima in 39 miliardi il costo della violenza di genere in Italia, considerando i costi per i servizi legati all'impatto fisico ed emotivo della violenza, i servizi di giustizia penale e la perdita di produzione economica che dalla violenza di genere deriva.

for Fundamental Rights (FRA) del 2014) e come sottolinea l'OMS (Garcia-Moreno et al, 2013), in particolare la violenza di coppia può essere causa di morte, procurare lesioni fisiche, traumi cranici (Colantonio e Valera, 2022), disturbi psicologici, psicosomatici e distress psicofisico (Miller 2019), anche cronico (van der Kolk, 2015).

Tale questione riguarda la Medicina perché i medici di medicina generale, gli psicologi e gli operatori sanitari dovrebbero essere formati a rintracciare i primi segnali della presenza di violenza a danno di una donna (Reale, 2021), a individuarne i disturbi traumatici e gli effetti di vittimizzazione secondaria indotti da interventi sanitari e giudiziari di negazione o colpevolizzazione della vittima (McQueen, Murphy-Oikonen, Miller et al., 2021).

3. Differenze di genere: accesso alle cure e presa in carico

Nel contesto delle cure, le diverse caratteristiche attribuite all'uno o all'altro genere possono modulare aspettative e comportamenti. La riluttanza ad ammettere la propria debolezza può rendere p.e. gli uomini meno disponibili ad aderire ai programmi di prevenzione o a consultare un medico in caso di necessità (Noone e Stephens, 2008).

Gli atteggiamenti sessisti² possono influenzare l'interazione medico-paziente, le cui ripercussioni possono incidere sulla diagnosi e sul trattamento, con il rischio di produrre un accesso differente per uomini e donne alle cure più adeguate. Verdonk Benschop, de Haes, Lagro-Janssen et al. (2009) dimostrano che il personale medico esprime una tendenza ad attribuire le cause di un malessere/disagio psicologico, se il paziente è uomo, a fattori esterni, formulando quindi una diagnosi di burn-out, mentre nel caso di una paziente donna è più probabile che venga riconosciuta una fragilità psichica, rischiando così di contribuire a una sovra-stima diagnostica per le donne e a una sotto-stima per gli uomini. Inoltre, è stato osservato che spesso i medici considerano che le condizioni di salute delle donne siano attribuibili a fattori incontrollabili e non modificabili come la biologia e le emozioni, mentre gli stessi sintomi, negli uomini, vengono più frequentemente attribuiti a fattori controllabili quali ad esempio il comportamento (Verdonk, et al., 2009). I bias di genere in ambito medico possono dipendere anche da una diversa modalità con cui uomini e donne riportano le situazioni di malessere, siano esse fisiche o psicologiche: in linea con i modelli stereotipici dominanti, le donne hanno una maggiore familiarità con l'espressione delle emozioni ed è per loro più usuale riconoscere i sintomi corporei; le norme sociali prevedono una maggiore accettazione del malessere fisico delle donne rispetto agli uomini e accordano una maggiore concessione a che le donne commentino le loro reazioni corporee e richiedano aiuto (Kroenke e Spitzer, 1998; Barsky et al., 2001; Street et al., 2005; Moore, 2010). Le differenze di genere appaiono così non solo in relazione a problemi di salute mentale vissuti da donne e uomini, ma anche nelle modalità di ricerca di aiuto e di trattamento (Oertelt –Prigione e Regitz-Zagrosek, 2014). Ad esempio, le donne hanno maggiori probabilità di cercare aiuto e di

² Si ricorda che nella letteratura psicosociale il sessismo si riferisce non solo ad atteggiamenti e comportamenti a chiara connotazione stereotipica, ma anche a forme più "sottili e mascherate" di sessismo, quello che nella letteratura psicosociale si definisce sessismo benevolente.

rivelare i problemi di salute mentale ai loro medici di base i quali, a loro volta, sono più propensi a prescrivere loro farmaci psicoattivi, piuttosto che indirizzarle ai servizi psicologici o psichiatrici (Roter, Hall e Aoki, 2002).

3.1 Caregiver: il peso della attività di cura

Il ruolo di caregiver è affidato, per ragioni storico-culturali, alla donna, sia essa partner, moglie, parente, badante o addetta ad altro lavoro retribuito. Lo stress che coinvolge le persone che assumono questo ruolo è ben noto, eppure sottodimensionato e sottovalutato in termini politici e sociali (Reinhard, Given, Petlick et al. 2008).

Numerose ricerche dimostrano la situazione di svantaggio delle donne impegnate in pratiche quotidiane di cura e la sua incidenza sulla salute psicofisica. La considerazione dei disagi e delle conseguenze derivate dall'assumere questo ruolo, ovvero la valutazione del "*caregiver burden*", è una questione che non dovrebbe essere negletta nella valutazione dello stato di salute della donna. Le conseguenze sono infatti di ordine fisico, mentale, psicosociale, finanziario, compromettendo la salute della persona con questo tipo di responsabilità e carico di lavoro (Signani, 2016b).

I dati di ricerca mostrano la situazione di svantaggio delle donne impegnate nelle pratiche di cura quotidiane, in termini di tempo, preoccupazione e fatica che sempre più spesso portano esse stesse ad ammalarsi cronicamente, basti pensare alle problematiche ossee e articolari derivanti dalla gestione di pazienti che non collaborano, a vivere problemi mentali, di relazione, finanziari, con vissuti di intrappolamento, percezione di sovraccarico dovuta al forzato isolamento sociale e alle pressioni sperimentate nel contesto di un lavoro retribuito fuori casa (che spesso non considera le difficoltà di conciliare lavoro e accudimenti familiari), ma anche possibili conflitti familiari, come risultato del risentimento, a volte verso la persona malata, a volte verso altri membri della famiglia non collaborativi (Costanzo et al., 2012). Da considerare inoltre che donne con patologia oncologica ritardano, rifiutano o annullano i percorsi di diagnosi e terapie, per continuare a garantire il loro ruolo di caregiver.

Per valutare il carico riferito al ruolo di caregiver sono stati messi a punto diversi strumenti: la famosa *Caregiver Burden Scale* di Zarit (1980), validata anche in italiano, il *Caregiver Burden Inventory* (CBI) (Novak e Guest, 1989) il *Caregiver Self-Assessment Questionnaire* (Epstein-Lubow et al., 2010). Tuttavia, il ruolo di caregiver è ancora trascurato. Adelman et al. (2014) evidenziano che la versione più recente della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD 9), non prevede una classificazione del carico per chi svolge questo ruolo, relegato ancora a un mero livello di intimità familiare. Una ricerca mirata su questo tema sarebbe necessaria e urgente.

3.2 Salute mentale e differenze di genere

Nel caso di disturbi mentali gravi, come la schizofrenia e la depressione bipolare, non sembrano esserci differenze di sesso nella prevalenza. Le ricerche suggeriscono che, in

relazione alla salute mentale delle giovani, i fattori psicosociali sono uguali o più importanti di quelli biologici. (WHO, 2005).

Le teorie sullo sviluppo del corso della vita sono supportate da studi longitudinali che dimostrano che le differenze nella salute mentale di giovani maschi e femmine, iniziano a manifestarsi all'inizio dell'adolescenza, quando i ruoli sociali vengono adottati in misura maggiore (Kirkpatrick Johnson et al, 2011).

Le ragazze sono risultate maggiormente a rischio di problemi di salute mentale tra gli 11 e i 14 anni. I livelli di difficoltà complessivi riferiti dalle ragazze erano significativamente più alti rispetto ai ragazzi in una serie di problemi di salute mentale e di benessere soggettivo. I giovani hanno mostrato chiari segni di disagio mentale con l'avanzare dell'età. (Yoon et al., 2023).

Un'ampia revisione della letteratura internazionale delle prove epidemiologiche su come e perché la salute mentale degli adulti anziani varia in base al genere (Kiely, Brady e Byles, 2019) evidenzia come, rispetto agli uomini anziani, le donne anziane hanno maggiori probabilità di soffrire di disturbi mentali comuni come la depressione e l'ansia, anche se il divario di genere è minore rispetto alle età più giovani. Al contrario, l'impatto di una cattiva salute mentale sulla mortalità, compreso il suicidio, è più grave per gli uomini anziani. I modelli di genere variano a seconda del Paese e dei vari contesti sociali; i fattori proposti per la loro spiegazione includono le norme culturali e sociali, la differenziazione dei ruoli di genere, lo svantaggio e il *(dis)empowerment* nel corso della vita e gli stili di coping degli uomini anziani.

Non si tratta di assumere una prospettiva differenziale, bensì essere in grado di cogliere incidenza e prevalenza delle diverse patologie in relazione a sesso e genere, nonché gli effetti specifici in considerazione della minacciosità degli stereotipi e del *minority stress* di gruppi non egemonici e stigmatizzati (Frost et al., 2022; Meyer, 2003; Meyer, 2015).

4. Le competenze di sesso e genere nella salute e nella malattia: metodi di ricerca nelle scienze umane

La valutazione del "peso" del genere coinvolge le scienze umane e l'applicazione di una prospettiva di genere nella ricerca è un processo ancora in corso. Il fatto di aver trattato per anni l'analisi dell'identità di genere, della sessualità e della struttura patriarcale della società ha contribuito a confondere l'argomento con il metodo: una cosa è analizzare le questioni di genere, un'altra è individuare le caratteristiche dei metodi di ricerca realmente attenti ai possibili pregiudizi di genere.

L'identità di genere è una componente centrale dell'esperienza umana, di cui è fondamentale tenere conto nell'ambito della salute, dello sviluppo, della ricerca psicosociale e della pratica clinica. Tuttavia, la *caratterizzazione psicometrica del genere* è ostacolata dalle difficoltà nell'individuare modelli di autodescrittori di genere nella miriade di tentativi attuati, dai limiti statistici e delle preoccupazioni legate all'equità, per quanto riguarda l'accessibilità della complessa terminologia di genere. Si riporta qui a titolo di esempio la ricerca che, attraverso un processo interattivo guidato da più gruppi della comunità scientifica americana, ha sviluppato il Gender Self-Report (GSR) (Strang, Wallace, Michaelson et al., 2023), uno

strumento multidimensionale di caratterizzazione del genere, accessibile a giovani e adulti, (con attenzione a persone non autistiche e autistiche), a cisgender (che, come è noto, si riferisce a persone la cui identità di genere e sessuale coincidono) e persone di genere diverso. L'American Psychological Association presenta il Gender Self-Report come "calibrato e validato su giovani e adulti, su popolazioni neurotipiche e neurodiverse e su uno spettro di identità di genere; strumento di caratterizzazione multidimensionale del genere, sviluppato per essere usato con popolazioni diverse. Catturando i profili di genere attraverso un linguaggio semplice e accessibile e caratterizzando simultaneamente la diversità di genere non binaria e binaria attraverso spettri continui, il Gender Self-Report è stato progettato per ampie applicazioni di ricerca, cliniche e di servizi".

I metodi a disposizione delle scienze umane vanno dalla ricerca-azione, alla ricerca descrittiva, partecipativa, sperimentale ed etnografica, passando per l'analisi del discorso, lo studio dei documenti e dei dati d'archivio, i racconti orali o scritti, le storie di vita, i casi studio, con strumenti quali interviste, questionari, test e scale di misurazione (Dey, 1993; Cicognani, 2002; Dallago et al., 2004). Essi hanno metodologie proprie specifiche cui fare riferimento (Morse et al., 2002).

5. Conclusioni

Una prospettiva attenta alle differenze di genere in medicina e nelle professioni di cura implica che le condizioni di vita, la posizione assunta in seno alla società e le aspettative sociali circa l'essere femmina o l'essere maschio concorrano, assieme agli aspetti biologici, così come a quelli psicologici, a determinare la salute. È ormai evidente che lo stress psicosociale sia il risultato di processi che riguardano anche il genere (obblighi familiari differentemente distribuiti tra uomini e donne, le forme di molestie e discriminazioni legate al genere, diversa disposizione economica). È noto che le condizioni psicosociali, (Kristen Springer, Mager Stellman e Jordan-Young, 2012), gli stati dell'umore, le interazioni sociali e le differenze di status condizionano la produzione e la funzione neuroendocrine (Booth, Granger, Mazur e Kivlighan, 2006; Haneishi et al., 2007; van Anders e Watson, 2006).

Si sottolinea pertanto la necessità di un approccio intersezionale alla salute, poiché le diverse determinanti (sesso, genere, sessualità, etnia, status socioeconomico, etc.) influenzano gli esiti sanitari in modi complessi e moltiplicativi che non sono mai chiaramente intercettati considerando una sola appartenenza o caratteristica (Signani, 2013 e 2016a; Hankivsky e Christoffersen, 2008; Jackson e Williams, 2006). Pertanto non si può ridurre la complessità di questo fenomeno a una dimensione cosiddetta "neutra" (Butler, 2014; Haraway, 2018). Argomenti che richiederebbero un esteso confronto interdisciplinare e nazionale.

Più in generale, necessita sviluppare disegni di ricerca che:

- tengano in considerazione le variabili di sesso e genere;
- rappresentino in modo paritario maschi e femmine nella composizione dei campioni, così da consentire confronti attendibili, possibilmente comprendendo anche campioni di persone omosessuali e transgender, a seconda di necessità e obiettivi di ricerca.

Inoltre:

- nella ricerca qualitativa e quantitativa vanno sviluppate metodologie e procedure che considerino la possibile influenza delle determinanti di genere del/della ricercatore/ricercatrice nella gestione degli strumenti utilizzati (Metso e Le Feuvre, 2006; Marshall e Young, 2007).
- Nella ricerca qualitativa e in quella partecipata e narrativa devono essere usate procedure condivise (Long, French e Brooks, 2020), riportate secondo criteri conformi alle check list individuate (Tong, Flemming, McInnes e Oliver, 2012). In particolare si raccomanda di :
 1. Specificare l'obiettivo;
 2. Motivare la scelta del metodo;
 3. Indicare se la ricerca è basata sulla verifica degli studi pregressi o volta a raggiungere la saturazione del campione;
 4. Specificare i criteri di inclusione ed esclusione della letteratura di riferimento e dei partecipanti;
 5. Descrivere le fonti utilizzate, le caratteristiche degli studi esaminati e il motivo della loro considerazione;
 6. Descrivere le modalità di catalogazione, estrazione e categorizzazione dei dati;
 7. Descrivere il software eventualmente utilizzato;
 8. Considerare il numero e le caratteristiche di ricercatrici e ricercatori , nonché le modalità di interazione reciproca nella ricerca e in relazione alle/ai partecipanti;
 9. Considerando le procedure di codifica dei dati e di validazione.
- Vanno infine promosse ricerche sistematiche e metanalisi della letteratura (Higgins et al., 2019) sulla salute basate su sesso e genere per cogliere gli orientamenti e i pregiudizi emergenti e le specifiche caratterizzazioni di benessere, salute e delle diverse patologie.

Sotto il profilo metodologico si sottolinea la necessità di una medicina capace di tale sguardo intersezionale, che dia voce anche alla prospettiva del soggetto, introducendo strumenti di Medicina Narrativa nella formazione del personale sanitario, anche ridefinendo le procedure di accettazione e trattamento delle istituzioni.

Bibliografia

- Adelman R.D., Tmanova L.L., Delgado D., Dion S., & Lachs M.S. (2014). Caregiver burden: a clinical review. *JAMA*. Mar 12; 311(10):1052-60.
- Arber S. & Cooper H. (1999). Gender Differences in Health in Later Life: The New Paradox? *Social Science & Medicine*, 48, 61-76.
- Barsky A.J., Peekna H.M. & Borus J.F (2001). Somatic Symptom Reporting in Women and Men. *J Gen Intern Med.*, Apr; 16(4): 266–275.
- Bird C. E. (1999). Gender, Household Labor, and Psychological Distress: The Impact of the Amount and Division of Housework. *Journal of Health and Social Behavior*, 40(1), 32–45.
- Booth A., Granger D.A., Mazur A., & Kivlighan K.T. (2006). Testosterone and Social Behavior, *Social Forces*, Volume 85, Issue 1, September, Pages 167–191.
- Butler J. (2014). *Fare e disfare il genere*, Mimesis: Milano
- Cicognani E. (2002). *Psicologia sociale e ricerca qualitativa*, Carocci Editore: Roma.
- Colantonio A. & Valera E.M. (2022). Brain injury and intimate partner violence, *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 37(1), 2-4.
- Connell R. (2012). Gender, health and theory: conceptualizing the issue, in local and world perspective. *Soc Sci Med*. Jun;74(11):1675-83.
- Costanzo F., Tognetti P., Crestani E. & Baratto L. (2012). Mediatori e moderatori del caregiver burden tra caregiving informale e sostegno formale, *Lavoro Clinico*, luglio, 32-39.
- Courtenay W. (2011). *Dying to be men: Psychosocial, environmental, and biobehavioral directions in promoting the health of men and boys*, Routledge: London.
- Dallago L., Santinello M. & Vieno A- (2004). *Valutare gli interventi psicosociali*, Carocci Editore: Roma.
- De Piccoli N. (2015), Psicologia della salute e genere: una relazione tormentata. Situazione attuale e possibili sviluppi, *Psicologia della Salute*, 1, pp. 52-58.
- Dey I. (1993). *Qualitative Data Analysis: A User Friendly Guide for Social Science*. London: Routledge. <http://dx.doi.org/10.4324/9780203412497>.
- Denton M., Prus S. & Walters V. (2004). Gender differences in health: a Canadian study of the psychosocial, structural and behavioural determinants of health. *Soc Sci Med*. Jun;58(12):2585-600.
- Doyal L. (2001). Sex, gender, and health: The need for a new approach. *BMJ: British Medical Journal*, 323(7320), 1061–1063.
- Doyal L. (2003). Sex and Gender: The Challenges for Epidemiologists. *International Journal of Health Services*. 33(3):569-579.
- Epstein-Lubow G., Gaudio B.A., Hinckley M., Salloway S. & Miller I.W. (2010). Evidence for the validity of the American Medical Association's caregiver self-assessment questionnaire as a screening measure for depression. *J Am Geriatr Soc*. Feb;58(2):387-8.

- Fleming, P.J., & Agnew-Brune, C. (2015). Current trends in the study of gender norms and health behavior. *Current Opinion in Psychology*, Volume 5, Pages 72-77.
- FRA E. (2014). Violence against women: An EU-wide survey, *Rep. Eur. Union Agency Fundam. Rights*. 1-193.
- Frost D. M., Meyer I. H., Lin A., Wilson B. D. M., Lightfoot M., Russell S. T. & Hammack P. L. (2022). Social change and the health of sexual minority individuals: Do the effects of minority stress and community connectedness vary by age cohort? *Archives of Sexual Behavior*, 51(4), 2299–2316.
- Garcia Moreno C., Pallitto C., Devries K., Stöckl H., Watts C. & Abrahams N. (2013). Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence, WHO.
- Golding J.M. (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental health disorders: a meta-analysis. *Journal of Family Violence*, 14(2), 99-132.
- Hamberg K. (2008). Gender bias in medicine. *Womens Health*, May;4(3):237-43.
- Haneishi K., Fry A.C., Moore C.A., Schilling B.K., Li Y. & Fry M. (2007). Cortisol and Stress Responses During a Game and Practice in Female Collegiate Soccer Players. *Journal of strength and conditioning research*. National Strength & Conditioning Association, 21 (05), 583-8.
- Hankivsky O. & Christoffersen A. (2008). Intersectionality and the determinants of health: A Canadian perspective. *Critical Public Health*, 18(3), 271 - 283.
- Haraway D.J. (2018). *Manifesto cyborg. Donne, tecnologie e biopolitiche del corpo*, Feltrinelli: Milano.
- Higgins J.P., Thomas J., Chandler J., Cumpston M., Li T., Page M. J. & Welch V.A. (Eds.). (2019). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*. John Wiley & Sons: Toronto.
- Jackson P. B. & Williams D. R. (2006). The Intersection of Race, Gender, and SES: Health Paradoxes. In Schulz A. J. & Mullings L. (Eds.), *Gender, race, class, & health: Intersectional approaches* (pp. 131–162). Jossey-Bass/Wiley: Toronto.
- Kiely K. M., Brady B. & Byles J. (2019). Gender, mental health and ageing. *Maturitas*, Nov:129:76-84.
- Kirkpatrick Johnson M., Crosnoe R. & Elder G.H. Jr. (2011) Insights on Adolescence from A Life Course Perspective. *J Res Adolesc*. 2011 March 1; 21(1): 273–280.
- Kroenke K., & Spitzer R.L. (1998). Gender Differences in the Reporting of Physical and Somatoform Symptoms. *Psychosomatic Medicine* 60:150-155.
- Legato M.J. (2011) The homosexual and transgendered individual: deviant or part of the normal human continuum? Editorial. *Gend Med*, Aug;8(4):280-2.
- Long H. A., French D. P. & Brooks, J. M. (2020). Optimising the value of the critical appraisal skills programme (CASP) tool for quality appraisal in qualitative evidence synthesis. *Research Methods in Medicine & Health Sciences*, Vol. 1(1) 31–42.
- Lorber J. (2022). *Oltre il gender. I nuovi paradossi dell'identità*. Il Mulino: Bologna.

- Luberti R. & Grappolini C. (2021). *Violenza assistita, separazioni traumatiche, maltrattamenti multipli: percorsi di protezione e di cura con bambini e adulti*. Trento, Edizioni Centro Studi Erickson.
- Marshall C & Young MD. (2007). 5: Gender and Methodology. In: Skelton C, Francis B, Smulyan L (eds) *The SAGE Handbook of Gender and Education*. SAGE Publications 2007.
- McDonough P. & Walters V. (2001). Gender and health: reassessing patterns and explanations. *Social Science & Medicine*, Volume 52, Issue 4, Pages 547-559, ISSN 0277-9536.
- McQueen K., Murphy-Oikonen J., Miller A. et al. (2021). Sexual assault: women's voices on the health impacts of not being believed by police. *BMC Women's Health*, 21, 217.
- Meyer I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674–697.
- Meyer I. H. (2015). Resilience in the study of minority stress and health of sexual and gender minorities. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2(3), 209–213.
- Metso M. & Le Feuvre N. (2006). Quantitative Methods for Analysing Gender, Ethnicity and Migration. *Research Integration Project*, The University of York.
- Milani L. & Grumi S. (2023). *Psicologia della violenza di genere*, Vita e Pensiero: Milano.
- Miller R. & McCaw B. (2019). Intimate partner violence. *The New England Journal of Medicine*, 380,9.
- Moore S.E.H. (2010). Is the Healthy Body Gendered? Toward a Feminist Critique of the New Paradigm of Health, *Body & Society*, 16(2), 95–118.
- Morse J. M., Barrett M., Mayan M., Olson K., & Spiers J. (2002). Verification strategies for establishing reliability and validity in qualitative research. *International journal of qualitative methods*, 1(2), 13-22.
- Noone J.H. & Stephens C. (2008). Men, masculine identities, and health care utilisation. *Sociology of Health & Illness*. Vol. 30 No. 5 ISSN 0141–9889, pp. 711–725.
- Novak M. & Guest C. (1989) Application of a Multidimensional Caregiver Burden Inventory. *Gerontologist*; 29:798-803.
- Oertelt-Prigione S. & Regitz-Zagrosek V. (eds.) (2014). *Sex and Gender Aspects in Clinical Medicine*. Springer Verlag: Berlin
- Reale E. (2021). *La violenza invisibile sulle donne*. FrancoAngeli: Milano.
- Reinhard S.C., Given B., Petlick N.H. et al. (2008). Supporting Family Caregivers in Providing Care. In: Hughes R.G., (ed.). *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); Apr. Chapter 14.

- Roter D. L., Hall J. A. & Aoki Y. (2022). Physician gender effects in medical communication: a meta-analytic review. *JAMA*. Aug 14;288(6):756-64.
- Signani F. (2013). Per una ricerca “genere connotata”: aspetti metodologici di una sfida. *Journal of Sex- and Gender- Specific Medicine*. 2(4):161-168.
- Signani F. (2016a). *Salute Bene Comune*. Volta la Carta Editore: Ferrara
- Signani F. (2016b). “Gendered” research: methodological aspects of a challenge. *Ital J Gender-Specific Med* ;2(4): e161-e168.
- Smith D.T., Mouzon D.M. & Elliott M. (2022). Hegemonic Masculinity and Mental Health Among Older White Men in the U.S.: The Role of Health and Wealth Decline. *Sex Roles*, 86, 605–619.
- Springer K. W. & Mouzon D. M. (2019). One step toward more research on aging masculinities: Operationalizing the hegemonic masculinity for older men scale (hmoms). *The Journal of Men’s Studies*, 27(2), 183–203.
- Springer K.W., Mager Stellman J. & Jordan-Young R.M. (2012). Beyond a catalogue of differences: a theoretical frame and good practice guidelines for researching sex/gender in human health. *Soc Sci Med.*, Jun;74(11):1817-24.
- Strang J. F., Wallace G. L., Michaelson J. J. et al. (2023). The Gender Self-Report: A multidimensional gender characterization tool for gender-diverse and cisgender youth and adults. *American Psychologist*, 78(7), 886–900.
- Street R.L. Jr, Gordon H.S., Ward M.M., Krupat E. & Kravitz R.L. (2005). Patient participation in medical consultations: why some patients are more involved than others. *Med Care*. Oct;43(10):960-9.
- Tong A., Flemming K., McInnes E. & Oliver S. (2012). Enhancing transparency in reporting the synthesis of qualitative research: ENTREQ. *BMC Medical Research Methodology*, 12, 181-188.
- Van der Kolk B. (2015). *Il corpo accusa il colpo: mente, corpo e cervello nell’elaborazione delle memorie traumatiche*, Raffaello Cortina Editore: Milano.
- vanAnders, S.M.; & Watson, N. V. (2006). Relationship status and testosterone in North American heterosexual and non-heterosexual men and women: Cross-sectional and longitudinal data. *Psychoneuroendocrinology*, 31,715–723.
- Verdonk P., Benschop Y.W.M., de Haes H. C.J.M. & Lagro-Janssen, T.L.M. (2009). From gender bias to gender awareness in medical education, *Advances in Health Science Education*, 14, 135-152.
- WHO World Health Organization (2005). *Gender and Mental Health in the Eastern Mediterranean Region. Women in Health and Development. Egypt*.
- Yoon Y., Eisenstadt M., Lereya S.T. & Deighton S.T. (2023). Gender difference in the change of adolescents’ mental health and subjective wellbeing trajectories. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 32:1569–1578.
- Zarit S.H., Reever K.E. & Bach-Peterson J. (1980). Relatives of the Impaired Elderly: Correlates of Feelings of Burden. *Gerontologist*, 20:649-55.