



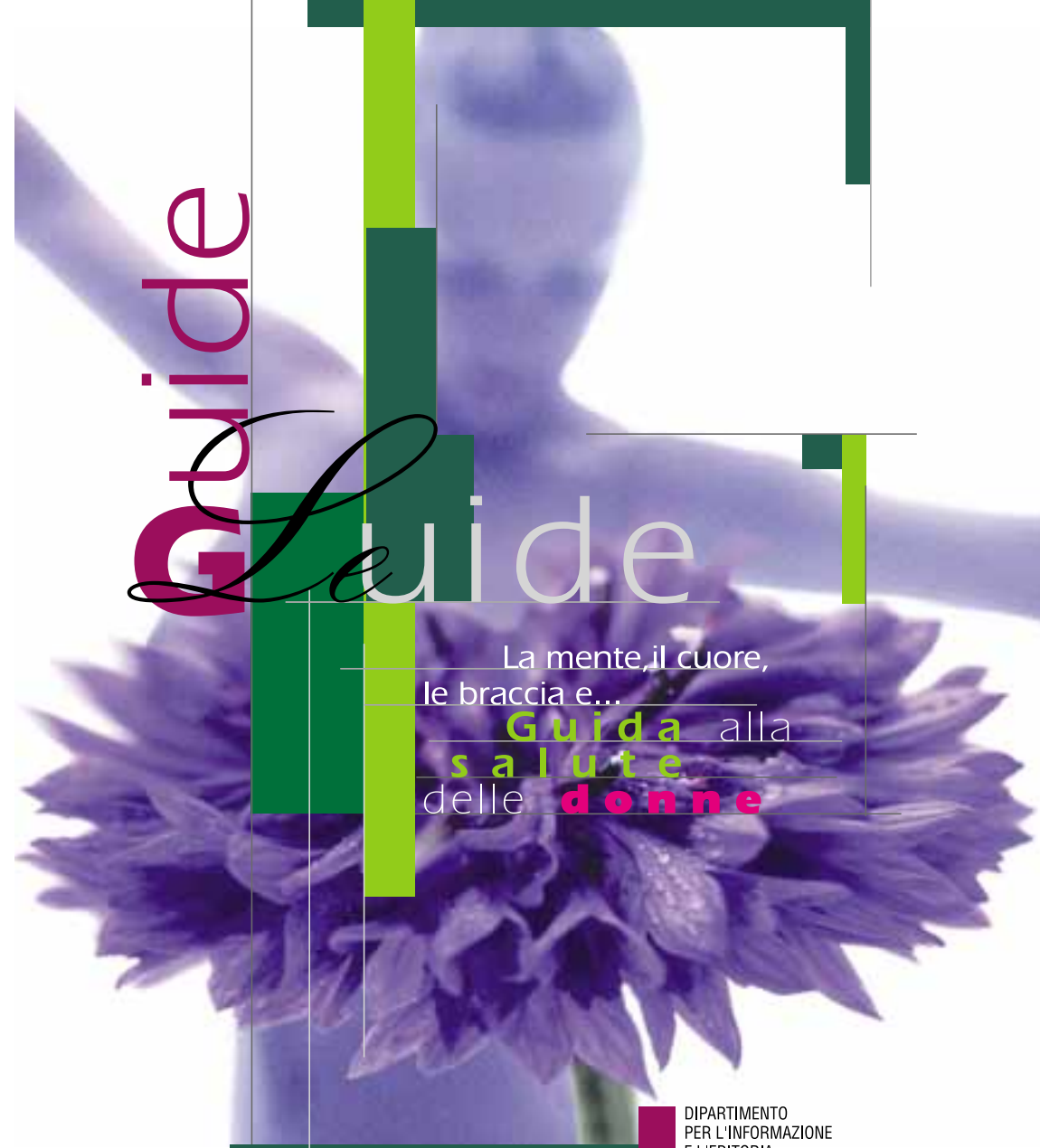
Guide

Guide

Le

Guide

Guide *Le* Guida alla salute delle donne
La mente, il cuore, le braccia e...



Guide

Le Guide

La mente, il cuore,
le braccia e...
Guida alla
salute
delle donne



La mente, il cuore,
le braccia e...

Guida alla
salute
delle **donne**

Le

A cura del gruppo di lavoro coordinato da Elvira Reale


*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*



COMMISSIONE NAZIONALE
PER LA PARITÀ E LE PARI OPPORTUNITÀ
TRA UOMO E DONNA

www.palazzochigi.it/cmparita
e-mail: commissione.parity@palazzochigi.it

Via Barberini, 38
00187 Roma

tel. 0039.06.42153388
fax 0039.06.42153379

Coordinamento editoriale: **Giacomo F. Rech**

Progetto grafico: **A.M modi di vedere**

PREFAZIONE DI MARINA PIAZZA	PAG. 7
INTRODUZIONE DI ELVIRA REALE	PAG. 11
PARTE I	PAG. 21
I NUOVI FATTORI DI RISCHIO: AMBIENTE, VIOLENZA, LAVORO	
CAPITOLO 1 DI LAURA CORRADI	PAG. 23
GENERE, AMBIENTE, RISCHIO. DALLA PREVENZIONE ALLA PROMOZIONE DELLA SALUTE	
CAPITOLO 2 DI PATRIZIA ROMITO	PAG. 34
VIOLENZE E SALUTE NELLA VITA DELLE DONNE	
CAPITOLO 3 DI IRENE FIGÀ TALAMANCA E SILVANA SALERNO	PAG. 45
IN QUINDICI PUNTI: DOMANDE E RISPOSTE SULLA SALUTE DELLE DONNE AL LAVORO	
PARTE 2 A	PAG. 61
LE MALATTIE DELLE DONNE TRA VECCHI PREGIUDIZI E NUOVE EVIDENZE – IL CORPO PSICHICO	
CAPITOLO 1 DI ELVIRA REALE	PAG. 63
LA DEPRESSIONE: UNA CONDIZIONE EMERGENTE CHE INTERESSA TUTTE LE DONNE	
CAPITOLO 2 DI EMILIA DE FILIPPO, ELVIRA REALE, VITTORIA SARDELLI	PAG. 83
IL MALESSERE DELLE RAGAZZE: ANORESSIA, BULIMIA E ALTRO	
CAPITOLO 3 DI GIUSEPPINA BOIDI	PAG. 99
PSICOFARMACI: È SEMPRE NECESSARIO PRENDERLI?	
PARTE 2 B	PAG. 109
LE MALATTIE DELLE DONNE TRA VECCHI PREGIUDIZI E NUOVE EVIDENZE – IL CORPO FISICO	
CAPITOLO 4 DI MARIA GRAZIA MODENA E TERESA GRIMALDI	PAG. 111
CUORE DI DONNA	
CAPITOLO 5 DI NADIA PALLOTTA	PAG. 128
L'INTESTINO "IRRITATO"	
CAPITOLO 6 DI ANNAROSA FLOREANI	PAG. 136
DONNE CON FEGATO	
CAPITOLO 7 DI SILVIA SAVASTANO E ANNAMARIA COLAO	PAG. 147
LA TIROIDE CHE SI AMMALA DI PIÙ È QUELLA DELLE DONNE	
CAPITOLO 8 DI RAFFAELLA MICIELI	PAG. 159
OSSA FRAGILI?	
PARTE 2 C	PAG. 167
LE MALATTIE DELLE DONNE TRA VECCHI PREGIUDIZI E NUOVE EVIDENZE – IL CORPO SESSUATO	
CAPITOLO 9 DI GEMMA MARTINO	PAG. 169
TUMORE AL SENO: UNA BATTAGLIA A TUTTO CAMPO CONTRO IL PREGIUDIZIO	

INDICE GENERALE

6

CAPITOLO 10 DI DARIA MINUCCI	PAG. 184
NOBILTÀ E MISERIA DELL'UTERO: IMPARIAMO A DARE IL GIUSTO PESO A QUEST'ORGANO	
CAPITOLO II DI LAURA CORRADI	PAG. 195
SESSO A RISCHIO: LA PREVENZIONE DELL'AIDS	
CAPITOLO 12 DI RAFFAELLA MICIELI, M. TERESA PINI, ELVIRA REALE	PAG. 202
CHI HA PAURA DELLA MENOPAUSA?	
IL LUNGO VIAGGIO DELLA DONNA TRA MOLTI PREGIUDIZI E POCHE CERTEZZE	
PARTE 3	PAG. 217
LA VALUTAZIONE DEL DISAGIO NELLE RELAZIONI FAMILIARI E LAVORATIVE	
CAPITOLO I DI ELVIRA REALE	PAG. 219
AMMALARSI DI STRESS A CASA E AL LAVORO	
CAPITOLO 2 DI MATILDE ANGELINI ROTA, TERESA MANENTE, ELVIRA REALE	PAG. 228
CHE COSA DICONO LA PSICOLOGA, L'AVVOCATA, LA MEDICA LEGALE SU: MALATTIE PROFESSIONALI, <i>MOBBING</i>, MOLESTIE SESSUALI E MALTRATTAMENTO	
PARTE 4	PAG. 245
LE DONNE, I MEDICI E LE MEDICINE	
CAPITOLO I DI ADRIANA CECI	PAG. 247
MEDICINALI AMICI – MEDICINALI NEMICI: COME CONOSCKERLI E COME IMPARARE A USARLI	
CAPITOLO 2 DI PAOLA VINAY	PAG. 266
CURA, AUTO CURA E PARTECIPAZIONE DELLE DONNE AL PROCESSO DIAGNOSTICO	
CONCLUSIONI DEL GRUPPO DI LAVORO	PAG. 279
METTERE INSIEME I SAPERI E PROMUOVERE LA SALUTE DELLE DONNE CONTRO I PREGIUDIZI	
LE AUTRICI	PAG. 289
PUBBLICAZIONI DELLA COMMISSIONE NAZIONALE PARITÀ	PAG. 298

PRESIDENTE
DELLA COMMISSIONE NAZIONALE
PER LA PARITÀ E LE PARI
OPPORTUNITÀ TRA UOMO E DONNA

Questo manuale è una naturale prosecuzione del lavoro del gruppo - coordinato da Elvira Reale - autore collettivo del rapporto di ricerca “Una salute a misura di donna” commissionato da Laura Balbo, allora Ministra per le pari opportunità.

La decisione della Commissione nazionale parità di raccogliere il testimone e di affidare allo stesso gruppo di lavoro il “compito” di farne un manuale che arrivasse a tutte le donne e ai loro medici, è nata dalla consapevolezza sia anche all’interno della medicina – sia come attività di ricerca che come relazione con i/le pazienti – esistono disuguaglianze di genere, spesso nascoste e quindi più difficili da scoprire non solo alle donne, ma persino ai medici di base.

Queste disuguaglianze, come scrive Elvira Reale nell’introduzione, hanno come base fondante il permanere di due pregiudizi: il primo - più generale e rintracciabile sia in tutte le branche del sapere sia nelle relazioni della vita quotidiana - è che l’uomo-maschio riassume in sé anche l’uomo-femmina, che non si riconosce e non si legittima la differenza di genere, la presenza del *due* e non dell’uno. Ma la differenza di genere non può essere considerata come una tra le tante differenze che caratterizzano gli esseri umani, né le donne possono essere considerate come un qualsiasi soggetto o gruppo sociale. Anche la medicina quindi deve avere come base fondante questa differenza.

Il secondo pregiudizio si riferisce al fatto che le donne vengono osservate solo nella loro funzione riproduttiva e gli uomini nella loro funzione produttiva, mentre evidentemente la vita – e la salute – delle une e degli altri è basata sull’intreccio tra questi due campi.

È certamente vero che l’autonomia femminile, in qualsiasi orizzonte o contesto ci muoviamo, per sostanzinarsi pienamente nel dirit-

to, deve iscriversi la piena sovranità sul proprio corpo e sul proprio potenziale riproduttivo. Finché il corpo femminile continuerà ad essere oggetto e non soggetto di diritti, finché la sostanziale differenza esistente tra i due generi non si svincolerà dalla volontà di controllo e di potere del maschile sul femminile, non accadrà – per le donne – che i diritti fondamentali possano veramente rappresentare, come scrive Ferrajoli, la “legge del più debole contro la legge del più forte”, in grado di proteggere “l’individuo contro il suo stesso ambiente culturale e perfino familiare”.

Ciò che le autrici del manuale vogliono dimostrare è che questo corpo non è solo utero, ma mente, cuore, braccia, non è solo capacità riproduttiva, ma anche produttiva, organizzativa, decisionale e quindi che questa compresenza deve essere considerata in tutta la sua complessità, come complesse sono le vite delle donne in questa fase storica.

E’ difficile per me, nel mio ruolo istituzionale, pensare ad azioni che promuovano la partecipazione e il benessere femminili se non continuamente intrecciando piani e dimensioni diverse, tenendoli uniti in un’unica trama, mantenendo in equilibrio le diverse leve di intervento che sono disponibili, dall’uguaglianza alla differenza, dalla tutela all’emancipazione e perfino alla discriminazione positiva.

Potrei persino dire che questo manuale è un esempio di “discriminazione positiva” perché offre strumenti specifici per la salute delle donne e quindi in un certo senso dà loro un privilegio. Ma la questione “semplice” dell’uguaglianza viene sistematicamente interrogata dalla altrettanto semplice domanda di Amartya Sen: “uguaglianza di che cosa?”. E questa domanda ci porta al cuore della questione perché lavorare per realizzare pari opportunità tra individui diversi e soggetti diversi non annulla nessuna differenza, non riduce nessuna complessità, costringendo ad abitare quegli scomodi luoghi in cui si tentano forzature o sfondamenti di senso a fronte di un mandato apparentemente semplice.

Anche questo manuale dunque parte dal sottolineare la differenza – corpi e menti di donne – per arrivare all’uguaglianza, a un’uguaglianza basata sul diritto alla salute, che è un fondamentale diritto di cittadinanza per tutti, donne e uomini.

Ma per arrivare a uguali diritti di cittadinanza bisogna passare dal saper vedere, riconoscere, valorizzare le differenze perché la riduzione delle differenze di genere nell’esclusivo orizzonte dei pari diritti, lungi dal mantenere le promesse di integrazione, ha finito per pro-

durre una pratica discorsiva dell'uguaglianza che costituisce anche una retorica di occultamento dei processi di riproduzione della differenziazione sociale.

La decisione quindi della Commissione di sostenere il lavoro delle ricercatrici nella produzione del manuale nasce da una fortissima tensione teorica, ma approda anche al desiderio di fornire strumenti semplici, diretti, comprensibili, di immediato utilizzo nella vita quotidiana, sia alle donne sia a chi ha – o dovrebbe avere – la responsabilità diretta della loro salute.

Che cosa si propone una informazione rivolta alle donne e ai loro medici?

- ☛ Svelare i pregiudizi
- ☛ Mettere a fuoco i fattori di rischio vecchi e nuovi
- ☛ Sviluppare le informazioni per promuovere la salute

Quali sono i principali pregiudizi che pesano sulla salute delle donne?

Nella medicina ci troviamo di fronte a due tipi di pregiudizi.

☐ Il primo pregiudizio è nel considerare l'osservazione scientifica del corpo maschile come valida anche per il corpo femminile (il maschio come modello e misura della salute e della malattia anche per la donna).

☐ Noi pensiamo al contrario che le donne debbano essere soggetti di osservazioni scientifiche autonome. Ad esempio, non vi è un solo cuore, ma vi è un cuore maschile e uno femminile, vi sono arterie maschili e femminili, come vi è un metabolismo maschile e uno femminile, così come in modo più ovvio vi sono organi riproduttivi maschili e femminili.

☐ Il secondo pregiudizio si riferisce a una particolare disparità di trattamento scientifico che considera la salute delle donne essenzialmente riproduttiva, e la salute maschile essenzialmente produttiva. La

medicina così è orientata a spiegare i fenomeni patologici nella donna, diversamente da come fa per gli uomini, guardando principalmente, e a volte anche solo esclusivamente, al suo apparato riproduttivo/ginecologico.

□ Noi pensiamo al contrario che le donne debbano essere viste e osservate non solo e non in via principale dal punto di vista della riproduzione; così come gli uomini a loro volta debbano poter essere valutati anche dal punto di vista della loro vita riproduttiva.

Questi pregiudizi hanno avuto finora ripercussioni negative nella valutazione diagnostica, nella cura, nel trattamento e nella prevenzione delle patologie più diffuse tra le donne. In particolare rileviamo le difficoltà ad accedere agli strumenti di una prevenzione appropriata, quella cioè che si realizza nella conoscenza dei fattori di rischio presenti nell'ambiente e nella vita quotidiana.



LA FISILOGIA DELLA DONNA VISTA ATTRAVERSO IL PREDOMINIO DEL SISTEMA RIPRODUTTIVO

UN PO' DI STORIA

Dall'800 e dalla nascita della scienza medica positivistica, da quando cioè gli studi sul corpo umano sono stati organizzati in autonomia rispetto alla religione e alla filosofia, si è osservato comunque la permanenza di un modo diverso di trattare e guardare al corpo femminile rispetto a quello maschile.

Mentre il corpo maschile era posto sotto il primato del sistema nervoso centrale (cervello), il corpo femminile continuava a creare problemi interpretativi ai medici che mostravano difficoltà a liberarsi dalle "credenze religiose"; così si pensava che il corpo femminile, diversamente da quello maschile, sfuggisse al controllo e ai poteri della ragione.

Si è così passati da una visione passionale ed emotiva delle donne (il primato delle passioni e del cuore sulla ragione) ad una visione biologica-umorale, fondata cioè sugli umori e sulle variazioni del ciclo mestruale e riproduttivo. Valgono per tutti, gli studi sull'isteria di Charcot, medico francese, padre della prima psichiatria di metà 800, che considerava come questa patologia psichica nelle donne trovasse una spiegazione nell'utero (*hysteron* in greco, da cui isteria) e nei flussi mestruali; mentre negli uomini, la spiegazione era da ricercare in tutt'altro ambito, in quello del lavoro e dei traumi derivanti dall'ambiente di vita.

UN PO' DI ATTUALITÀ

Oggi abbiamo modo di osservare nei comportamenti pratici dei medici, nelle loro teorie, più articolate e sofisticate di quelle di ieri, un riferimento costante alle vicende della vita riproduttiva femminile. Basti pensare a come ancora oggi è formulata l'anamnesi nelle cartelle cliniche delle pazienti, che vengono in contatto con la struttura sanitaria: vi è sempre il riferimento al menarca, alla qualità del ciclo, alle gravidanze e ai parti, mentre della vita personale, lavorativa, relazionale non si conosce nulla o quasi.

I progetti di sanità pubblica, che hanno come obiettivo la promozione della salute delle persone, quando si rivolgono alle donne le vedono solo come madri: per le donne e per i loro bisogni di salute sono stati sempre e solo prodotti progetti così detti "materno-infantili".

Ciò detto vale come esempio concreto di come nella donna ogni suo problema di salute sia orientato, argomentato, spiegato solo mettendo al centro la condizione biologica della maternità, ovvero la sua attività riproduttiva: futura, attuale o passata.

Da tutto ciò, si può quindi valutare come nelle donne il sistema riproduttivo non abbia solo la funzione propria specifica di riprodurre altri individui e soddisfare le esigenze della continuità della specie, ma essa conta molto di più e in campi molto più estesi. Il ciclo

mestruale orienta la donna nella vita sociale e di relazione; gli ormoni riproduttivi, rappresentati come fattori di rischio per la salute, costituiscono la supposta base eziologica di molte patologie.

Il dualismo età fertile/età non fertile è la discriminante quasi obbligatoria per regolare i comportamenti diagnostici, terapeutici e preventivi della medicina nei confronti delle donne.

E quindi vediamo che: l'età fertile protegge dal rischio cardiovascolare, e per converso l'età non fertile espone al rischio cardiovascolare. Alcuni tumori specifici nelle donne si sviluppano oggi in rapporto al prolungamento dell'età fertile (figli in tarda età), ed altri alla fine dell'età fertile.

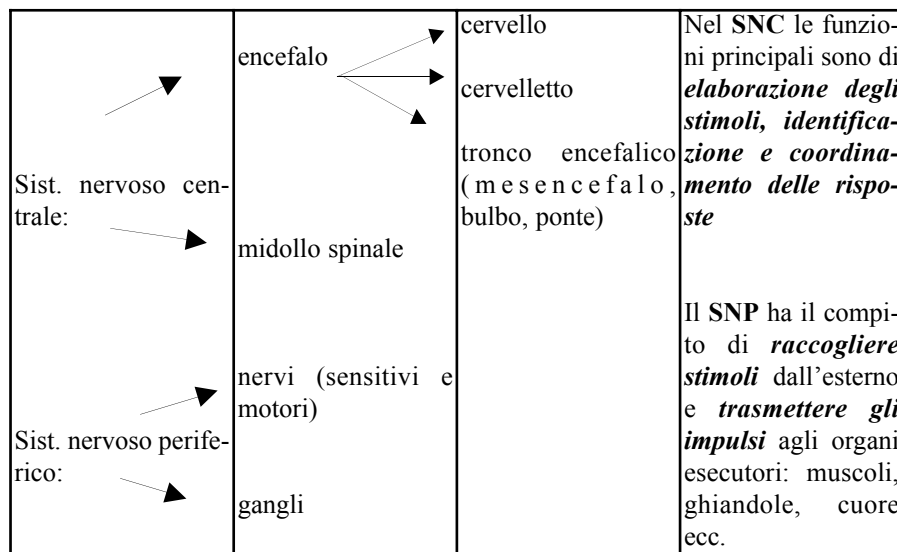
Nelle patologie psichiche l'inizio del ciclo mestruale è considerato fattore di rischio per le ragazze più di quanto lo sia la pubertà per i maschi; le variazioni ormonali in gravidanza e soprattutto nel *post-partum* sono considerati fattori di rischio per la donna adulta; così come la cessazione del ciclo mestruale è fattore di rischio per la donna matura. E ancora: l'osteoporosi insieme a un'altra ampia serie di malanni è figlia della menopausa.



RICOMINCIAMO DA CAPO: GUARDIAMO ALLA CENTRALITÀ DEL NOSTRO SISTEMA NERVOSO E ATTRAVERSO DI ESSO ALLA RELAZIONE CON IL MONDO ESTERNO

Ripartiamo dalla fisiologia generale del corpo umano e valutiamo che cosa è considerato rilevante e principale nel funzionamento del corpo umano e valutiamo dopo se è possibile pensare che le donne abbiano, rispetto agli uomini, un diverso meccanismo di funzionamento, da mettere al centro dello studio dei processi di salute e malattia.

La fisiologia del corpo umano dice che tutto dipende dal funzionamento del nostro sistema nervoso



Attraverso il sistema nervoso l'organismo umano mette in relazione i bisogni interni di sopravvivenza con gli strumenti adatti alla loro soddisfazione, tratti dal mondo esterno.

Il sistema nervoso regola e adatta i comportamenti interni al mondo esterno: esso è strutturato per dare le risposte giuste all'esigenza di sopravvivenza del nostro organismo.

Le risposte date dal sistema nervoso sono finalizzate a correlarci con il mondo esterno, cioè ci permettono il rapporto con altre persone, luoghi o sensazioni - come ad esempio il muoversi, il parlare, il vedere, il ragionare - si dice che esse sono finalizzate alla **vita di relazione (sistema nervoso della vita di relazione)** ed implicano una partecipazione **volontaria** del soggetto.

Se, invece, sono risposte che regolano le funzioni vitali, quali: il battito cardiaco, la sudorazione, il respiro, e anche la produzione di ormoni utili alla riproduzione, esse sono definite funzioni della vita

vegetativa (sistema nervoso della vita vegetativa), avvengono **senza la volontà** del soggetto ed hanno come organi esecutori strutture quali: il cuore, i polmoni, i reni, lo stomaco, le ghiandole (comprese ovviamente quelle della riproduzione).

<p>SISTEMA DELLA VITA DI RELAZIONE</p> <p>(coscienza, interazione con l'esterno) motilità/coordinamento sensibilità/sentimento capacità cognitive, capacità intellettive e memoria</p>	<p>IL SISTEMA DELLA VITA VEGETATIVA</p> <p>regola le funzioni vitali che avvengono indipendentemente dalla volontà del soggetto (sistema ortosimpatico e parasimpatico) battito cardiaco, respiro stato di sonno/veglia, secrezione ghiandolare, peristalsi intestinale, ecc.</p>
---	---

Dal punto di vista della centralità del sistema nervoso, ogni comportamento e ogni patologia che colpisce l'organismo umano ha sì una sua specificità nell'organo interessato, ma anche una relazione con il cervello, e attraverso di esso con il mondo esterno e l'ambiente. Tipicamente oggi il modello più accreditato di salute e per converso di malattia è quello "relazionale" ovvero di una interazione complessa tra il corpo-mente e l'ambiente esterno.

<p>Possiamo pensare che per le donne questi meccanismi di funzionamento e di relazione mente-corpo-ambiente non valgano allo stesso modo che per gli uomini?</p>	<p>RISPOSTA</p> <p><input type="checkbox"/> SI</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p>
--	--

Quali comportamenti e quali relazioni sono finora sfuggiti all'osservazione medica?

Finora la visione della centralità della funzione riproduttiva, per spiegare salute e malattia nella donna, ha messo fuori campo fatti importanti della vita quotidiana, che hanno invece un peso fondamentale per valutare i processi patologici e per organizzare una appropriata ed efficace prevenzione.

La maternità ad esempio non è solo atto di procreazione, ma lavoro, lavoro di cura, che dura ben al di là del periodo della gravidanza

e del *post-partum*. Nella società attuale questo lavoro di cura è ulteriormente prolungato per i problemi dell'inserimento lavorativo dei giovani.

E ancora, mentre le donne svolgono il lavoro di cura in famiglia, ne svolgono in molti casi anche un altro, quello produttivo per il mercato alla pari degli uomini. Ma com'è poi sul piano della qualità questo secondo lavoro svolto contemporaneamente all'altro? Certamente difficile da conciliare e da sostenere; sicuramente meno soddisfacente in termini di carriera e di riconoscimenti economici, se paragonato soprattutto a quello degli uomini, che "non tirano la carretta" del lavoro familiare e che hanno tutte le energie personali disponibili per il lavoro produttivo.

Ebbene possiamo veramente pensare che il carico familiare o il doppio carico di lavoro non abbiano un peso sulla salute della donna? E che non abbiano più peso dell'evento gravidanza-parto più limitato nel tempo? E che anche questo non debba essere inserito in un contesto di eventi e relazioni psico-socio-ambientali?	<p>RISPOSTA</p> <p><input type="checkbox"/> SÌ</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p>
--	---

Il lavoro delle donne sfugge alla valutazione medica, non è inserito infatti nella formazione dei processi morbosi. Mancano oggi strumenti tecnici adeguati per questa valutazione. Quali sono gli specifici meccanismi di *stress* che le donne con doppio lavoro subiscono, e qual è lo specifico carico fisico e mentale di una donna nel lavoro di cura? Lo possiamo forse solo ipotizzare deducendolo per similitudine o differenza dalle analisi tecnico-scientifiche svolte sul lavoro maschile, ma non abbiamo dati certi che derivino dall'osservazione diretta di questo campo.

Ma anche altri fattori stressanti, eventi frequenti della vita di una donna, come la violenza sessuale e il maltrattamento in famiglia, non sono oggi incorporati nella valutazione diagnostica e nei programmi di prevenzione. Eppure l'OMS, Organizzazione mondiale della sanità parla di cifre da capogiro quando indica i tipi e le percentuali di patologie che si possono correlare con abusi, molestie,

sul lavoro che c'è e che non si vede, sulla cura estenuante ed incessante che rivolgiamo agli altri, su tutto quello che dall'esterno è in relazione con il nostro corpo attraverso la nostra mente.

Proviamo a farlo insieme, le donne che vanno dai medici e le donne mediche, accomunate dal fatto che ambedue patiscono gli effetti di una cultura maschile che sostiene i pregiudizi contro tutte le donne, indipendentemente dai loro ruoli di curate o di curanti.

E poi che cosa facciamo?

Tante piccole cose, quelle di ogni giorno, quelle della vita quotidiana, quelle piccole cose che possiamo mettere in gioco in modo autonomo, quelle piccole cose leggere, semplici, facili che però possono cambiare uno stile di vita patogeno, che costituiscono gli elementi essenziali dell'auto cura, che ci permettono di vivere, più o meno a lungo, tutto sommato poco importa, ma in condizioni migliori di oggi.

I nostri medici che cosa possono fare?

I nostri medici, che preferiamo declinare al maschile in tutto il volume, perché sia chiaro che è maschile il pensiero e la cultura che crea i pregiudizi contro le donne, possono fare anche loro tante cose, apparentemente anche piccole, ma di elevato peso culturale e scientifico. Prima di tutto possono assumere un punto di vista critico verso il pregiudizio contro le donne, e poi cercare di guardare alla differenza uomo-donna, senza mai abbandonare i criteri dell'equità e della parità. Possono allargare il loro sguardo nella valutazione diagnostica, ascoltando di più le donne, mettendo in relazione le loro parole, che esprimono svariate tipologie di malesseri, con le loro complessive condizioni di vita e con gli eventi che sempre accompagnano e seguono la nascita di un sintomo fisico o psichico. Possono orientare le donne in alcune scelte per migliorare la loro qualità di vita, sapendo indicare sempre strade in discesa, di alleggerimento dei molti carichi che esse portano sulle spalle. Infine i medici insieme alle donne, curanti e curate, possono rendere la scienza medica "più amichevole e più affidabile" riducendo le quote di autoritarismo, i pregiudizi, cer-

cando di incoraggiare le donne verso percorsi di salute più appropriati al benessere soggettivo; sapendo che questi percorsi possono essere in controtendenza rispetto a saperi codificati dalla tradizione del ruolo femminile, e in particolare rispetto a quell'imperativo categorico, su cui il ruolo femminile è fondato: "occupati sempre e prima degli altri e poi solo dopo, se saranno rimasti tempo, risorse, energie, anche di te stessa".

UN ORIENTAMENTO PER I MEDICI CHE VOGLIONO SAPERE QUALCOSA IN PIÙ SUL CORRETTO MODO DI GUARDARE ALLA DIFFERENZA SESSUALE

La differenza sessuale come criterio metodologico corretto nella valutazione dello stato di salute della donna:

- si guarda al corpo femminile, partendo da esso e non dalla visione del corpo maschile;
- si studia il corpo femminile integrando la visione della specificità del suo sistema riproduttivo con quella degli altri sistemi ed apparati, in relazione con il sistema *leader* (nervoso) e attraverso questo con l'ambiente esterno;
- si studia il rapporto della salute femminile con gli *stressor* ambientali, guardando ai modelli e ai compiti di ruolo, che agiscono specificamente sulla donna e la indirizzano verso stili di vita non sempre favorevoli al suo benessere.

La differenza sessuale come punto di vista pregiudiziale per la salute della donna:

- si guarda al corpo e alla salute femminile o utilizzando conoscenze indirette (tratte dalla conoscenza del corpo maschile), o focalizzando lo studio sull'attività ormonale-riproduttiva;
- si guarda al sistema riproduttivo come sistema *leader* del corpo femminile; si studiano gli altri organi ed apparati, trascurando la loro specifica "storia" e sovrascrivendovi la storia del sistema riproduttivo;
- si valuta lo stato di salute-malattia della donna come ormone-correlato; ovvero in un nesso di causalità o probabilità statistica con la fase riproduttiva attraversata, senza valutare correttamente gli *stressor* ambientali e gli stili di vita correlati.

violenze e maltrattamenti, e quando misura il peso che la violenza ha sul carico di disabilità femminile nel mondo.

Le donne patiscono questi abusi in famiglia, ma non solo: discriminazioni, assoggettamento al potere maschile, lesione dell'immagine personale attraverso improprie rappresentazioni del genere femminile (mass media, pubblicità, ecc.), sono presenti nell'ambiente sociale, politico, e le donne di ogni ceto e livello culturale li soffrono come riduzione complessiva della stima di sé.



IMPARIAMO A GUARDARE IN MODO DIVERSO ALLA NOSTRA SALUTE

Ulteriore fattore di confusione per la valutazione dello stato di salute della donna è dato dal trinomio: buona salute/bellezza/giovanezza. Spesso la medicina diviene, per le donne più che per gli uomini, una sorta di *beauty farm* dove si fanno passare per obiettivi di benessere le immagini patinate che mercificano e commercializzano una falsa immagine di salute.

Spesso e forse inconsapevolmente la medicina veicola una immagine di salute fondata sul presupposto che l'estetica, ciò che si vede e che si approva socialmente, sia anche spia e rappresentazione di una buona salute, ovvero di un buon rapporto mente-corpo.

E allora?

E allora, attraverso lo sguardo e l'esperienza di altre donne che lavorano sul campo, proviamo a guardare in modo diverso alla nostra salute; proviamo a rappresentare e percepire il nostro corpo e a farlo rappresentare e percepire dai medici in modo diverso.

Proviamo a parlare di salute in modo più complessivo, anzi ribaltiamo il primato della visione "uterocentrica" e guardiamo oltre; buttiamo lo sguardo sull'ambiente, sui nostri specifici agenti stressanti,

I NUOVI FATTORI DI RISCHIO: AMBIENTE, VIOLENZA, LAVORO

I. GENERE, AMBIENTE, RISCHIO.

DALLA PREVENZIONE ALLA PROMOZIONE DELLA SALUTE

Quali sono i fattori di rischio ambientale? E quelli legati agli stili di vita?

Esistono fattori di rischio “geografici”?

Quali sono i rischi che interessano maggiormente le donne?

La malattia può essere vista come una “colpa”? Perché i medici biasimano le donne?

2. VIOLENZE E SALUTE NELLA VITA DELLE DONNE

Che cos'è concretamente “la violenza alle donne”?

Le violenze sono un evento raro?

Subire violenza comporta conseguenze per la salute delle donne?

3. IN QUINDICI PUNTI:

DOMANDE E RISPOSTE SULLA SALUTE DELLE DONNE AL LAVORO

I rischi da lavoro danneggiano maschi e femmine in ugual misura?

Gli studi sulle malattie da lavoro riguardano uomini e donne?

Le donne lavorano meno degli uomini?

La casa è un luogo sicuro, senza rischi di incidenti?

GENERE, AMBIENTE, RISCHIO. DALLA PREVENZIONE ALLA PROMOZIONE DELLA SALUTE

Che cosa sono i “fattori di rischio”?

Trasmissioni televisive, inserti dei quotidiani, riviste femminili parlano spesso di fattori di rischio senza dare un preciso quadro di riferimento. I fattori di rischio infatti sono socialmente prodotti, così come i comportamenti delle persone che questi rischi sceglierebbero (più o meno liberamente) di assumere.

Le teorie del rischio rispetto al cancro, per esempio, sono state spesso criticate dai movimenti di donne: già parlare di “rischio” significherebbe infatti inquadrare il discorso delle cause di una malattia esclusivamente come un problema di comportamenti (“rischiosi” o “non rischiosi”) mentre viene omesso o minimizzato il ruolo degli agenti cancerogeni ambientali sia fisici che chimici, sui quali i soggetti hanno ben poco controllo.

È possibile leggere materiali preventivi di corrente divulgazione senza nemmeno incontrare l’idea che il cancro possa essere causato da agenti cancerogeni fisici (es.: campi elettromagnetici) e da agenti cancerogeni chimici (es.: pesticidi, cloro).

E i rischi “ambientali”?

Quando parliamo di ambiente ci riferiamo ad esso in senso lato: dall’ambiente fisico esterno all’ambiente di lavoro, dall’ambiente in

casa a quello sociale che influenza la nostra psiche e anche, attraverso questa ultima, il rapporto che abbiamo con il nostro corpo.

Già dal 1964 l'Organizzazione mondiale della sanità sostiene che l'80% delle cause di cancro dipende da agenti cancerogeni prodotti dagli umani. Sfortunatamente i tentativi di bandire le sostanze più pericolose si sono scontrati - spesso anche a livello giuridico - con gli interessi di grandi gruppi industriali.

Tale fenomeno è particolarmente visibile negli Stati Uniti attraverso due esempi. Negli Anni 50 le sigarette venivano chiamate "chiodi della bara" (*coffin nails*) e vi era una diffusa consapevolezza della loro pericolosità. L'industria del tabacco scatenò una offensiva mirata a stabilire che non vi era associazione certa tra cancro e fumo attraverso una serie di studi "scientifici", che tranquillizzassero il pubblico ed incrementassero le vendite di sigarette.

Lo stesso fenomeno si è ripetuto nei decenni successivi: potenti marche petrolifere sono riuscite ad invalidare anni di seria ricerca tossicologica, mentre le *lobby* dei grandi proprietari terrieri facevano cancellare le leggi che proibivano l'uso dei pesticidi più pericolosi; leggi promulgate dopo studi epidemiologici sui contadini e le loro famiglie a fronte di tassi di cancro superiori fino all'800% rispetto alla media. Anche di fronte a dati eclatanti e inconfutabili sul piano scientifico, i rischi ambientali sono stati minimizzati a favore di spiegazioni che privilegiassero la responsabilità personale e la eventuale "predisposizione" dei soggetti.

Ma, come vedremo, anche se la malattia viene erroneamente rappresentata come problema individuale, essa è socialmente prodotta.

Esistono rischi "geografici"?

Molte si chiedono anche se la geografia sia un rischio. Certo, in generale chi vive in città è più esposto all'inquinamento delle auto rispetto a chi sta in campagna, i piccoli centri sono meno a rischio dei grandi centri. Ma anche le periferie delle città, spesso degradate, attraversate da flussi di traffico e tralicci dell'alta tensione non sono

immuni da rischi ambientali. Ciò che determina il rischio - anche in campagna - va ricercato nella eventuale presenza di fabbriche, le cui produzioni sono dannose, e di inceneritori, antenne, e quanto altro a livello locale. Quindi non è importante dove si vive, ma la qualità dell'aria che si respira, la quantità di elettrosmog, oltre ad altri rischi accertabili quali la presenza di amianto e radon.

Mentre sul piano globale i cambiamenti climatici sono considerati tra i maggiori determinanti della salute, il *Report 2002* sulla salute in Europa cita anche le “transizioni socio-economiche”, guerre e conflitti fra le minacce alla salute delle donne. Questa fonte ufficiale ci indica che vi sarebbero nell'Est europeo più di quattro milioni di donne appartenenti a gruppi migranti e rifugiate che necessiterebbero di attenzioni particolari.

La povertà è qui considerata a ragione un rischio importante: attraverso l'analisi quantitativa del carico di malattie che può essere attribuito ad ogni fattore di rischio, emerge che la malnutrizione da sola contribuisce al 12% delle morti nel mondo.

Anche per le popolazioni in Europa la povertà è considerata una “condizione di rischio” e vi sono chiare evidenze che non è sufficiente l'aumento di ricchezza se non viene data attenzione alla sua distribuzione: gli indicatori di salute sono migliori laddove le società sono più coese e ugualitarie, ovvero dove è minore la deprivazione relativa in alcune fasce.

È chiaro che non vi può essere una salute per ciascuna senza una salute per tutte, e che il criterio di equità nelle nostre politiche sociali e sanitarie è oggi più necessario che mai.

Che cosa sono gli “stili di vita”?

Con l'espressione “stile di vita” si indicano insieme di comportamenti che i soggetti hanno nella vita quotidiana e che sono giustamente ritenuti alla base di fattori di rischio: fumare, bere alcolici e non fare attività fisica costituiscono le basi per uno stile di vita a rischio di molte malattie, dai tumori ai problemi cardiovascolari.

Anche l'alimentazione è un fattore che rientra negli stili di vita, ma non è completamente frutto di una scelta personale. Infatti mentre posso decidere di evitare il consumo di carni a favore di una dieta prevalentemente vegetariana, ho poco controllo su ciò che viene messo nei cibi industriali: additivi, coloranti, conservanti, emulsionanti e persino organismi geneticamente modificati presenti in molti prodotti, dalle merendine ai biscotti, dalla maionese ai piatti pronti. Quindi i fattori alimentari sono solo in parte frutto dei comportamenti individuali.

E anche i comportamenti sono in larga parte socialmente costruiti: si fuma di più nei paesi dove la pubblicità di tabacco è pressante e diretta ai giovani; si smette di fumare maggiormente nelle aree e nelle fasce d'età in cui si investe in programmi di *smoke-quitting* (cessazione del fumo, *n.d.e*). Forse non siamo così liberi di scegliere come crediamo di essere: i condizionamenti sociali sono forti e una delle ragioni per cui le donne fumano in maniera crescente (e hanno meno successo degli uomini nei programmi di cessazione del fumo) è che la sigaretta è ancora percepita come un fattore di emancipazione. È però possibile intervenire sui cosiddetti “stili di vita” attraverso l'informazione corretta e sensibile rispetto al *target*, l'incoraggiamento di modelli culturali alternativi, e attraverso politiche sociali mirate alla riduzione del danno.

Quando il genere è un rischio?

Ci sono rischi specificamente legati al corpo della donna: si può menzionare la particolare associazione tra pesticidi e cancro al seno e in generale la maggiore vulnerabilità dei tessuti degli organi riproduttivi che nella donna sono presenti in misura maggiore.

L'alcool danneggia più le donne degli uomini per il rapporto tra acetaldeide ed estrogeni. Essere in sovrappeso è un fattore di rischio maggiore per le donne.

Inoltre le donne soffrono la repentina chiusura della protezione ormonale quando entrano in menopausa e la scelta della terapia

sostitutiva ormonale (TOS) può porle di fronte a un maggior rischio di tumori.

Ma una lettura non biologista ci spinge a guardare alle differenze anche fra le donne, per capire a fondo che cosa significa la costruzione sociale di una malattia.

Le donne impegnate in professioni tradizionalmente maschili tendono ad assumerne anche il rischio: è il caso della donna *manager* relativamente allo *stress* e ai problemi cardiologici connessi.

I tumori della pelle colpiscono maggiormente le donne bianche (in special modo quelle con carnagione chiara ed efelidi) rispetto alle nere, in un rapporto di 50 a 1.

Le donne bianche vanno incontro maggiormente a rischi diversi, dovuti proprio al maggiore accesso a beni di consumo. Le donne benestanti tendono ad utilizzare anche lampade abbronzanti e a fare un uso maggiore di cosmetici, deodoranti (che contengono tra l'altro alluminio), tinture per capelli, ed altri prodotti che contengono agenti chimici spesso dannosi.

È chiaro che l'appartenenza di classe incide a diversi livelli nell'esposizione: dalla qualità dell'alimentazione che una famiglia può permettersi (il "biologico" non è alla portata di tutti/e) a quella dell'acqua potabilizzata con sempre più alte percentuali di cloro, un potente cancerogeno, inventato negli Usa come arma chimica prima della fine della Seconda Guerra mondiale, oggi battericida a basso prezzo per i nostri acquedotti.

Anche qui vale lo stesso discorso: non tutte le famiglie possono permettersi di cuocere la pasta ogni giorno in acqua di bottiglia. Ma il cloro si volatilizza nel giro di 3-4 giorni e l'acqua può successivamente essere utilizzata per cucinare.

Quali sono i fattori di rischio per il cancro?

I fattori di rischio per il cancro possono essere raggruppati in sei grandi categorie in base al tipo di intervento che si profila sul piano della prevenzione primaria:

- ◆ alimentazione/dieta e *fitness*;

- ◆ tabacco (fumo attivo e passivo, sniffato, masticato) e consumo di alcool;
- ◆ esposizione ad agenti cancerogeni chimici;
- ◆ esposizione ad agenti cancerogeni fisici (es. radiazioni ionizzanti);
- ◆ fattori genetici e paragenetici;
- ◆ fattori virali, malattie precursori (es. epatite) ed altre lesioni pre-maligne;
- ◆ trapianti, operazioni chirurgiche, terapie mediche, pillola anti-concezionale;
- ◆ *stress* e altri fattori psico-sociali.

Va altresì ricordato che il cancro si profila come malattia multifattoriale: spesso ci troviamo di fronte ad una eziologia mista. Innumerevole è la quantità di agenti cancerogeni con cui entriamo in contatto nella nostra vita quotidiana: purtroppo vi è una grande carenza di studi in tal senso che ci chiariscano la portata delle esposizioni multiple cui siamo sottoposte.

Rischi occupazionali e rischi domestici

I rischi occupazionali sono quelli da più tempo studiati: le industrie che producono sostanze nocive, prima di danneggiare l'ambiente circostante e chi vi abita, danneggiano i lavoratori che sono quotidianamente alle prese con tali sostanze in maniera ravvicinata e continuativa. Ma solo il 30% dei casi di malattia occupazionale segnalato in Italia è effettivamente riconosciuto come tale ed indennizzato.

Il rischio occupazionale legato classicamente al lavoro industriale interessa maggiormente gli uomini che le donne, giacché questi settori - la cui pericolosità è stata studiata negli scorsi decenni - sono quelli che tradizionalmente impiegano forza lavoro maschile. Oggi vi sono nuovi rischi occupazionali legati alla *new economy*, che creano nuove patologie e interessano maggiormente le donne, non ancora adeguatamente studiati.

Va aggiunto che l'inquinamento dei luoghi chiusi non riguarda

solo le fabbriche: è un problema anche in ufficio (campi elettromagnetici, computer) dove in maggioranza lavorano donne - e in casa, dove le famiglie passano la maggior parte del tempo e dove le casalinghe erogano ogni giorno il proprio lavoro di cura.

Molti rischi sono presenti nelle nostre case: dai tessuti ai televisori, dai giocattoli ai cosmetici. Una recente ricerca europea cosponsorizzata dalla Organizzazione Europea Consumatori e dall'Associazione Europea per la Salute Pubblica, denunciando che la produzione di sostanze chimiche è passata da un milione di tonnellate l'anno a 400 milioni di tonnellate (*Eea Unep 1998*), ha analizzato i campioni di polvere nelle case riscontrando numerose sostanze tossiche, alcune anche cancerogene. In media ogni grammo di polvere risulta contenere mezzo milligrammo di quattro sostanze pericolose con rischio di: tumori, disturbi del sistema endocrino e riproduttivo, aumento di asma e allergie.

La Commissione europea ha riconosciuto la necessità di liberare la popolazione da queste sostanze pericolose obbligando le industrie a sostituire i composti pericolosi; ma purtroppo non vi sono stati ancora cambiamenti rilevanti.

Appartenenza etnica come costruzione sociale

Nel nostro paese le differenze etniche nella salute e nella malattia hanno solo di recente ottenuto attenzione in seguito alle migrazioni di forza lavoro da altri paesi. L'approccio iniziale è stato di tipo protettivo: si vedevano cioè le persone appartenenti ad altre etnie prevalentemente come possibili portatori di malattie esotiche. Questo ha lasciato il posto ad un approccio di tipo diverso e negli anni successivi si è valutato che la persona migrante è soprattutto un soggetto vulnerabile che si trova improvvisamente in un ambiente fisico (dal clima all'alimentazione) e sociale diverso.

Le donne di colore presenti sul nostro territorio sono impegnate principalmente nel lavoro di cura, nella piccola industria e come *sex workers* - spesso forzate alla prostituzione in un rapporto di lavoro

schiavile - sono più a rischio delle autoctone di contrarre malattie sessualmente trasmissibili, di frequenti gravidanze indesiderate, di metodi abortivi chimici rischiosi, di essere oggetto di violenze e di pratiche sessuali altamente rischiose (es: *dry sex*).

In generale le migranti soffrono di problemi - dalle affezioni respiratorie ai disturbi psicologici - di cui non avrebbero sofferto nel proprio paese di origine e conducono una esistenza mediamente più povera, precaria e stressante, oltre ad avere un accesso minore (per questioni sia culturali sia materiali) alle cure sanitarie. Un'attenzione specifica sia in termini di prevenzione sia di cura potrebbe risolvere molti dei problemi che le lavoratrici straniere hanno nel nostro paese, con beneficio per loro e per tutta la popolazione.

La malattia è una colpa? La genetica e l'atteggiamento di biasimo dei medici

Molto spesso è stata individuata la tendenza a biasimare la vittima per la sua malattia. Questo comportamento dei medici, indirizzato più frequentemente verso le donne - indicato in inglese con l'espressione *blame the victim* - tende a ricercare la responsabilità della malattia nel corredo genetico o nei comportamenti individuali della persona diagnosticata. Tale atteggiamento, spesso menzionato dalle associazioni di donne malate, è controproducente anche nelle pratiche preventive.

Sull'ereditarietà spesso si fondano molti pregiudizi: anche gli scienziati affezionati all'idea dell'origine genetica del cancro non addebitano più del 5% di responsabilità della malattia ai geni ricevuti come bagaglio alla nascita. I tumori ereditabili sono rari e tendono a colpire già nell'infanzia (come nel caso del retinoblastoma).

Un prestigioso simposio di genetisti a San Francisco ha evidenziato i limiti della attuale ricerca - che è condotta su modelli artificiali e separatamente dalla anatomia patologica - e ha messo in luce come i cosiddetti "geni del cancro al seno" (denominati *Brka1* e *Brka2*) si riscontrino effettivamente solo in una malata ogni 200.

Evidentemente quello che avviene nei vetrini dei laboratori è ancora lontano dallo spiegare quello che avviene ai corpi reali delle persone che vivono in specifici aggregati sociali.

Sulla base di ondate di paura che hanno percorso gli Stati Uniti durante gli anni '90, i medici sono arrivati a consigliare la mastectomia bilaterale profilattica alle ragazze la cui madre o nonna avesse avuto diagnosi di cancro al seno. È evidente come l'amputazione di un organo sano sia una aberrazione, che non corrisponde certo all'imperativo medico "*primum non nocere*", ma a logiche militari per le quali, ad esempio, l'unico modo di salvaguardare le foreste dagli incendi è l'abbattimento di tutti gli alberi.

Che cosa si intende per prevenzione?

Esistono due tipi di prevenzione:

☞ la prevenzione primaria si prefigge come scopo l'**eliminazione o la riduzione delle cause di malattia**, attraverso il controllo dei cibi, dell'acqua, dell'aria e dell'ambiente fisico. Ma non solo, la prevenzione primaria si prefigge anche la modificazione di quei rapporti sociali che riducono le capacità di autonomia e di libertà delle persone, che sono alla base del benessere. Purtroppo la prevenzione primaria in Italia si concentra quasi unicamente sul fumo di sigaretta (diretto e indiretto) e su altri comportamenti che non colgono tutti i problemi legati alle differenze di genere e di cultura;

☞ la prevenzione secondaria ha come obiettivo la **diagnosi precoce della malattia**, che in molti casi può salvare la vita della persona. Di particolare successo per la salute delle donne è il **pap-test**, che ha ridotto fortemente la mortalità femminile dovuta al tumore del collo dell'utero. Oggi circa il 30% dei tumori al seno viene scoperto grazie alle metodologie di diagnosi precoce, mentre i due terzi attraverso la semplice autopalpazione (volontaria o casuale): è quindi importante per le donne imparare a conoscere il proprio seno senza pudori e segnalare agli specialisti le eventuali variazioni.



PER UNA PREVENZIONE SOCIALE: CHE COSA POSSONO FARE I MEDICI?

Spesso viene privilegiata la prevenzione *individual oriented*, quella cioè che insegna agli individui come comportarsi per evitare le malattie, come seguire uno stile di vita sano. Ma non tutta la prevenzione può essere lasciata nelle mani delle singole persone, né tutti i fattori di rischio possono essere controllati dalle volontà individuali.

Quello che manca in molti paesi industrializzati è un modello di prevenzione *social oriented*, ovvero diretto alle comunità, che tenga in conto in maniera specifica il genere, le età, le diverse culture presenti sul territorio, gli orientamenti sessuali e religiosi.

È chiaro che un intervento di salute pubblica capillare non deve essere atteso come provvedimento dall'alto, soprattutto quando vi sono contesti nazionali, come il nostro ad esempio, dove lo Stato trae vantaggio dalla vendita di tabacco ed alcolici, oppure dove alcuni prodotti alimentari e cosmetici "pericolosi" sono normalmente disponibili sugli scaffali del supermercato.

Ma "la prevenzione sociale" può partire proprio dal lavoro di base di operatori/trici della salute che sono a contatto con le malattie che si sviluppano in una determinata area; e dall'attività di promozione culturale di gruppi sociali direttamente interessati a specifici problemi di salute.

Infine non bisogna dimenticare che: **conoscere significa prevenire.**

Consigli utili per la promozione della salute

Oltre alla prevenzione di singole malattie - dal cancro alle malattie sessualmente trasmissibili - è importante attivarsi per conoscere alcune pratiche di promozione della salute, che difendono e rafforzano quello specifico ambiente che è il nostro corpo.

Le strategie di promozione della salute sono molteplici e costituiscono i denominatori comuni della prevenzione di molte patologie:

- dall'uso di materiali edili ecologici alle strategie per evitare l'elettrosmog, dalla dieta mediterranea a base di legumi e cereali - una alimentazione che privilegia le proteine vegetali rispetto a quelle animali - a una maggiore attenzione nel diminuire i grassi a favore di una alimentazione ricca di frutta e verdura non trattata;

- dalla regolare attività fisica quotidiana alle tecniche di rilassamento che diminuiscono lo *stress*, a forme di "ecologia della mente" per imparare a valorizzare il proprio tempo, ascoltare le emozioni e a stare bene con le persone che ci circondano.



CHE COSA POSSONO FARE LE DONNE INSIEME?

Creare gruppi di sensibilizzazione sulla salute per diffondere elementi di prevenzione primaria sul modello delle esperienze autogestite dalle *promotoras de salud* nelle comunità a basso reddito dell'America latina.

Queste esperienze, che non hanno sufficienti risorse monetarie, ma che utilizzano appieno quelle umane (incluse le donne diagnosticate) e di *networking* fra donne, mostrano come sia possibile invertire almeno in parte la tendenza verso l'alto della *epidemia di cancro* - che interessa sempre più, nei paesi industrializzati, i bambini e i giovani che vengono diagnosticati con cancro in misura crescente - ed ottenere maggior controllo sul territorio rispetto alla produzione e alla diffusione di agenti cancerogeni sia chimici sia fisici.

Se la produzione della malattia è sociale, altrettanto sociale deve essere la risposta. Alcune cause di cancro, come ad esempio l'uso di tabacco, possono essere combattute prevalentemente a livello individuale; ma la maggior parte di esse, che riguardano le scelte di salute pubblica, devono essere contrastate con il pieno coinvolgimento delle comunità e delle donne in primo luogo.

VIOLENZE E SALUTE NELLA VITA DELLE DONNE

LA DEFINIZIONE DELLA VIOLENZA

La Dichiarazione sulla eliminazione della violenza contro le donne adottata dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite nel 1993 dà degli atti di violenza la seguente definizione: “(sono) atti di violenza diretti contro il sesso femminile tutti quelli che causano o possono causare un pregiudizio o sofferenze fisiche, sessuali o psicologiche, compresa la minaccia di tali atti, la contrazione o privazione arbitraria della libertà personale; che avvengano sia nella vita privata sia in quella pubblica”.

L'ALLARME DELL'OMS

L'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) ha lanciato nel 2000 un allarme sui rischi che le donne corrono a causa della violenza maschile. “La violenza contro le donne” sostiene l'OMS “è un problema maggiore che concerne la salute e i diritti della persona. In ogni momento della loro vita, dall'infanzia alla vecchiaia, le donne possono subire maltrattamenti fisici o morali. Le conseguenze della violenza rappresentano un problema gravissimo per la salute delle donne”.

La violenza maschile è quindi un fattore di rischio per la salute delle donne. Secondo l'OMS infatti “la violenza contro donne e bambine rappresenta un problema di salute enorme... A livello mondiale

si stima che la violenza sia una causa di morte o disabilità per le donne in età riproduttiva altrettanto grave quanto il cancro, e una causa di cattiva salute più importante degli effetti degli incidenti del traffico e della malaria combinati insieme” (*World Health Organization, “Violence Against Women”, 1997*).

Le violenze insomma sono frequenti, e le conseguenze sulla salute, anche a lungo termine, gravi e ben documentate.

GLI STUDI SULLA VIOLENZA RIFERITI DALL’OMS

La maggioranza degli studi in proposito mostra che :

- le violenze subite dalle donne sono compiute quasi esclusivamente da uomini;
- si tratta nella maggioranza dei casi di uomini che le donne conoscono, e non di sconosciuti;
- donne e bambine sono le vittime principali delle violenze dentro la famiglia e tra *partner*;
- nel contesto delle relazioni di coppia, i maltrattamenti fisici vanno quasi sempre insieme a violenze psicologiche e verbali gravi, e spesso anche a violenze sessuali;
- le istituzioni sociali, responsabili della protezione dei/delle cittadini/e, ignorano ancora troppo spesso il problema delle donne picchiate.

CHE COSA È CONCRETAMENTE LA “VIOLENZA ALLE DONNE”?

Donne e bambine possono subire violenze di vario tipo, fisiche, sessuali e psicologiche. Contrariamente a quello che si crede, la gran parte di queste violenze avviene nell’ambito familiare, che si tratti della famiglia di origine o della coppia. Gli autori sono soprattutto il padre o il partner della madre, il fratello, il nonno o altri familiari oppure il marito o ex marito, o il fidanzato. Anche per quanto riguarda le violenze sessuali avvenute al di fuori dalla famiglia o della coppia, gli autori sono quasi sempre uomini che la donna o la bambina

conoscono bene: amici di famiglia, vicini di casa, insegnanti, compagni di scuola o di lavoro. Curiosamente, mentre si insegna alle donne a temere la strada, la notte e gli sconosciuti, la maggior parte delle violenze avviene in casa o comunque ad opera di uomini noti.

LE ESPERIENZE DELLE DONNE

Violenze sessuali da bambine

“A dieci anni, andando a giocare con amici di mio fratello, che aveva 5 anni più di me, sono stata violentata da un amico di mio fratello, ed era presente anche lui. E poi ho subito violenza, stupro, da mio fratello fino all’età di 16 anni, quando ho conosciuto il mio futuro e attuale marito e sono andata via”.

Violenze fisiche, sessuali, psicologiche nella coppia

“Una pressione psicologica pazzesca ... mi faceva sentire incapace di far tutto, proprio tutto, mi diceva ‘sei brutta, sei un sacco, finirai in strada prima o poi, vedrai che lavoro farai’. Poi mi trascinava per la casa, mi dava dei calci, anche nel seno, mi meraviglio adesso di come facevo ad allattare “.

“Mi ha spinta contro la porta di vetro, ho rotto tutto il vetro, otto giorni dopo erano altri pugni, altri sputi, rompeva tutte le mie cose, un giorno ha ribaltato per terra uova, pasta, tutto quello che stavo cucinando, era il suo modo di dire ‘io qua comando e faccio quello che voglio’ “.

“Mi diceva che ero grassa, che ero brutta, che si vergognava a portarmi fuori. E io andavo davanti allo specchio, non mi guardavo con gli occhi miei, mi guardavo con gli occhi suoi, mi dicevo ha ragione, e mi adagiavo. Difatti ogni tanto che sentivo che lui mi voleva un po’ di bene o mi pareva, io rifiorivo”.

“Mi chiudeva fuori dalla porta sotto la pioggia, mi impediva di andare in chiesa, in casa mi buttava la roba, era un continuo tormentarmi, ha buttato via tutte le mie foto di quando ero bimba, tutte le foto dei miei genitori, voleva distruggere il mio passato”

“Era geloso, e allora ha voluto che mollassi il negozio, perché così sto a casa, sono sottomessa, forse se sono senza lavoro mi sento più inferiore ancora...”

“Che poi, oltre alle legnate, lui ogni volta voleva far l’amore, cioè voleva e faceva ... oltre al dolore fisico c’era anche quell’umiliazione”.

Romito, *Violenze di genere su donne e minori*, 2000

Le violenze alle donne: un evento raro?

Fino a pochi anni fa si credeva che le violenze maschili su donne e bambine fossero avvenimenti rari. Purtroppo non è così. Le ricerche svolte in vari paesi mostrano che moltissime donne hanno subito violenze. Almeno il 25% ha subito nel corso della vita violenze fisiche e sessuali nella coppia, da un *partner* o un *ex-partner*; le violenze psicologiche sono ancora più frequenti. Spesso queste violenze avvengono anche quando la donna è incinta.

Tra il 10% e il 15% delle donne ha subito uno stupro; da notare che solo una piccola percentuale di questi stupri, tra il 5% e il 15%, viene denunciata. La gran parte degli abusi sessuali avviene quando sono piccole: circa il 30% tra le bambine e le adolescenti ha subito molestie o violenze, dai palpeggiamenti intimi allo stupro.

Subire violenze comporta conseguenze per la salute delle donne?

La violenza può avere effetti devastanti su chi la subisce. Le conseguenze immediate dei maltrattamenti e delle aggressioni fisiche consistono in lividi, lesioni, fratture (l'occhio nero, il timpano rotto, la mascella dislocata, le dita o le braccia slogate o spezzate...). Una donna violentata, costretta a un rapporto sessuale non desiderato, magari senza preservativo, può rimanere incinta, contrarre una malattia sessualmente trasmissibile, o venir contagiata dal virus dell'AIDS.

Le violenze inoltre, che si tratti di abusi fisici, sessuali o anche "solo" psicologici, hanno spesso conseguenze negative anche a lungo termine. Come si può intuire dalle citazioni delle donne (vedi il riquadro alla pagina precedente), subire violenza, soprattutto se da una persona che ti è vicina, cui hai voluto o vuoi ancora bene, può avere come effetto di erodere la stima di sé, far sentire impotenti, incapaci, togliere speranze per il futuro. La violenza sessuale implica un'invasione del sé, la distruzione della fiducia negli altri e nel

mondo, e sentimenti di confusione e di vergogna anche se la vittima non ha nessuna responsabilità in proposito.

Violenze gravi o ripetute creano nella vittima un sentimento di ansia intensa o di paura generalizzata, e possono costringerla in uno stato di allerta e di tensione costante, nella speranza di riconoscere il pericolo e di riuscire a sfuggire. I ricordi delle violenze possono emergere in modo inaspettato, sotto forma di incubi, o interferire nella vita quotidiana. Questo insieme di sintomi è chiamato sindrome o disturbo post-traumatico da *stress*; come dice il nome, si tratta di una reazione normale dell'organismo a un avvenimento traumatico, come è la violenza.

Non c'è quindi da stupirsi che una donna con un passato o un presente di violenza possa soffrire più spesso di depressione o di ansia intensa; possa fare tentativi di suicidio; possa consumare in misura eccessiva, nel tentativo di dimenticare la sofferenza e calmare l'ansia, alcool, droghe o psicofarmaci; possa soffrire di vari disturbi alimentari (mangiare troppo o troppo poco) fino all'anoressia e la bulimia.

Spesso queste patologie psichiche si innestano su violenze croniche a lungo subite, ma non riconosciute come tali, e non sempre le donne e i loro medici riescono a fare un collegamento tra le violenze e la patologia che si manifesta.

In altri casi, la violenza, e lo stato di *stress* che comporta, possono influire su disturbi a livello fisico: le donne che sono state vittime di violenza, da bambine o da adulte, presentano più spesso disturbi ginecologici e gastrointestinali e finiscono così per subire più ricoveri per esami e più operazioni; presentano inoltre più spesso disturbi come dolore cronico, fatica cronica e mal di testa persistenti.

Quando si innestano problemi di salute fisici o psichici, di solito vuol dire che le violenze e i maltrattamenti sono stati subiti per lungo tempo e che sono stati ignorati o sottovalutati dalle persone vicine alla donna - familiari, amiche, medico - e a volte anche dalla donna stessa.

L'AUMENTO DEI RISCHI PER LA SALUTE NELLE DONNE CHE HANNO SUBITO VIOLENZA

Una ricerca longitudinale negli Stati Uniti ha mostrato che, dopo uno stupro, l'uso dei servizi sanitari aumenta:

- *nel primo anno, del 18%*
 - *nel secondo anno, del 56%*
 - *nel terzo anno, del 31%*
- 👉 *l'aumento maggiore riguarda i servizi di medicina generale (Acierno et al., 1997)*

Un'altra ricerca longitudinale, sempre negli Stati Uniti, ha analizzato le relazioni tra l'aver subito violenze fisiche e sessuali e consumo di alcool nelle donne. I risultati mostrano che anche donne che non consumavano alcool, iniziano a consumare, o aumentano il consumo, dopo che hanno subito violenze. Il fatto di eccedere nell'alcool rende però la donna più vulnerabile e diventa quindi un fattore di rischio di ulteriori violenze (Kilpatrick et al., 1997).

Una ricerca in Francia, su un campione di quasi 7000 donne ha messo in evidenza le relazioni tra l'aver subito violenze negli ultimi 12 mesi e la presenza di sofferenza psicologica. In particolare, le donne vittime di violenze fisiche ripetute (quasi sempre da un partner o ex partner) se confrontate alle donne senza queste violenze presentavano un rischio 6 volte maggiore di essere depresse, 5 volte maggiore di consumare psicofarmaci e 19 volte maggiore di tentare il suicidio. Le donne vittime di violenza sessuale presentavano rispettivamente 3 volte il rischio di depressione, 4 volte il rischio di consumare psicofarmaci e 26 volte il rischio di un tentato suicidio.

Ricerca nazionale ENVEFF, Jaspard et al., 2001

<p>ALCUNE POSSIBILI CONSEGUENZE DELLA VIOLENZA SULLA SALUTE DELLE DONNE, TRATTE DALL'ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ</p>	
<p><i>CONSEGUENZE FISICHE</i></p>	<p><i>CONSEGUENZE PSICHICHE</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Lesioni, ferite, fratture (fino alla morte della donna). ◆ Disturbi ginecologici: infiammazioni dell'utero o delle ovaie, uretriti, infezioni vaginali, dismenorrea, dolore pelvico, irregolarità del ciclo mestruale. ◆ Infezioni sessualmente trasmesse, inclusa AIDS. ◆ Cefalea e rachialgia. ◆ Disturbi gastrointestinali: sindrome dell'intestino irritabile. ◆ Disturbi cardiovascolari (ipertensione arteriosa, infarto del miocardio). ◆ Asma. ◆ Comportamenti autolesivi (fumo, alcolismo, sesso non protetto). 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Scarsa stima di sé. ◆ Ansia, attacchi di panico. ◆ Depressione. ◆ Suicidio e tentato suicidio. ◆ Disturbi del comportamento alimentare. ◆ Disturbi ossessivi. ◆ Disturbo post-traumatico da stress. ◆ Comportamenti auto-lesivi (auto-mutilazioni, abuso d'alcool, fumo, sesso non protetto). ◆ Abuso di farmaci.
<p><i>Fonte: Women's Health Development, Family and Reproductive Health (1996), Violence Against, in WHO Consultation, World Health Organization, Geneva.</i></p>	

Attenzione!

Le conseguenze negative delle violenze non sono un destino. Non tutte le bambine e le donne maltrattate o abusate avranno in seguito problemi di salute: dipende dall'esperienza singolare di ognuna, ma anche e soprattutto dal tipo di aiuto e sostegno o dal mancato sostegno che hanno trovato, nei familiari non abusanti, nelle amiche o nei professionisti.

Le donne con esperienze di violenza sono delle sopravvissute. Anche quelle che hanno subito per anni, hanno saputo mettere in atto delle strategie di sopravvivenza. Anche quelle che, come conseguenza della violenza, soffrono di depressione o di altri problemi psicologici, sono persone coraggiose, che hanno saputo resistere a situazioni a volte terribili, sempre pesanti e dolorose.



CONSIGLI ALLE DONNE E AI LORO MEDICI



Messaggio importante per le donne e i loro medici

La violenza non è ammissibile, per nessuna ragione. Nessuno “merita” di subire violenza, checché ne dica il violento. È importante quindi saper riconoscere le violenze, e cercare aiuto per uscirne. I Centri antiviolenza, che esistono in moltissime città d’Italia, gestiti da donne per aiutare le donne, rappresentano una risorsa importante.

Il che fare dei medici e delle donne

Saper riconoscere le violenze. La violenza su donne e minori, soprattutto se dentro la famiglia, è stata per secoli considerata “normale”, quasi un diritto del capo famiglia. Per questo motivo, può non essere semplice “riconoscerla”.

Se è mio marito/il mio fidanzato che mi fa violenza, è stupro? Certo, anche secondo il Codice penale lo stupro è un atto sessuale che avviene contro la vostra volontà, anche se l’autore è un marito o un fidanzato.

Mio marito/il mio fidanzato non mi obbliga con la forza, ma insiste, minaccia, ricatta.... Anche questa è violenza, anche se non ci sono botte.

Mio marito/il mio fidanzato non mi ha mai picchiato, ma mi svalorizza, mi insulta, mi controlla continuamente: è violenza? Sì, e come abbiamo visto queste violenze possono comportare sofferenza psicologica. Il nostro Codice penale, art. 572 “Maltrattamenti in famiglia e verso i fanciulli”, include anche gli abusi psicologici, purché intenzionali e ripetuti: si tratta di un reato grave, perseguibile d’ufficio.

Le ricerche mostrano inoltre che il trauma psicologico legato a uno stupro è altrettanto grave nei casi in cui l’autore sia un uomo noto, come il *partner*, come nel caso si tratti di un altro uomo conosciuto, o di uno sconosciuto. Ricordiamo comunque che gli stupri da sconosciuti sono i più rari.

Cercare aiuto. È importante riconoscere i legami tra le esperienze di violenza vissute nel passato e nel presente e alcuni sintomi di disagio fisico o psicologico.

A volte le donne hanno paura di certi sintomi, come gli attacchi di panico, gli incubi, i pensieri intrusivi, la depressione. La donna può domandarsi: sono pazza? La risposta è no, si tratta di reazioni normali dell'organismo in situazioni "anormali", ma può essere comunque necessario farsi aiutare da persone esperte.

Dove cercare aiuto. Come abbiamo già detto, i Centri antiviolenza sono un luogo dover trovare ascolto, sostegno e un aiuto concreto per uscire dalla violenza. Per molte donne, il dialogo con le operatrici dei Centri e l'uscire dalla violenza sono sufficienti a superare anche i problemi psicologici: le vittime di violenza non sono per questo né matte né malate!

Per alcune donne, i professionisti della salute, medici e psicologi, possono fornire un aiuto più specifico. È importante però sceglierli bene: questi professionisti hanno spesso gli stessi pregiudizi che tutta la società ha avuto nei confronti delle vittime di violenza: "non è vero niente, se l'è inventato; se l'è andato a cercare; in fondo le è piaciuto; e poi non è così grave...". Se il professionista è scettico, se non crede alla donna, se la colpevolizza, se si preoccupa più dell'uomo violento che di lei, se prescrive psicofarmaci senza discuterne con la donna, se non si preoccupa della sua situazione attuale e della sua sicurezza, se non la rispetta, allora forse non è la persona adatta per aiutare chi ha subito violenza.

QUALI SONO LE CIFRE DELLA VIOLENZA NEI SERVIZI SANITARI?

La violenza tra le utenti dei servizi	% di pazienti che hanno subito violenze fisiche o sessuali negli ultimi 12 mesi
Servizio	
Pronto Soccorso, USA (Dearwater, 1998)	14%
Medicina generale, USA (Coker et al., 2000)	6%
Medicina generale, G.B. (Richardson et al., 2002)	17%
Pronto Soccorso, Italia (Romito & Gerin, 2002)	14%

Una ricerca italiana tra le pazienti dei medici di medicina generale.

In una ricerca in provincia di Belluno, svolta nel 2001, sono state intervistate più di 400 donne, pazienti dei medici di medicina generale, di cui un quarto aveva 60 anni o più e il 12% era vedova. Il 4% aveva subito negli ultimi 12 mesi violenze fisiche o sessuali da un *partner* o *ex-partner*; se includiamo anche i gravi maltrattamenti psicologici, 10% delle pazienti stava subendo violenze.

Le violenze nell'ultimo anno erano più frequenti tra le donne giovani (il 9% tra le donne dai 30 ai 39 anni subiva violenze fisiche o sessuali), tra quelle con figli piccoli (12%), e tra quelle con una situazione professionale precaria (13%). Da notare che essere disoccupate o con un lavoro precario era spesso una conseguenza dei maltrattamenti domestici.

Soffriva di depressione: l'11% delle pazienti senza problemi di violenza, il 33% di quelle che subivano "solo" violenze psicologiche, e il 53% di quelle che subivano maltrattamenti fisici, sessuali o psicologici. Queste associazioni esistevano indipendentemente dall'età, e cioè sia per le donne giovani che per le più anziane.

È possibile fare domande alle pazienti sulla violenza? Sì.

L'83% delle intervistate risponde che il medico curante dovrebbe fare delle domande sulla violenza **a tutte** le sue pazienti. (*Romito e De Marchi, in preparazione*).

E, per concludere, alcune indicazioni ai medici

È quindi importante saper riconoscere la violenza, ascoltare le donne che ne parlano e credere loro; essere attenti a sintomi e segnali, ed eventualmente chiedere direttamente.

Crede alle donne è cruciale: può infatti capitare che sia la prima volta che osano parlarne, o che ne abbiano già parlato e non siano

state credute. Ricordare che, a volte, più le violenze sono gravi, ripetute o prolungate, più la donna può essere sofferente, e il suo racconto contraddittorio e confuso.

In sintesi, il ruolo del medico può essere determinante nell'aiutare la donna a riconoscere il problema della violenza, nel dare un nome e trovare le origini di alcuni problemi di salute, nell'affrontare e risolvere questi problemi, tenendo presente il contesto generale della vita della donna.

Il medico può inoltre sostenere la donna nel percorso di uscita dalla violenza: comunicandole che la violenza è qualcosa di grave e che nessuno merita di subire; mettendola in contatto con altri servizi pubblici o privati, come consultori, centri-antiviolenza, centri clinici per il maltrattamento e polizia.

ALCUNI PRINCIPI GENERALI CUI ATTENERSI NELLA PRATICA DEGLI OPERATORI SANITARI

- ◆ Collegare sempre la salute della donna alle sue condizioni di vita.
- ◆ Considerare che ogni donna può subire violenza, ad ogni età e in ogni contesto sociale.
- ◆ Non dimenticare che le violenze e il maltrattamento psicologico all'interno della famiglia sono le forme più consuete e diffuse di violenza contro le donne.
- ◆ Tener presente che i sintomi fisici e psichici nelle donne possono rappresentare le conseguenze della violenza.
- ◆ Di fronte al disagio e alla sofferenza delle donne, evitare il riferimento a categorie interpretative quali: "la fragile costituzione, la fase biologica del ciclo di vita, il masochismo o la co-dipendenza", tutte cariche di pregiudizi, prive di fondamento scientifico e fortemente colpevolizzanti per la donna.
- ◆ Cominciare a inserire, nelle procedure di accoglienza delle pazienti e di raccolta dei dati anamnestici, le domande sulla violenza e sui maltrattamenti, che riguardano:
 - le tipologie più frequenti (violenza sessuale, fisica, economica e psicologica),
 - gli autori,
 - gli effetti sulla salute e sulla qualità di vita della donna.

IN QUINDICI PUNTI: DOMANDE E
RISPOSTE SULLA SALUTE DELLE
DONNE AL LAVORO

45

Con la fine della schiavitù il lavoro è stato analizzato come fattore di rischio per la salute dell'uomo. Da sempre l'uomo è stato considerato prima come risorsa economica e poi come padre, marito ecc.

Per le donne è successo l'inverso. Il lavoro domestico non è mai stato considerato un fattore di rischio per la salute, e la donna è stata considerata “naturalmente” solo madre, moglie e poi risorsa per il mercato.

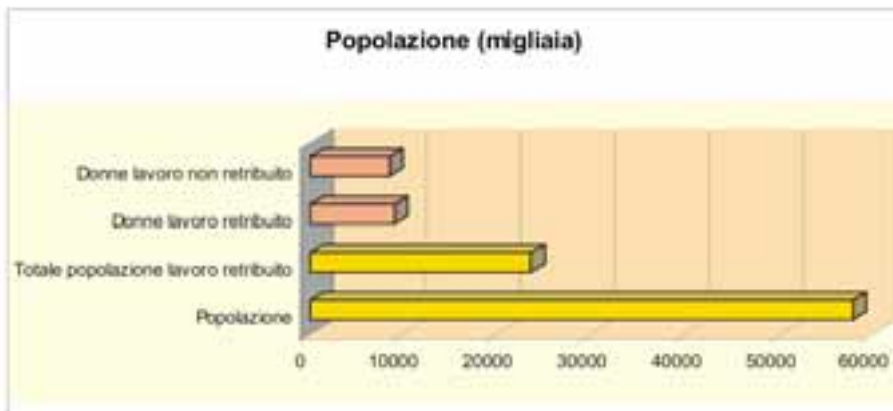
La salute al lavoro è pensata come condizione maschile, alla donna si sono lasciati i rischi della gravidanza e si è dapprima legiferato solo per proteggere il nascituro, come nelle prime leggi di tutela del diciannovesimo secolo e in quelle della dittatura fascista.

Oggi ci troviamo in un contesto diverso: la composizione del mondo lavorativo è cambiata, sempre più donne accedono ad una elevata istruzione ed entrano nel mondo del lavoro, nelle nuove professioni, nella nuova economia.

In questo nuovo contesto e in quello vecchio delle “catene di montaggio” di beni e di servizi, occorre ripensare alle norme e prassi focalizzate sulla salute e sicurezza del “lavoratore” di genere neutro e di fatto maschile, e valutarne l'efficacia nei confronti del “lavoratore” di genere femminile.

Questo ripensamento renderà il bene-salute pienamente fruibile da ambedue i sessi, e darà al concetto di salute quella dimensione com-

plexiva che comprende oltre il benessere fisico anche quello mentale e sociale, della cui mancanza le donne soffrono più spesso degli uomini.



La popolazione italiana è :	57.844.017
Coloro che svolgono lavoro retribuito sono:	23.575.000
Le donne che svolgono lavoro retribuito (e doppio lavoro) sono:	9.080.000
Le donne che svolgono lavoro non retribuito sono:	8.443.000

ISTAT 2000/2001

PUNTO I – DONNE E LAVORO RETRIBUITO

In Italia donne e uomini hanno le stesse opportunità di lavoro?

In Italia il tasso di occupazione femminile è il 31% contro quello maschile che è il 62%. La disoccupazione femminile è la più alta con il 16.3% contro il 9.1% degli uomini (ISTAT, 1999).

Rapporto tra forza lavoro e popolazione	Femmine	Maschi
1960	26,4	62,5
1970	21,8	56,6
1980	26,0	54,4
1992	30,9	54,5
1999	31,3	61,8

Tasso di occupazione, ISTAT 1999

PUNTO 2 – DONNE E LAVORO RETRIBUITO IN EUROPA

47

Le donne italiane hanno livelli di occupazione analoghi a quelli delle donne europee?

Le donne italiane sono molto meno occupate rispetto agli altri paesi europei (esempio Francia 48%, Svezia 62,5%) .

NAZIONI	Tassi di occupazione
Svezia	62.5
Danimarca	61.7
Canada	60.1
Stati Uniti	58.8
Giappone	50.8
Svizzera	50.7
Francia	48.5
Germania	47.9
Austria	43.9
Italia	38.3
<i>Tasso di occupazione di donne sopra i 15 anni. (UNDP, 2000)</i>	

PUNTO 3 – DONNE E TIPO DI LAVORO RETRIBUITO

Le donne possono svolgere tutti i lavori che svolgono gli uomini?

Il lavoro femminile è concentrato in alcuni settori lavorativi “tradizionalmente femminili” (servizi, istruzione, sanità, industria tessile, abbigliamento, calzature, ecc.).

Solo recentemente lavori tradizionalmente maschili vedono impiegate anche donne: trasporti pubblici, ricerca, igiene urbana, polizia di Stato, vigili urbani, ecc.

Ancora più segregate sono le donne immigrate quasi esclusivamente addette a lavori di assistenza e a lavori domestici, anche in presenza di un elevato grado di istruzione.

Settore	Dati assoluti	Rapporto F/MF
Servizi pubblici e privati	2.022.000	37.0
Istruzione, sanità e servizi sociali	1.690.000	64.1
Industria	1.600.000	24.7
Commercio	1.182.000	35.3
Agricoltura	458.000	34.2
Alberghi e ristoranti	413.000	46.7
<i>Fonte: ISTAT, Forze di lavoro. Annuario 1999</i>		

PUNTO 4 – DONNE E TIPO DI CONTRATTO DI LAVORO

Le donne hanno gli stessi contratti di lavoro degli uomini?

Le donne svolgono più lavori precari, lavori a tempo determinato, lavori *part-time* e lavori con contratti di collaborazione continuativa (co.co.co).

Citiamo come esempio tipico il lavoro presso i centri di chiamata (*call center*), dove la operatrice tipica è una donna di 29 anni, *single*, che vive nella famiglia di origine, diplomata (e nel 17% anche laureata).

Lavoratori e lavoratrici	Femmine	Maschi
Roma Centro		
Lavoro a tempo determinato	23%	15%
Lavoro a tempo indeterminato	77%	85%
<i>ISPESL-CGIL Le condizioni di lavoro, l'ambiente e la salute delle lavoratrici di Roma Centro, 2000</i>		

PUNTO 5 – DONNE E PARITÀ ECONOMICA E GIURIDICA

Le donne italiane hanno raggiunto la parità giuridica (di posizione nel lavoro) ed economica (di livelli retributivi)?

Le donne italiane sono nel 74% dei casi collocate in una posizione gerarchica subordinata ad un maschio, contro il 61% delle donne europee (Kauppinen, 1999).

La posizione delle donne nella organizzazione del lavoro è prevalentemente quella di lavoratrici a domicilio, e poi di donne impiegate.

Le donne a parità di lavoro hanno una retribuzione inferiore che si attesta intorno al 30% fino al 50% nei lavori atipici. In Danimarca, il differenziale è del 12%.

L'Italia è al 31° posto nella partecipazione al potere delle donne (9% donne in Parlamento, 19% nelle posizioni apicali, 44% nelle professioni qualificate). Ai primi posti Norvegia, Svezia, Islanda, Finlandia, Olanda e Canada (UNDP, 2000).

Posizione nella professione dipendente	Femmine/Maschi e femmine
Dirigenti	20.1
Direttivi-quadro	37.0
Impiegate o intermedie	50.0
Operaie	30.3
Apprendiste	38,7
Lavoratrici a domicilio	71.7
<i>ISTAT, Forza lavoro. Annuario 1999</i>	

Anzianità di servizio	Retribuzione Donne	Retribuzione Uomini	Differenza retributiva media mensile
<10	3.694.000	3.772.000	- 77.814
10-15	3.930.000	4.090.000	- 160.238
15-20	4.456.000	4.776.000	- 319.822
20-30	5.305.000	6.134.000	- 829.034
>30	7.049.000	7.649.000	-600.345
<i>ENEA, Comitato Pari Opportunità, 2000</i>			

Le donne svolgono lavori “leggeri”?

Le donne svolgono prevalentemente lavori monotoni e ripetitivi che richiedono attenzione con effetti sulla salute mentale non riconosciuti come malattia professionale. Le donne svolgono spesso lavoro in piedi. Le donne sollevano pesi limitati, ma più spesso e per più tempo. In una panetteria commerciale la donna trasporta 7.920 paste al giorno; nell'industria ceramica una donna sceglie più di 60 piastrelle al minuto; nell'industria della sedia leviga più di 250 sedie al giorno. Le donne sono più esposte a lavori stressanti quali: infermiere, cassiere, insegnanti, addette alla catena montaggio, telefoniste dei *call center*, ecc. Lo *stress* aumenta a causa del doppio lavoro e spesso della doppia esposizione. Il carico eccessivo della donna non è solo in relazione al lavoro fisico, ma specialmente al lavoro di “cura” della casa, dei figli, degli anziani e al “lavoro invisibile”, in assenza di riconoscimento e di adeguato rinforzo positivo da parte dell'ambiente di lavoro.

Analisi della levigatura della sedia con il Metodo delle Congruenze Organizzative

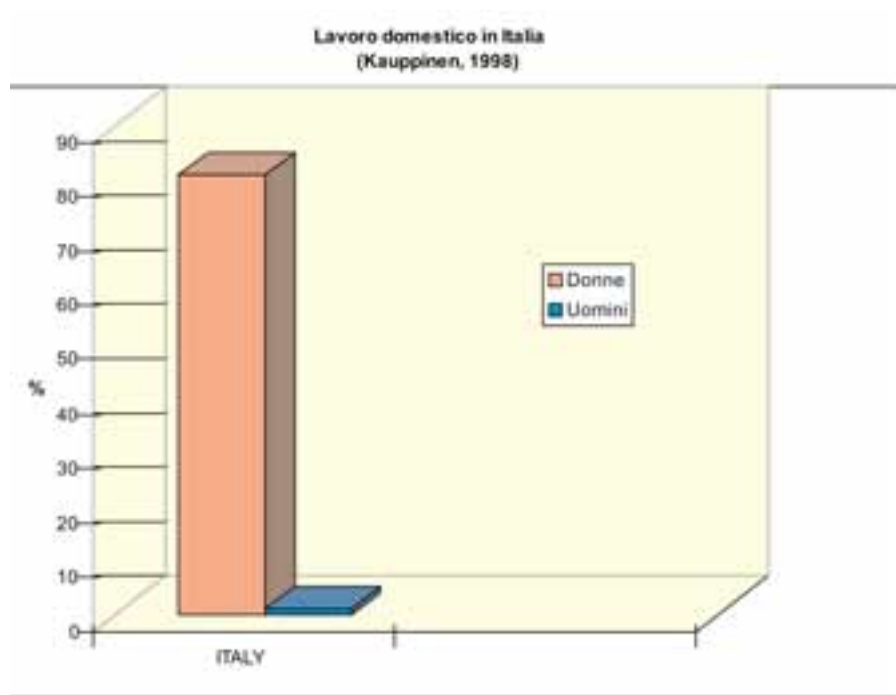
Levigatura delle parti piane della sedia che sono rivolte in alto.	Una operaia, in piedi, impugna la levigatrice (peso 0,8 kg) con la mano destra e carteggia le superfici piane rivolte verso l'alto della sedia verniciata. Luogo: capannone (polveroso, con presenza di vapori di solvente, con rumori di fondo) Tempo: 8 secondi circa. Circa 250 sedie al giorno	<i>Oggetto:</i> parti piane della sedia verniciata da levigare <i>Mezzi:</i> arto superiore destro e levigatrice <i>Processo:</i> levigatura parti piane della sedia verniciata	- Monotonia e ripetitività di compito semplice che richiede attenzione - Ritmo elevato - Sovraccarico arto superiore destro - Vibrazioni levigatrice - Rumore levigatrice
--	--	---	---

Marchetti E., Salerno S. *Convegno DBA, Modena 2002*

Le donne lavorano meno ore degli uomini?

Le donne lavorano fino a 60 ore settimanali per la cura della casa. In media 4 ore al giorno per le lavoratrici retribuite che si sommano alle ore di lavoro retribuito e 5.4 ore per le lavoratrici che svolgono lavoro domestico non retribuito.

L'Italia è il paese europeo dove il contributo degli uomini al lavoro domestico (1%) è il più basso di tutta la Unione europea (11%). I maschi occupati contribuiscono con 1 ora al giorno e i non occupati con 1.5 (*Indagine Multiscopo, 2002*).



PUNTO 8 – DONNE E RISCHI DA LAVORO

I rischi da lavoro danneggiano maschi e femmine in ugual misura?

No. Esistono effetti differenziati tra maschi e femmine, legati ai disturbi osteoarticolari, al lavoro di notte, al lavoro fisico pesante, al metabolismo di alcune sostanze chimiche, al lavoro stressante, che colpiscono maggiormente le donne anche per la diversa esposizione lavorativa. Nella valutazione dei rischi spesso non sono studiati gli *standard* sui limiti di esposizione che sono basati su un “lavoratore medio” di sesso maschile.

PUNTO 9 – DONNE, INFORTUNI E MALATTIE PROFESSIONALI

Le lavoratrici hanno meno infortuni e malattie professionali degli uomini?

Nei settori con manodopera femminile, quali la sanità e i servizi, la frequenza di infortuni e malattie professionali è sostanzialmente uguale tra maschi e femmine. Nel 2000 sono state denunciate all'INAIL 18.843 casi di malattie professionali, di cui 2.957 riguardavano donne (16%). Nell'industria 2.746 casi, in agricoltura 142 casi, nel lavoro statale 19 casi. Le malattie più denunciate sono: sindrome del tunnel carpale, sordità da rumore, malattie della pelle, malattie psichiche, altre malattie muscoloscheletriche e asma (ISPESL, 2003). Le donne sono occupate in settori con rischi specifici spesso ignorati e non riconosciuti e hanno meno infortuni mortali perché non operano in comparti ad elevato rischio quali ad esempio i cantieri edili.

Classi di malattia	Femmine		Maschi		Totale	
	Numero	%	N	%	N	%
Sindrome del tunnel carpale	139	28.3	53	1.6	194	4.9
Sordità da rumore	92	18.7	2.750	80.5	2.871	72.6
Malattie della pelle	86	17.5	134	3.9	221	5.6
Malattie psichiche	13	2.6	2	0.1	15	0.4

Lombardia, Malattie professionali per classe e sesso (ISPESL, 2003)

PUNTO 10 – DONNE, SALUTE AL LAVORO E RICERCA SCIENTIFICA

Gli studi sulle malattie da lavoro riguardano uomini e donne?

La differenza di genere non è considerata da questi studi, che sono prevalentemente su attività lavorative tipicamente maschili in cui le donne sono numericamente inferiori e considerate un potenziale fattore di “confondimento,” e per questo spesso non considerate.

(Congressi internazionali donna, lavoro, salute: Barcellona 1996, Rio de Janeiro 1999, Stoccolma 2002)

PUNTO 11 – ASSENZE DAL LAVORO PER MALATTIA

È vero che le donne si assentano più dei maschi dal lavoro?

Le donne si assentano più frequentemente, ma per un numero inferiore di giorni rispetto ai maschi. L'assenza dal lavoro delle donne è legata anche all'assistenza ai familiari a carico, quali minori ed anziani.

(ISTAT 2002, Indagine Multiscopo)

PUNTO 12 – LAVORO E SALUTE RIPRODUTTIVA

È vero che i rischi ambientali e lavorativi sono importanti solo per le donne in gravidanza e per questo la legislazione deve tutelare solo la donna? Per tutelare la salute riproduttiva è sufficiente l'allontanamento della donna in gravidanza dal rischio?

Non solo le donne, ma entrambi i sessi sono “sensibili” nel loro apparato riproduttivo, che può essere danneggiato.

Gli effetti degli inquinanti sulla salute riproduttiva di entrambi i sessi si evidenziano a carico del sistema endocrino, anche prima di

eventuali concepimenti, provocando ad esempio disturbi mestruali nelle donne e ritardo al concepimento, per alterazione della qualità dello sperma, nell'uomo.

È auspicabile pertanto la bonifica dei luoghi di lavoro per la salute riproduttiva di entrambi i sessi.

	Sistema riproduttivo maschile	Sistema riproduttivo femminile
Metalli	Piombo, cadmio, cromo, mercurio, nickel, ecc.	Piombo, mercurio
Solventi	Glicoleteri, tricloroetilene, tetracloroetilene, 2-bromopropano, disolfuro di carbonio, trinitrotoluene	Tricloroetilene, tetracloroetilene, benzene, toluene, solfuro di carbonio, glicoleteri, idrocarburi alifatici
Pesticidi	DDT, dibromocloropropano, kepone, clordecone, diossine	DDT, dibromocloropropano, diossine, fenossiacidi, ecc.
Altri agenti chimici	Policlorobifenili, Idrocarburi clorurati	Gas anestetici, farmaci antineoplastici, ossido di etilene, formaldeide
Agenti fisici	Campi elettromagnetici a bassa ed alta frequenza Radiazioni ionizzanti	Campi elettromagnetici a bassa ed alta frequenza Radiazioni ionizzanti
Agenti biologici	Parotite epidemica	Toxoplasma, citomegalovirus, rosolia, Hiv
Altro	Lavoro fisico pesante, alte temperature, prolungata posizione alla guida.	Lavoro a turni, lavoro fisico pesante, <i>stress</i> , posizione di lavoro fissa.
<i>Figà Talamanca I. Trattato di Medicina del lavoro (Casula et al.) 2003</i>		

L'ambiente domestico non incide sullo stato di salute?

L'ambiente domestico può incidere negativamente sulla salute delle donne, sia per la presenza di agenti interni:

- fumo di sigaretta,
- fumi legati alla cottura di cibi o al combustibile usato,
- uso di sostanze chimiche detergenti per la casa,
- polvere,
- riscaldamento,
- solventi da indumenti trattati impropriamente nelle lavanderie a secco,

● radon, gas radioattivo presente in alcuni materiali di costruzione delle case in alcune zone geografiche;

sia per la presenza di inquinanti ambientali esterni quali:

- il piombo, il benzene, il monossido di carbonio.

Alle volte possono arrivare nell'ambiente domestico inquinanti dall'ambiente di lavoro come ad esempio:

- l'amianto e il piombo attraverso le tute lavate a casa,
- solventi nel caso di lavoro in tinto-lavanderie,
- pesticidi dal lavoro agricolo.

Tutto ciò può provocare gravi danni alla salute delle donne.

	Fumo passivo e attivo
Alcuni effetti sulla salute	<p>Invecchiamento precoce</p> <p>Malattie respiratorie</p> <p>Malattie cardio-vascolari</p> <p>Cancro al polmone (in aumento la mortalità delle donne italiane da 2500 a 5000 casi dal 1980 al 2000)</p> <p>Riduzione della fertilità</p> <p>Maggiore abortività non volontaria</p> <p>Basso peso alla nascita</p> <p>Menopausa precoce</p> <p>Osteoporosi</p> <p>Diminuzione della speranza di vita media, in particolare per le donne del livello socio-economico più elevato, che hanno una maggiore abitudine al fumo di sigaretta.</p>

Le casalinghe stanno meglio delle donne che svolgono lavoro retribuito?

Le casalinghe hanno un tasso di mortalità superiore alle donne che svolgono lavoro retribuito (Torino, 1998). Le donne con maggiore mortalità sono le disoccupate (età 18-59).

Tra le casalinghe sono più avvantaggiate per la sopravvivenza le donne con livello di istruzione elevato (laurea o diploma) e di classe sociale elevata (borghesia, classe media impiegatizia).

L'aspetto più gravoso per la tutela della salute della donna in casa è il carico eccessivo, non solo in relazione al lavoro fisico, ma, specialmente, al lavoro di "cura" della casa, dei figli, degli anziani e al "lavoro invisibile". Le casalinghe hanno anche una maggiore incidenza di aborti non volontari se confrontate alle donne con lavoro retribuito, ma tale incidenza è inferiore se confrontata con le donne disoccupate.

Questa condizione può influire negativamente sulla salute mentale e sociale della donna, soprattutto in assenza di riconoscimenti e di adeguati rinforzi positivi da parte dell'ambiente socioculturale.

Torino (1981-91. Tasso standardizzato di mortalità= SMR))	18-59 anni SMR	60-74 anni SMR
Casalinghe (lavoro non retribuito)	98.7	93.7
Occupate lavoro retribuito	86.5	82.6
Disoccupate	135.1	100
<i>Costa G., Cardano M., Demaria M., Città di Torino 1998</i>		

La casa è un luogo sicuro senza rischi di incidenti?

Nell'ambiente domestico avviene un elevato numero di incidenti, di cui le cadute accidentali rappresentano circa il 30% (Taggi F., 1999). Le donne sono più frequentemente le vittime di tali incidenti, infatti circa 700 donne muoiono ogni anno, in maggioranza sopra i 75 anni di età.

La distribuzione per età e sesso dei dimessi ospedalieri per incidente domestico mostra che il 61% dei soggetti sono femmine. Sino a 44 anni di età, però, il fenomeno caratterizza prevalentemente i maschi con il 62,2% dei ricoveri. Dai 45 anni in poi l'evento colpisce in modo prevalente le donne con circa il 70,6% dei casi (Taggi F., 1999).

Il numero di persone incidentate è passato da 2.103.000 nel 1998 a 3.480.000 nel 2000 e di queste 2.504.000 sono donne. (ISPESL, 2002).

Si è individuata una certa associazione tra l'infortunio e la presenza di patologie al momento dell'evento accidentale. Le cause prevalenti sono: il coltello, le scale, i fornelli e le lesioni comuni come ferite ed ustioni. Per gli uomini l'evento accidentale è maggiormente correlato con gli *hobby*, piccole riparazioni e "fai da te".

Recentemente l'INAIL ha reso obbligatoria l'assicurazione contro gli infortuni in ambito domestico per coloro (fascia di età 18-65 anni) che svolgono lavoro non retribuito in casa (Legge n. 493/99).



CHE COSA POSSO FARE IO MEDICO?

Intanto pormi alcune domande!

1. Ho pregiudizi sulla salute della donna al lavoro?
2. Conosco il lavoro che svolge la mia paziente?
3. Il problema di salute che la donna riferisce è ricollegabile al lavoro retribuito o non retribuito o a entrambi?
4. I disturbi possono essere legati ad un carico di lavoro eccessivo?
5. Forse è esposta a rischi lavorativi :
 Sostanze chimiche? Quali?
 Radiazioni? Quali?
 Movimenti ripetitivi?
 Microclima inadeguato?
 Posture incongrue? In piedi?
 Rumore?
 Relazioni di lavoro stressanti? Gerarchiche o orizzontali?
 Violenza psicologica?
 Responsabilità eccessiva?
 Ritmo di lavoro elevato?
 Altri aspetti che lei ti riferisce....
6. Ha un ritardo nel concepimento? Problemi endocrini?
7. Ha altri problemi sul luogo di lavoro?
8. So come contattare il medico competente che esegue gli accertamenti sanitari in relazione ai rischi lavorativi? (D. Leg.vo 626/94)
9. Potrebbe essere una malattia professionale ?
10. Potrebbe essere un effetto del lavoro domestico?



CHE COSA POSSO FARE IO DONNA?

1. Conoscere e difendere i miei diritti sul lavoro, il contratto di lavoro, la retribuzione, la posizione sul lavoro (pari opportunità).
2. Riconoscere che il lavoro domestico, di cura dei familiari è un vero lavoro con specifici rischi per la salute (fatica, *stress*, malattia, infortuni).
3. Conoscere i rischi del lavoro retribuito fuori l'ambito domestico partecipando all'attività di prevenzione anche attraverso il rappresentante dei lavoratori/lavoratrici (626/94).
4. Informare il medico competente (626/94) di qualunque problema di salute legato al lavoro e allo stesso modo informare il medico di famiglia del tipo di lavoro svolto e dei rischi specifici.
5. Rendermi consapevole che anche i cosiddetti lavori leggeri possono impegnare l'apparato osteo-articolare (mal di schiena, dolori diffusi, ecc.), producendo patologie specifiche (es. sindrome del tunnel carpale); ma anche la mente, producendo disturbi depressivi, stanchezza cronica, ecc.
6. Limitare le ore di lavoro in casa e fuori, per trovare ogni giorno almeno un'ora di tempo da dedicare a se stesse e alla promozione della salute fisica, mentale e sociale.
7. Dividere il lavoro domestico non retribuito con gli altri componenti della famiglia.

8. Osservare la casa anche come potenziale luogo di incidenti. Cercare di eliminare i pericoli di scivolamento, cadute, utilizzo di scale, folgorazioni da elettricità, ustioni, avvelenamenti e intossicazioni da sostanze tossiche, da uso di detersivi e solventi.

9. Se decido di intraprendere una gravidanza posso:

- discutere i possibili rischi del lavoro retribuito, prima del concepimento, con il medico competente e posso verificare che il mio *partner* non sia esposto;

- assumere informazioni sui diritti relativi alla retribuzione in gravidanza, al diritto all'aspettativa retribuita e non, all'orario di lavoro ridotto per l'allattamento e allo spostamento di lavoro in caso di rischi;

- cercare informazioni sui servizi pubblici di prevenzione della ASL che mi possono aiutare come, i servizi di prevenzione igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro, i servizi di salute mentale, i consultori materno-infantile.

LE MALATTIE DELLE DONNE
TRA VECCHI PREGIUDIZI E NUOVE EVIDENZE

61

IL CORPO PSICHICO

**1. LA DEPRESSIONE: UNA CONDIZIONE EMERGENTE
CHE INTERESSA TUTTE LE DONNE**

La depressione è una malattia?

Vi è un tipo specifico di donna a rischio di depressione?

Qual è lo stile di comportamento che favorisce la depressione?

Quali sono i vissuti della donna nella depressione *post-partum*?

La maternità è da considerarsi un potente fattore di *stress* per la donna?

Le donne raccontano la loro esperienza...

2. IL MALESSERE DELLE RAGAZZE: ANORESSIA, BULIMIA E ALTRO

Quali tipi di disturbi alimentari vi sono?

Perché colpiscono di più il sesso femminile?

Vi sono fattori specifici di rischio per questi disturbi?

Che cosa fare se si sospetta un disturbo del comportamento alimentare?

3. PSICOFARMACI: È SEMPRE NECESSARIO PRENDERLI?

Che cosa sono e come funzionano?

Sono le donne a chiedere più psicofarmaci degli uomini?

Perché i medici tendono a dare più psicofarmaci alle donne?

Va posta speciale attenzione ad alcuni effetti indesiderati?

LA DEPRESSIONE: UNA CONDIZIONE EMERGENTE CHE INTERESSA TUTTE LE DONNE

Quali i dati nazionali e internazionali sul fenomeno?

Le statistiche internazionali (*World Health Report 2000-01 Database*) mostrano che le patologie psichiche (depressione maggiore, disturbi d'ansia, disturbi alimentari) sono prevalenti e in crescita tra le donne all'interno della popolazione generale. Le statistiche nazionali (*Istituto superiore della sanità*) confermano questa tendenza.

La depressione in particolare costituisce la principale causa di disabilità tra le donne di età compresa tra i 15 ed i 44 anni. I disturbi depressivi costituiscono il 41,9% della disabilità da disturbi neuropsichiatrici tra le donne e il 29,3% tra gli uomini. I disturbi depressivi sono due volte più frequenti tra le donne. Le diagnosi di disturbo di panico che le donne ricevono sono tre o quattro volte superiori a quelle ricevute dai maschi.

La depressione nelle donne è in crescita a partire dalla prima adolescenza. Nell'adolescenza i disturbi di depressione ed ansia sono maggiori nelle ragazze rispetto ai ragazzi; le ragazze soffrono inoltre al 95% rispetto al 5% di ragazzi di disturbi alimentari (anoressia e bulimia).

I principali problemi di salute mentale nella vecchiaia sono: la depressione, le sindromi organiche e le demenze; in maggioranza questi disturbi colpiscono le donne.

La depressione è una malattia?

Con il termine malattia intendiamo principalmente il fatto che, in un dato momento del corso della vita, si verifica uno squilibrio nel funzionamento del corpo o della mente. Poichè corpo e mente (il cervello con le sue funzioni) costituiscono una unità, lo squilibrio dell'uno si riflette sull'altra e viceversa. Le malattie allora segnalano, con i loro sintomi, che il corpo e la mente non funzionano più come prima.

Sotto questo aspetto anche la depressione segnala una modifica del funzionamento biologico, psicologico e sociale dell'individuo e i sintomi di questa disfunzionalità sono molteplici:

biologici, da una modifica dei ritmi biologici, come quello del ciclo sonno-veglia, a una caduta di stimoli come la fame e il desiderio sessuale;

psicologici, da una modifica dell'umore, come la prevalente tristezza, alla mancanza di sentimenti positivi verso se stessi e gli altri; da una modifica dei vissuti di capacità e sicurezza personale, alla mancanza di interesse e motivazione verso le cose esterne;

sociali, dalla modifica dei ritmi della vita quotidiana, come il rallentamento generale delle proprie attività, all'interruzione di relazioni esterne a qualsiasi titolo coltivate.

Una volta individuata in una persona la presenza di questi segnali di depressione, si individuano le cause e, a seconda di esse, si cercano i rimedi specifici per combatterle.

Quali sono allora le cause della depressione e della maggiore morbilità tra le donne?

Dal complesso delle ricerche su eziologia e fattori di rischio emergono come più deboli, o scarsamente suffragate da dati significativi, le ipotesi genetiche, ormonali e psicocostituzionali (struttura di personalità); proprio quelle ipotesi che nel mondo medico sembrano trovare più credito.

Al contrario, maggiori dati significativi emergono dalla ricerca sui fattori di ruolo sociale, sui fattori psicosociali ed attitudinali-educazionali.

☛ Il punto di vista dell'Organizzazione mondiale della sanità

◆ Depressione, ansia, sintomi psicosomatici sono correlate in modo significativo alla interconnessione di fattori di rischio quali: i ruoli sessuali con le differenze di genere, gli eventi stressanti, le negative esperienze di vita.

◆ Gli specifici fattori di rischio per le comuni patologie psichiche che affliggono in misura maggiore le donne includono: la violenza sessuale, lo svantaggio socioeconomico, il basso sviluppo e lo sviluppo inuguale, il basso livello socioeconomico e l'incessante lavoro di cura per gli altri.

◆ Le pressioni create dai multipli ruoli che gravano sulle donne, la discriminazione di genere, i fattori associati di: sovraccarico, povertà, disoccupazione, violenza domestica e violenza sessuale, sono responsabili dello scarso livello di salute mentale nelle donne.

◆ Vi è una positiva correlazione tra frequenza e severità dei fattori sociali e la frequenza e la severità di problemi mentali nelle donne. Severi eventi di vita che causano un senso di perdita, inferiorità, umiliazione o oppressione possono essere fattori predittivi della depressione.

OMS/WHO http://www5.who.int/mental_health/main.cfm?p=0000000022

Quindi dobbiamo pensare che la depressione, più che una malattia come si intende comunemente, sia la risultante di pressioni sociali ed eventi di vita?

Ogni malattia è la risultante della interazione tra fattori individuali biopsichici, e sociali. Ma poi bisogna capire ogni volta quali siano gli elementi principali di questa interazione e intervenire su di essi sia al livello di cura che di prevenzione. È quindi importante capire sia l'entità della pressione sociale, sia l'impatto che tale pressione ha sulle donne, in modo da riuscire a capire come mai sia così comune e così frequente nelle donne la risposta depressiva agli eventi.

Vi è un tipo specifico di donna a rischio di depressione?

Ogni donna è a rischio di depressione. Non vi sono tipologie di donne più a rischio, se per tipologie intendiamo caratteri di personalità, o ci riferiamo a tipologie sociali ed economiche specifiche.

In ogni tipo di ricerca su popolazione risulta che la depressione femminile è trasversale ai vari gruppi sociali con diversi livelli economici e culturali. Si ammala cioè la donna sia casalinga sia quella non casalinga, la donna istruita e quella meno istruita, la donna di razza bianca quanto quella di razza nera, la donna della città come quella che vive in piccoli centri.

Ciò significa che io mi posso ammalare più facilmente solo perchè appartengo al sesso femminile?

No, se penso di ammalarmi perchè l'appartenenza al sesso femminile significa l'appartenenza al sesso più debole e perciò stesso più vulnerabile alla depressione.

Sì, se penso che sia sul piano storico sia su quello attuale la donna, in concomitanza con le tappe del suo ciclo biologico, e cioè dall'adolescenza alla maternità e oltre, è fatta oggetto di specifiche richieste e pressioni da parte della società, individuabili da un lato in: maggiore lavoro e maggiori responsabilità degli uomini; dall'altro, in: minori risorse economiche, minore libertà di autodeterminazione, minori riconoscimenti e stima sociale.

Allora alla base del disagio femminile e della depressione vi è il suo ruolo, il sovraccarico che la donna sopporta oggi più di ieri?

Diremmo proprio di sì, se guardiamo e interpretiamo bene anche quello che ci dicono le ricerche sul campo. Queste mostrano come la

depressione colpisce tutte le donne senza fare differenze economiche, sociali e di razza; mostrano anche che le donne **coniugate**, di tutti i contesti sociali, hanno più problemi di salute; diversamente da quanto succede per gli uomini, che corrono più rischi se, al contrario delle donne, **non sono in coppia**.

Le donne giovani e adulte soffrono quindi maggiormente di depressione e in modo più costante e persistente degli uomini, in un arco di vita compreso tra i 15 e i 44 anni; gli uomini invece soffrono di depressione in modo più episodico e riferito essenzialmente a due singole tappe di vita, che rappresentano l'entrata e l'uscita dal mondo del lavoro (adolescenza ed avvio al pensionamento).

Per le donne in definitiva la depressione e i disturbi di tipo ansioso si associano in maniera prevalente a tutta l'età fertile, ovvero all'età in cui si assiste all'incremento dei compiti di ruolo sia familiari sia sociali.

Possiamo meglio specificare quali siano i fattori di rischio per la depressione che accomunano le donne?

I fattori di rischio sono più di uno, anche se si riferiscono ad una condizione di vita che è comune a tutte le donne; dalla loro combinazione e interazione dipende poi: *il se, il come, ed il quando* la depressione si presenti nella vita della singola donna.

- ◆ Lo *stress* e il sovraccarico, che le ricerche sulla depressione generalmente hanno individuato nella condizione di donna coniugata con figli piccoli, al di sotto dei 14 anni.

- ◆ L'isolamento sociale, che le ricerche hanno generalmente individuato nella mancanza di relazioni di confidenza e di supporto, e in particolare per le donne sposate, nella mancanza di relazione di confidenza con il *partner*.

- ◆ La mancanza di relazioni e supporti sociali.

- ◆ E ancora la bassa autostima derivata dalla scarsità di riconoscimenti che le donne patiscono sia nel sociale sia nella famiglia.

- ◆ La tendenza alla dipendenza e alla passività, quale risultante dello stile comportamentale del “farsi carico” dei bisogni dell’altro nella relazione di cura, ascoltando e silenziando i propri bisogni.
- ◆ Gli eventi di vita stressanti, che in misura maggiore colpiscono le donne e che fanno riferimento soprattutto alla relazione con l’uomo e all’esercizio del potere maschile (discriminazioni sul lavoro, violenza sessuale, maltrattamento familiare, ecc.).
- ◆ Gli eventi cosiddetti di perdita affettiva (lutti, separazioni, abbandoni, ecc.) che riguardano figure significative della vita relazionale di una donna (un *partner*, un genitore). Tali eventi, al primo posto nella lista degli eventi stressanti che generano depressioni anche gravi, a ben guardare non hanno solo o principalmente il carattere affettivo, ma implicano il più delle volte anche la perdita di supporti materiali, sociali, economici, spesso essenziali alla sopravvivenza di una donna e dei suoi figli.

Ma la psichiatria non ha sempre parlato di alcuni fattori di personalità che favorirebbero la depressione nella donna?

È vero, ma ciò è uno dei pregiudizi più radicati che riguardano le donne.

Nel trattato “*La depressione grave e lieve*”, di Arieti e Bemporad, si mette in risalto il legame tra un tipo di personalità e la depressione: “Vi è un tipo di personalità associata alla depressione, si dice, che ha necessità di piacere agli altri e di agire secondo le aspettative altrui, non ascolta i propri desideri, non conosce che cosa significhi *essere se stesso*”. In tale tipo di personalità sono riconoscibili tutti i tratti distintivi tipicamente attribuiti al genere femminile e alla sua “normale” identità psico-sociale.

Ma tali tratti pregiudizialmente attribuiti alla donna come “*sua natura*”, non sono assolutamente *naturali*. La donna è infatti indirizzata ad assumere tali atteggiamenti di passività e “di ascolto” degli altri, attraverso un insieme complesso di stimoli educativi e di adde-

stramento anche precoce (infanzia/adolescenza) alla cura degli altri, con la finalità di raggiungere, nel modo più efficace, l'adattamento al ruolo materno.

In che modo la passività è collegata alla depressione?

La depressione prima di essere considerata una malattia, ovvero una condizione di inabilità dell'individuo che "smette di funzionare", è anche vista come uno stile di comportamento: passivo, ovvero poco reattivo agli eventi, attendista, orientato prima a vedere le reazioni degli altri, i loro comportamenti e dopo a rispondere, modulando le risposte sulle esigenze e le aspettative degli altri.

Questo stile di comportamento quando diviene depressione?

Solo se, e ciò succede frequentemente nelle donne di tutte le condizioni sociali, casalinghe o meno, il mettere al primo posto gli altri con le loro esigenze, si trasforma in una perdita del rapporto di certezza e sicurezza con se stesse e con i propri progetti di realizzazione.

UN RISCHIO PER LA SALUTE DELLA DONNA È: LA RINUNCIA ALLA CURA DI SÉ

- ◆ Fare per altri come fare per sé: sovrapporre e fondere gli interessi degli altri con i propri.
- ◆ Attendere il giudizio degli altri per valutare il proprio operato: solo gli altri sono giudici del mio comportamento, che deve essere principalmente rivolto alla soddisfazione dei loro bisogni.
- ◆ Non riconoscere stanchezza e noia, essere sempre pronta a farsi carico di tutto.
- ◆ Restringere i propri spazi, silenziare i propri bisogni, per non essere intralciata nell'ascolto e nell'attenzione ai bisogni altrui.
- ◆ Sviluppare atteggiamenti e comportamenti confacenti alla cura degli altri

ma negativi per la cura della propria salute, ovvero:

accogliere, attendere, tollerare, essere passiva, controllare le reazioni aggressive, comprimere gli atteggiamenti di rabbia e di diniego, rimuovere e negare i sentimenti ostili e i desideri di fuga, rimuovere l'interesse e il piacere personale.

La depressione nella donna attraverso i suoi vissuti

- ◆ Per prima cosa la donna segnala la stanchezza: “non ce la faccio più a fare le cose che facevo prima” tutto mi stanca e mi dà peso.
- ◆ Poi segnala un cambiamento di prospettiva: non vivo le cose più come prima, non provo più gioia nel fare le cose, niente mi interessa più.
- ◆ Poi segnala la paura del cambiamento: non mi riconosco più, non so chi sono, non so che cosa mi sta succedendo.
- ◆ Poi demarca la differenza tra un sé precedente capace ed un sé attuale incapace.
- ◆ Poi spiega il cambiamento pensando ad una malattia.

Come affrontare correttamente con la donna questi vissuti?

- ◆ Prima di tutto rassicurando la donna sul significato complessivo di quella che è definita “depressione”. La depressione non deve fare paura; essa può essere un campanello di allarme che va colto nel suo giusto significato. Si tratta allora di una messa a riposo dell'organismo, che va rispettata, un rifiuto ad andare avanti per una strada evidentemente troppo onerosa. Una sorta di autodifesa inconsapevole. La frase più frequente che la donna pronuncia sull'inizio della sua depressione è: “allora non ce l'ho fatta più, allora mi sono messa a letto”.
- ◆ Poi dando una valutazione corretta della stanchezza del “non farcela più” ed analizzando i pesi e i carichi che la donna ha sopportato fino a quel momento.

◆ Anche non provare più gioia non è “pericoloso”: i sentimenti positivi non si provano più perché le cose sono diventate troppo pesanti, costano molto sacrificio e non danno riconoscimenti e gratificazioni.

◆ L’unica risposta allo STOP che la depressione dà alla nostra vita è il riflettere sul cambiamento, individuando questa volta sì, anche con l’aiuto di un tecnico, le cose da cambiare o da eliminare nella propria vita per sentirsi a proprio agio.

◆ La depressione infatti, come ogni altra patologia (pensiamo alla patologia cardiovascolare ad esempio), ci indica che il tipo di vita che stiamo conducendo non è più salutare e che è necessario cambiare, individuando stili di comportamento che non mettono a rischio la nostra salute.

Cambiare lo stile di vita: la prima regola della prevenzione

NEL RAPPORTO CON IL PARTNER

Le ricerche individuano nella popolazione femminile una elevata correlazione tra *gli eventi* di perdita affettiva e l’insorgenza di depressione.

La depressione in questo caso si può riferire sia alla perdita, intesa come lutto o abbandono del *partner*, o di altra figura significativa (un genitore ad esempio); sia alla perdita simbolica del *partner* buono, che nel corso della relazione diviene maltrattante o incurante.



LA DEPRESSIONE CORRELATA ALLA RELAZIONE CON IL PARTNER

Le perdite affettive, che sfociano nella depressione, hanno alla loro base le relazioni di dipendenza “infelice” che presentano le seguenti caratteristiche:

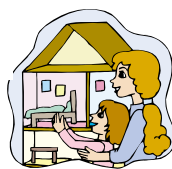
- isolamento nella coppia;
- mancanza di supporti amicali esterni;
- discredito e ipercriticismo del *partner*;
- accantonamento/rinuncia a progetti e spazi personali;
- sopravvalutazione del *partner* cui si attribuisce la capacità di soddisfare e gratificare la maggior parte dei bisogni affettivi personali.

Alcuni consigli per la prevenzione della depressione nella “relazione di coppia”

- Non sovraccaricarsi dei problemi dell’altro, non farli diventare i propri.
- Mantenere una giusta differenziazione tra le proprie aree di interesse e quelle dell’altro.
- Conservare la propria area sociale ed amicale.
- Mantenere il proprio progetto di vita centrato sulla realizzazione personale oltre che su quella di coppia.
- Mantenere le proprie idee su di sé: ovvero non cercare di aderire alle aspettative dell’altro, perché queste possono farci uscire dai “nostri giusti panni e modi di essere”.
- In particolare nel caso di atteggiamenti di svalutazione del *partner*, valutare che tali comportamenti di svalutazione possono nascondere obiettivi di possesso: essi vanno quindi contrastati, confrontandoli con atteggiamenti e giudizi diversi, e soprattutto positivi, di altre persone esterne alla relazione di coppia.
- Non considerarsi capaci di tutto, non tollerare tutto; per converso praticare la debolezza come strumento per mettere dei limiti alla pratica “onnipotente” di prendersi sempre cura degli altri, tralasciando la tutela dei propri bisogni ed interessi. Dirsi e dire agli altri: “ non posso e non voglio fare...”.

NELLA MATERNITÀ

La maternità costituisce il campo di applicazione più esteso del lavoro di cura, come tale esso diviene anche il luogo di maggiore vulnerabilità alla depressione. La depressione costituirebbe in questo caso la risposta patologica ad un evento di cambiamento, la maternità appunto, in assenza di adeguati strumenti di conoscenza e di prevenzione dello *stress* psicosociale che tale evento di per sé comporta.



Le ricerche dicono che incorrono in maggiori rischi di depressione le donne con figli piccoli (più figli minori di 14 anni,) senza un rapporto di confidenza con il *partner* e con scarsi supporti sociali. Dicono anche che le donne adulte in generale sono più esposte degli uomini agli eventi stressanti che patiscono maggiormente, sia in termini di numero che di gravità (ovvero di maggiori effetti subiti).

LA DIAGNOSTICA RELATIVA ALLA MATERNITÀ

È importante differenziare dalla depressione quella che è una normale variazione del tono dell'umore, questa si correlata in modo appropriato alle vicende ormonali, che va sotto il nome di *"baby blues"*, e che ha una durata limitata di pochi giorni.

Baby blues: stato di irritabilità, tendenza al pianto, ansia, instabilità dell'umore, che si presenta nei primi giorni dopo il parto, e che colpisce l'80% delle madri, dura qualche giorno e poi naturalmente passa.

Depressione *post-partum*: può essere qualsiasi tipo di disturbo depressivo che però colloca a quattro settimane dal parto. Per quanto riguarda poi la sintomatologia, lo stato dell'umore, il senso di non farcela, l'inappetenza, è simile alle altre sindromi e non differisce da quella degli episodi di alterazione dell'umore *"non post-partum"*.

Il disturbo depressivo dopo il parto colpisce il 13% delle neomamme e la durata è variabile.

Quali sono i vissuti delle donne nella depressione post-partum?

- Vissuti di insicurezza e paura che hanno per oggetto la fragilità del bimbo: non essere in grado di far fronte a tutte le necessità del piccolo, paura di far male al bambino per la propria inaccuratezza ed incapacità.
- Perdita del sentimento positivo: non sentire l'amore, non sentire la gioia relativamente all'evento nascita.
- Distacco fisico dal bambino: non volerlo toccare ed abbracciare.
- Infine la paura di non essere una madre normale.

Tali vissuti però possono riscontrarsi anche in periodi lontani dal *post-partum*, e riguardare anche il tempo dell'ingresso del bambino in asilo, ma anche periodi successivi.

Sono quindi relativi alla tappa della maternità con figli piccoli, che si contraddistingue per la massima concentrazione di responsabilità materne.

Questi vissuti, se sono bene inquadrati, indicano la presenza di un sovraccarico, di una solitudine di fronte alle responsabilità complesse, di un investimento eccessivo nella relazione con il figlio, in assenza di altre relazioni gratificanti.

La maternità è da considerarsi un potente fattore di stress?

Sì, la maternità è da considerarsi un fattore di *stress* nella vita della donna, e anche un fattore di rischio per la sua salute, se tale rischio non è accuratamente preso in considerazione e contrastato da adeguate pratiche di prevenzione.

Di conseguenza ogni valutazione che si fa dello stato di salute di una donna nella maternità deve considerare sempre con attenzione le condizioni di *stress* attuale, che in generale possono riferirsi: al sovraccarico materiale ed emozionale, all'isolamento della madre nel lavoro di cura, alla modifica dei modi abituali di vita.

Con la nascita di un figlio il lavoro della donna aumenta in termini quantitativi, ma non solo. Il lavoro di cura degli altri, di cui quello verso un figlio è il prototipo, è un lavoro le cui caratteristiche non sono rintracciabili in nessun altro tipo di lavoro. È un lavoro che potrebbe essere definito "impossibile" perchè non è limitato nel tempo, non ha pause, nè interruzioni, è incessante, pone problemi di responsabilità illimitata, ed in qualsiasi momento e per un qualsiasi motivo, la donna potrà essere chiamata a rispondere degli accadimenti che implicano la salute ed i comportamenti del figlio.

Guardiamo ad esempio ai tanti trattati di psicologia che vedono nel rapporto madre-figlio la base di ogni problema attuale e futuro del bambino. Tutto ciò si riverbera sulla singola madre nel suo rapporto con il figlio caricandola impropriamente di responsabilità e sensi di colpa.

Quali sono le principali condizioni di stress nella maternità?

Il lavoro di cura stravolge i ritmi di vita della donna, soprattutto nella prima fase della nascita del piccolo; può avere così un fortissimo impatto sul suo equilibrio psicofisico, se essa non è correttamente preparata, se non è supportata adeguatamente.

L'evento-nascita infatti irrompe nella vita della donna con due tipi di cambiamento:

a. un cambiamento oggettivo della vita quotidiana caratterizzato da un aumento improvviso ed elevato di compiti e di responsabilità, non confrontabili con esperienze precedenti; una condizione che tipicamente si configura come sovraccaricante e quindi stressante;

b. una modifica soggettiva dei processi cognitivi ed emozionali che riguardano la percezione del sé (tutto ciò che riguarda me stessa delimitato rispetto a ciò che è esterno ed altro da me). Il riferimento valutativo del sé subisce un "ampliamento" incorporando anche la valutazione dell'altro come parte del sé. Da ora in poi la relazione con il proprio sé nella donna sarà mediata fortemente e prepotentemente dalla relazione con l'altro, ovvero dai bisogni dell'altro, che saranno tendenzialmente messi al primo posto o vissuti come quelli da "mettere al primo posto". In crisi sarà il rapporto con il proprio sistema di bisogni, e le proprie sicurezze potranno essere intaccate.

Ambedue questi effetti, che costituiscono cambiamenti altamente stressanti, nella vita delle donne, sono implicati nel rischio di depressione e vanno quindi posti sotto controllo con pratiche adeguate di prevenzione.



LA PREVENZIONE NELLA MATERNITÀ:
IL CHE FARE DELLE DONNE
MA ANCHE IL CHE FARE DEI MEDICI



La prima regola: informare la donna dei rischi del sovraccarico

Le donne devono essere più consapevoli, nella fase di preparazione al parto, di quali siano le aspettative irrealistiche sulla maternità, di come non sia assolutamente consigliabile, anche se si sentono forti e capaci, affrontare da sole un così grosso carico di lavoro e responsabilità.

La seconda regola: garantire alla donna i supporti

Per quanto riguarda l'aspetto del carico di compiti e responsabilità, la donna deve necessariamente essere coadiuvata. Il primo supporto che dovrebbe esserle fornito è quello del *partner*: è necessario che il *partner* condivida le responsabilità della cura, in modo che la donna non si senta l'unica responsabile o colpevole, nel caso che qualcosa non vada per il verso giusto.

Se il *partner* non è supportivo, se non condivide in alcun modo le responsabilità della cura, oppure se oltre a considerarsi "senza responsabilità alcuna", oltre a lasciare la donna da sola, la giudica inadeguata alle nuove responsabilità e la critica, indurrà inevitabilmente nella donna insicurezza, disistima personale e sensi di colpa.

Oltre il *partner*, soprattutto se questi non è disponibile o è assente, garantiamo alla donna il supporto di altre figure familiari o di altre figure esterne alla famiglia.

La terza regola: aiutiamo la donna a ridurre le sue aspettative

La donna deve poter essere indirizzata a mantenere la centralità sul proprio sé, visualizzando i suoi bisogni e le sue necessità di donna, al

di là dell'essere madre, riconfermando una scelta di vita precedente, soprattutto se da lei considerata soddisfacente (il lavoro esterno ad esempio), e ridimensionando le sue aspettative su come deve essere una “madre perfetta”.

PER I MEDICI: ALCUNI ORIENTAMENTI

La relazione madre -figlio, così come posta acriticamente, può contenere rischi per la salute della madre e quindi di conseguenza anche per la salute del figlio.

Ricordiamoci in generale, e indichiamolo alle nostre utenti, che la cura “totale” è limitata nel tempo, e deve essere limitata proprio per garantire lo sviluppo armonico del bambino.

Poniamo attenzione, inversamente a quanto si fa oggi, ai rischi contenuti sull'eccesso di cure materne più che sulla loro mancanza.

Poniamo attenzione ai vissuti di stanchezza, demotivazione, di incapacità espressi dalla donna: “non mi sento di, non sono più capace, ecc.”; per poi esplorare la sua vita quotidiana ed i carichi nascosti.

INDICAZIONI PER UN INTERVENTO DI VALUTAZIONE E MODIFICA DEL CARICO DI LAVORO

◆ Valutare il sovraccarico: se tutto è sulle spalle della donna, non consentendole spazi esterni per coltivare rapporti amicali, interessi. Il lavoro materno deve avere dei limiti precisi di tempo e di spazio; ed in particolare non deve modificare radicalmente stili di vita precedenti. Se vi è un lavoro esterno, la donna deve avere indicazioni sul perché e sul come ridurre il carico familiare.

◆ Riconoscere il collegamento del malessere con la organizzazione della vita quotidiana: in particolare è opportuno che la donna riconosca il carattere patogeno dell'isolamento, sia nel lavoro esterno che in casa, e che non sia lasciata sola con tutte le responsabilità.

◆ Ridefinire il rapporto di cura madre-bambino alla luce delle esigenze di sviluppo dell'autonomia del bambino, e delle esigenze della madre di non sovraccaricarsi.

◆ Informare la donna della necessità di munirsi di supporti: la maternità non deve essere assunta dalla donna come esclusivo onere personale.

◆ Informare la donna dell'importanza del mantenimento della cura di sé, ben oltre l'estetica, riferita alla cura delle proprie risorse e capacità personali.

◆ Individuare con la donna strategie di alleggerimento del carico di lavoro e della pressione dei compiti di ruolo. Sugeriamole che il rapporto con i figli e gli altri componenti della famiglia può essere improntato all'assunzione della cura di sé da parte di ciascun membro. Valutiamo insieme alla neomamma tutte le possibilità di interventi altrui nella gestione/accudimento del bambino.

◆ Valutare con la donna il peso ed il segno della presenza e dell'intervento del *partner* nella relazione di coppia ed in quella di cura.

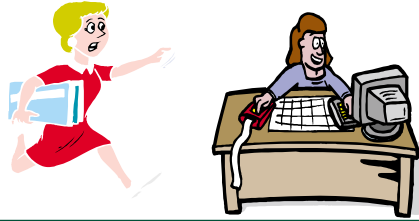
◆ Sugerire di coinvolgere il *partner* nella condivisione dei carichi e nel supporto alla madre.

◆ Sostenere la donna nel modificare le sue aspettative se eccessive, mostrandole l'impossibilità e la nocività della realizzazione di un progetto di "cure materne" perfette, totalizzanti, ecc.

Non dimentichiamo, se abbiamo anche un lavoro retribuito, che

👉 NEL LAVORO PROFESSIONALE

Il lavoro professionale può essere sia un fattore di protezione dallo *stress* familiare che un fattore di rischio aggiuntivo (aumento dello *stress*)



comunque non siamo esenti dai pesi e dai carichi del lavoro familiare. Il lavoro familiare è infatti il principale fattore di stress sia per le donne casalinghe sia per le altre donne.

- Sotto il primo aspetto (protettivo), esso può avere un ruolo di compensazione dello *stress* familiare offrendo alla donna alcune condizioni di vita che mettono al riparo dalla depressione o da eventi che favoriscono la depressione, quali: l'autonomia economica, e l'autonomia dal *partner*; il mantenimento della stima di sé attraverso riconoscimenti e gratificazioni professionali, lo stimolo a mantenere la cura di sé, la spinta ad accrescere le proprie risorse e competenze, la socializzazione, ecc.

- Sotto il secondo aspetto (di rischio), il lavoro esterno può essere esso stesso un elemento di potenziamento dello *stress* se ripete, accrescendole, le condizioni di *stress* familiare. E ciò può succedere anche frequentemente per una serie di ragioni. Nel lavoro professionale, il maggior potere decisionale è concentrato nelle mani

degli uomini che dettano le regole per l'accesso al lavoro e per la carriera. In esso quindi possiamo individuare specifici agenti stressanti (*stressor*) legati alla differenza di genere e cioè: discriminazioni e minori riconoscimenti economici e di carriera dati alle donne a parità di qualità ed impegno con i maschi; *mobbing* e molestie sessuali.

Per le donne: indicazioni e orientamento alla prevenzione

Se hai un lavoro esterno, impara a riconoscere e valutare questo lavoro come lavoro doppio perché si somma a quello familiare. In questa prospettiva impara a valutare sempre il tuo carico di lavoro come lavoro complessivo (familiare ed extrafamiliare).

Impariamo a fronteggiare la nostra abitudine a sovrapporre le mansioni esterne a quelle familiari: ricordiamoci che questa modalità “flessibile” crea particolari livelli di *stress* e di fatica mentale.

Se ci sentiamo stanche e non ce la facciamo più ad andare avanti, ragioniamo da sole o con gli altri (anche con i tecnici, se necessario) dello *stress* di ambedue le attività messe insieme e dell'impatto specifico di ciascun carico di lavoro (familiare o extrafamiliare) sulla nostra salute.

Prima di ogni decisione, e soprattutto prima della decisione di eliminare uno dei due carichi, in genere il lavoro professionale, fermiamoci, prendiamoci una pausa, e valutiamo bene la nostra condizione di vita, i nostri progetti, ed il futuro rispetto a noi stesse ed alla crescita dei nostri figli.

LE DONNE RACCONTANO LA LORO ESPERIENZA DI DEPRESSIONE

*Anna**Luisa**Giovanna**Anna*

“Ho cominciato a stare male da quando mi sono sposata. Mi sono sposata che aspettavo il bambino.

Mi sono sposata dopo aver scoperto la gravidanza. Cioè ho scoperto di aspettare Giulio e non ero contenta; non avrei mai abortito ma non ero contenta. Poi quando è nato il bambino ho cominciato a piangere e piangevo sempre, tutti i giorni.

Ero triste, ero spaventata perché non avevo casa, perché mi sentivo incapace di essere moglie e di essere madre. Avevo questi forti timori, allora anche le piccolezze mi spaventavano. Pensavo a quello che dovevo fare, a quello che gli dovevo mettere addosso, al latte e via dicendo; pensavo sempre alle stesse cose e sono stata malissimo. Mi sono messa a letto e non ho fatto più niente perché ero stanca.

Sono depressa da quando l’ho conosciuto. La caduta psicologica è stata il matrimonio, ma io mi trascinavo pure dietro questo fidanzato che mi diceva “non si fa questo, non si fa quello”. Se lo chiamavo “stronzo” lui mi diceva “puttana”.

Però quand’ero fidanzata sono riuscita ad impormi, ad esempio per indossare la minigonna o una maglietta scollata. Se mi diceva di non indossarla io dicevo “vabbè esco da sola!”

Io ero così, io sono così. Oggi non riesco più ad essere così tosta...

Io non amo fare la casalinga, sicuramente sono più gratificata nel lavoro, quindi lo faccio di più (la casalinga) e meglio perché so che mi devo impegnare di più però lo faccio con sforzo.

Poi ci ho riflettuto, in me c'è sempre dovere, dovere, dovere e sfortunatamente non dovere fare così e così, ma dovere fare bene”.

Luisa

“Non potevo frequentare nessuno. Facevo casa - scuola e scuola - casa. Il pomeriggio non potevo muovermi, neanche per la spesa perché non avevo nessuno cui lasciare i bambini, e quindi anche se mi sarebbe piaciuto uscire non potevo e mio marito faceva lui la spesa prima di rientrare a casa. Poi la sera preparavo la cena e via a dormire. Però anche qui c'erano dei doveri ed io in quel periodo mio marito non lo sopportavo proprio! Però stavo zitta e passiva. Mi ritenevo responsabile solo per il fatto che non riuscivo a reagire. Io sapevo di poter cambiare la mia vita però avrei dovuto fare qualcosa di grosso: ecco lasciare mio marito e andarmene! Un colpo di testa. Ma mi sarei sentita in colpa verso i miei figli.

No, io non mi sono mai sentita una persona malata. Perché dentro di me sapevo che lo *stress* cui mi sottoponevo era enorme. E poi per sottrarmi a quella situazione mi tuffavo nel lavoro e questo mi stancava ancora di più.

Non c'era più speranza per me. Per cui dovevo tacere se mia suocera gridava, se mia cognata mi martirizzava. Dicevano per esempio che io ero uno “zero”, che come insegnante non valevo niente. Tutta la famiglia di mio marito non mi valorizzava: io per loro non valevo niente”.

Giovanna

“Prima il rapporto sessuale era una cosa gioiosa, invece era diventato l'ultimo servizio della giornata. Facevamo vite diverse io mi

alzavo presto al mattino, cucinavo portavo i figli a scuola, e poi quando ho cominciato a lavorare andavo al lavoro; lui si alzava tardi ed usciva per lavoro il pomeriggio per rientrare tardi la sera; io dopo aver fatto mangiare i figli, aspettavo anche alle 23 per cenare con lui e nel frattempo lavavo i panni o stiravo o facevo altri servizi per la casa. Dopo cena lui guardava la televisione come se stesse solo ed io facevo la cucina; poi andavamo a letto e l'ultimo servizio della giornata era quello.

Sono sempre stata una persona molto attiva, anche all'epoca ero così: mi alzavo presto al mattino, cucinavo poi andavo al lavoro, ero sempre disponibile con i figli, per cui c'erano sempre amici in casa, alla mia casa ho sempre badato io, non ho mai avuto aiuti, perchè non me lo potevo permettere, e poi perchè mi piaceva.

Non ho mai avuto problemi del tipo paura di stare sola, fobie o attacchi di panico, è che ad un certo punto mi sono stancata. Io incitavo sempre mio marito, cercavo di incoraggiarlo, è come se non ce la facessi più a fare questo. Io le cose le affronto, non mi tiro mai indietro, e quindi mi sembrava sempre di combattere con mio marito, con i genitori di mio marito, perchè ci considerassero una famiglia, perchè facessero i nonni e non i genitori dei nostri figli.

Mi sono resa conto che era inutile combattere, quindi ho deposto le armi, non ne volevo sapere più niente: pensavo lasciatemi stare. Stavo sul divano, e quando mio marito se ne accorse chiamò mia sorella, non sapevano che fare e mi portarono in ospedale”.

IL MALESSERE DELLE RAGAZZE: ANORESSIA, BULIMIA E ALTRO

Che cosa sono i disturbi del comportamento alimentare?

I disturbi del comportamento alimentare (DCA) comprendono un insieme di condizioni cliniche molto varie: si passa da forme conclamate, molto gravi, addirittura a rischio di morte improvvisa, a forme sfumate. Tutti i DCA, però, rappresentano una condizione di grave sofferenza psicologica; infatti si tratta di vere e proprie malattie psicosomatiche, che originano da un malessere psicologico, ma si manifestano a livello fisico.

Quali tipi di disturbi alimentari vi sono?

Il Manuale diagnostico e statistico delle malattie mentali, periodicamente aggiornato dall'Associazione psichiatrica americana, distingue tre forme:

- Anoressia nervosa (AN);
- Bulimia nervosa (BN);
- Disturbi del comportamento alimentare non altrimenti specificati (DANAS).

Qual è la “popolazione a rischio” di ammalarsi?

Tutti i DCA sono malattie tipiche, anche se non esclusive, del sesso femminile; colpiscono in genere adolescenti e giovani e sono più dif-

fuse nelle società industrializzate. Ne soffrono in netta prevalenza le ragazze, le adolescenti, e anche qualche ragazzo; la percentuale è del 95% di ragazze rispetto al 5% di ragazzi. Ma vi è la tendenza all'aumento dei casi tra i maschi. Particolarmente a rischio sono le danzatrici e le modelle.



Perché colpiscono di più il sesso femminile?

L'anoressia e la bulimia prendono piede in un comportamento alimentare dettato in prevalenza dalle esigenze della moda e della bellezza femminile, che vuole le ragazze magre e rispondenti a precisi canoni estetici.

Su questo comportamento, si innestano poi i disagi tipici dell'adolescenza, e in particolare la depressione, che nell'adolescenza è più sviluppata tra le ragazze.

Si parla addirittura di epidemia, la società è allora la massima responsabile?

La società impone, con i suoi modelli di perfezione e bellezza del corpo femminile dove *grasso è brutto e magro è bello*, uno stress notevole sulle nuove generazioni. Le ragazze sono sotto pressione, e spesso anche le loro madri, che incitano alle diete ragazze recalcitranti e un po' grassottelle.

E inoltre vi sono professioni come la ballerina, che si intraprendono da piccole, in cui si inculca l'idea ossessiva del peso e della dieta rigida per mantenere un corpo scattante e leggero, funzionale ai movimenti, ma anche all'estetica del ballo.

Si tratta di malattie "moderne"?

L'**Anoressia nervosa (AN)** è un disturbo antico: le prime descrizioni sistematiche di questa malattia risalgono al medioevo e riguar-

dano donne, spesso sante, che volontariamente rifiutavano il cibo e gli altri bisogni “terreni” come forma di elevazione verso il Signore. Anche in alcuni testi di medicina dell’antica Roma è descritta una patologia sovrapponibile alla moderna anoressia.

Da quanto detto si potrebbe intendere che l’anoressica rifiuta il cibo: in realtà non è proprio così. È più corretto dire che chi ha l’anoressia esercita un esasperato controllo su quello che mangia, scegliendo ciò che appare relativamente povero di calorie, ma poco interessandosi della composizione dell’alimento stesso: si preoccupa, cioè, dell’apporto calorico, ma non della qualità del cibo che assume.

*Anche la **Bulimia nervosa** è così “antica”?*

La **Bulimia nervosa** (letteralmente “fame da bue”) è una malattia relativamente “recente”; le prime chiare descrizioni risalgono all’incirca agli Anni ‘70 -’80. Anche le bulimiche sono preoccupate in modo esagerato dell’aspetto corporeo e, pertanto, cercano di controllare la propria dieta; più o meno frequentemente però le pazienti riferiscono di “perdere” completamente il controllo e di mangiare moltissimo fino a stare male. Generalmente questo comportamento si associa ad un estremo senso di vergogna; infatti queste “abbuffate” avvengono in solitudine, quando in casa non c’è nessuno o durante la notte, quando gli altri dormono.

Come già detto, questo comportamento non ha nulla a che fare con la fame e con il gusto: le pazienti si descrivono come “tossicodipendenti”; ad un certo momento è come se scattasse una molla per cui devono mangiare, mangiare, mangiare senza riuscire a fermarsi fino a che non si sentono male. Poi, dopo queste “abbuffate”, essendo queste ragazze o donne molto preoccupate dall’aspetto e dal peso corporeo, mettono in atto, tra una crisi e l’altra, pratiche di compensazione come il vomito, diete rigidissime, e un’intensa attività fisica, come il camminare per ore ed ore.

Anche questo comportamento è espressione di una grande sofferen-

za psicologica, che però con il passare del tempo coinvolge anche il corpo, diventando una vera e propria malattia psicosomatica.

Che cosa sono i DANAS?

Se è difficile spiegare semplicemente che cosa siano l'Anoressia nervosa e la Bulimia nervosa, malattie ben classificate e note, è quasi impossibile descrivere semplicemente che cosa siano i cosiddetti **DANAS** o **Disturbi del comportamento alimentare non altrimenti specificati**. Come dice il nome, si tratta di disturbi non specificati, cioè non chiaramente classificabili e caratterizzabili, accomunati semplicemente dalla presenza di un comportamento alimentare anomalo, dall'attenzione eccessiva al peso, ecc.

Vi sono fattori specifici di rischio per i disturbi del comportamento alimentare?

Sul terreno specifico delle condotte alimentari, che possono favorire l'impiantarsi di tali patologie, sono stati individuati i seguenti fattori di rischio:

- una educazione al cibo sottolineata da condotte impositive nell'infanzia e nella preadolescenza;
- un modello materno attento alla dieta e con il problema del grasso in più;
- l'uso di farmaci anoressizzanti (che tolgono l'appetito) nella dieta;
- il giudizio estetico negativo dei familiari, ma anche del gruppo dei pari;
- un carico eccessivo di aspettative da parte dei genitori e della madre in particolare.

Come eventi traumatici si è sottolineato in più ricerche cliniche come vi sia un'associazione tra condotte alimentari di controllo ed eventi di abuso e violenza nell'infanzia. Questi eventi si è visto pos-

sono sviluppare comportamenti difensivi mirati a camuffare e nascondere le forme femminili, come per esempio una esagerata magrezza.

Accanto a questi fattori la stessa depressione può sostenere e far sviluppare un comportamento anoressico o bulimico.

Quali sono i comportamenti alimentari da tenere sotto osservazione?

Fermo restando che l'adolescenza è una fase della vita in cui si tenta di affermare la propria autonomia rispetto alla famiglia e che tale autonomia coinvolge espressamente anche il comportamento alimentare, è bene "osservare" i propri figli senza però opprimerli troppo. Osservare vuol dire, ad esempio, controllare la qualità e la quantità degli alimenti consumati e la regolarità dei pasti, cercando di proporre una "dieta" sana e variata.

Certamente sono sospetti atteggiamenti "rituali" con il cibo, come ad esempio tagliuzzare in piccoli pezzi, o ancora modifiche nel modo di alimentarsi. È chiaro che tali atteggiamenti, per essere "sospetti" non devono essere sporadici: a tutti può capitare la giornata in cui si ha più fame o, al contrario, in cui il cibo è "un nemico"!

Vanno anche controllati atteggiamenti apparentemente indipendenti dal cibo, come il rituale del pesarsi, o di praticare attività fisica esasperatamente, o di "scompare" dopo i pasti. Va ancora sottolineato che un genitore mediamente attento, pur nel rispetto della *privacy* del proprio figlio, può rendersi conto di modifiche ponderali e/o del ciclo mestruale.

Molto importanti sono anche le modifiche del tono dell'umore e della socializzazione. Va sottolineato, infine, che analogamente preoccupanti possono essere anche incrementi ponderali e/o atteggiamenti compulsivi nei confronti del cibo.

Si può passare da un comportamento di controllo del cibo, tipico delle diete, a un comportamento patologico?

Con l'idea di un modello fisico specifico l'adolescente può decidere

di assumere una condotta di controllo del cibo non salutare (ridurlo, rifiutarlo o espellerlo al bisogno, e secondo le sue necessità), che giudica però appropriata ai suoi obiettivi e attraverso cui si sente gratificata.

In effetti, fin quando questi comportamenti di controllo sono ancora volontari, le ragazze non chiedono un aiuto. Il problema si presenta e diviene di rilevanza sanitaria solo quando si perde la capacità di gestire quel meccanismo di controllo volutamente messo in atto. E così se prima la ragazza vomitava volontariamente, ora vomita involontariamente; oppure se non mangiava reprimendo lo stimolo della fame, ora pur volendo mangiare non vi riesce più, perché prova disgusto e nausea.

In definitiva una diagnosi di anoressia e di bulimia indica che il meccanismo volontario (ma comunque dannoso) di controllo/espulsione del cibo è sfuggito di mano, che si è alterato il rapporto con il cibo e si è danneggiato il ciclo fisiologico fame-sazietà.

Che cosa fare se si sospetta un disturbo del comportamento alimentare?

Un disturbo del comportamento alimentare, come peraltro tutte le patologie, va valutato e diagnosticato da un medico o da uno psicologo. Sarebbe auspicabile che il primo contatto avvenisse con il medico di famiglia, che è, in genere, una figura conosciuta e pertanto non minacciosa, in grado di valutare ed eventualmente indirizzare con competenza verso i centri specialistici per la diagnosi e la cura dei DCA. A tale proposito va sottolineato che tali centri, anche se non numerosissimi, sono ben rappresentati su tutto il territorio nazionale; è possibile ottenere informazioni al riguardo componendo uno specifico numero verde del Ministero della Sanità.

La diagnosi, e soprattutto la terapia dei DCA, necessitano di tempi piuttosto lunghi; è bene, quindi, non avere fretta e affidarsi a specialisti piuttosto che iniziare i cosiddetti “giri della speranza” o rivolgersi a pseudospecialisti più o meno famosi e alla moda. Meglio aspettare

qualche settimana piuttosto che frettolosamente affidarsi al “primo venuto”. A tale proposito va anche sottolineato che “il sintomo alimentare” è un sintomo e non la malattia, e come tale merita rispetto, ma certamente non può rappresentare l’unico oggetto di attenzione.

Nei disturbi alimentari sono implicati anche altri tipi di problemi?

A parte la peculiarità di questa sindrome, che ha nel cibo e nel comportamento alimentare il suo campo di espressione e visibilità (ovvero la sua sintomatologia più evidente), la patologia indica, come ogni altra patologia psichica, una serie di altre cose che affondano le loro radici nella vita quotidiana e nella vita di relazione dell’adolescente, a livello sia familiare sia extrafamiliare.

BREVI NOTE SULLA DIFFERENZA TRA I SESSI IN ADOLESCENZA

L’adolescenza è l’età dello svincolo dai legami familiari e l’avvio all’autonomia personale affettiva, relazionale e progettuale.

Le difficoltà psichiche di una ragazza adolescente sono segnalate da inerzia, passività, insicurezza, difficoltà nella relazione con gli altri, chiusura in sé; oltre che da sintomi di ansia e depressione.

Le difficoltà delle ragazze sono maggiori di quelle dei coetanei maschi, più sintomi e sindromi segnalano la loro maggiore presenza nel campo delle patologie psichiche.

Tutte le ricerche concordano sul fatto che:

se nell’infanzia e nella preadolescenza, non si evidenziano differenze tra i sessi per gli indici della depressione, intorno ai quindici anni le ragazze che soffrono di disturbi di tipo ansioso-depressivo sono il doppio dei coetanei maschi.

Le ragazze infatti soffrono maggiormente di insicurezza e ansia, limitano maggiormente le loro relazioni con l’esterno, sono meno socializzate, spesso si rifugiano in rapporti di coppia precoci, manifestano il loro disagio con il pianto frequente e con maggiori momenti di tristezza.

Alcuni di questi sintomi sono stati messi in relazione con la particolare fisiologia femminile, e addebitati impropriamente al primo impatto del menarca ed alle variazioni ormonali successive. In alcune recenti ricerche, condotte con un’ottica di genere, si è visto, al contrario, come comportamenti quali pianto immotivato e insicurezza non costituiscano eventi normali della vita fisiologica al femminile, ma iniziali segnali di disagio.

E così, accanto al comportamento alimentare, alle condotte espulsive o alle condotte privative, o ad altri tipi di condotte come l'esercizio fisico stressante, vi possono essere altri problemi che sostengono o accompagnano tali condotte, quali ad esempio: sensi di insicurezza, emarginazione dal gruppo, percezione insoddisfacente di sé, chiusura sociale.

Ma non sempre questi comportamenti, che sono molto diffusi tra le ragazze, costituiscono poi rischi concreti per la patologia specifica dell'anoressia e della bulimia. Molte volte sono comportamenti che vengono spontaneamente dismessi o accantonati. Quando ciò non succede, ma essi persistono e cronicizzano, devono essere valutati come segnali di un disagio più generale, che affonda le sue radici nella vita quotidiana e di relazione dell'adolescente.

Vi sono i segni premonitori di questi disturbi rispetto ad altri problemi psichici?

Non ci sono veri e propri "segni premonitori" anzi, il sintomo alimentare compare generalmente tardivamente rispetto alla sofferenza psicologica. Il più delle volte queste adolescenti sono figlie modello, bravissime negli studi, in grado di svolgere con profitto anche attività extrascolastiche, come praticare sport o suonare uno strumento musicale, aiutare i genitori nella gestione familiare, ecc. In genere, però, sono adolescenti "sole", con pochi amici e poche attività "ludiche".

A cos'altro bisogna guardare nella vita dell'adolescente per intercettare la sofferenza psicologica anche quando non vi siano sintomi specifici?

Essenzialmente bisogna guardare al progressivo avanzare dell'autonomia nella vita di un adolescente, maschio o femmina che sia, al complessivo potenziamento delle sue risorse, alla sua competenza nelle relazioni sociali, con gli altri al di fuori della famiglia.

Bisogna poi occuparsi come adulti, genitori e insegnanti, di un'azione di tutela e promozione dell'autonomia senza creare sovraccarichi di

responsabilità non consoni all'età, o comunque carichi eccessivi, dal punto di vista sia materiale sia affettivo, che possono minare il terreno delle sicurezze personali, spesso inducendo sentimenti di incapacità nel confronto con compiti debordanti le competenze e le risorse personali.

Quali sono i pesi impropri che possono gravare sulle spalle dell'adolescente?

Gli adolescenti e in particolare le ragazze (da qui le statistiche di una maggiore implicazione delle ragazze nel disturbo psichico in adolescenza) possono patire lo stesso sovraccarico delle loro madri.

In effetti può succedere che la donna, che non ha altri mezzi per alleggerirsi nella famiglia di un carico di lavoro stressante, chiami una figlia adolescente in questo ruolo di supporto.

La richiesta di un supporto può essere materiale e portare alla condivisione dei compiti di cura della famiglia; oppure più spesso può essere emotiva e psicologica nei confronti di una madre, che a sua volta patisce la mancanza di altri supporti; una madre ad esempio che non ha una relazione di confidenza con il *partner*, o che è priva di altre relazioni amicali e di interessi extrafamiliari. L'adolescente in questo caso sopporterebbe il peso di una strategia inappropriata di alleggerimento della condizione di *stress* o di isolamento, che la società scarica sulla donna-madre.

Inappropriata perché “risolve” il disagio della madre rinviandolo sulla figlia e mantenendo così, attraverso un meccanismo a catena intergenerazionale, la condizione di *stress* e disagio.

Se una figlia “aiuta” una madre corre più rischi?

No, se si tratta *solo* di “un aiuto”. **Sì** invece, se si intende per aiuto una condizione complessiva e sistematica di sovraccarico che si ripercuote pesantemente sulle risorse dell'adolescente, destinate in questa fase, allo sviluppo dell'autonomia personale e allo svincolo dalla famiglia.

Sobbarcare un adolescente di pesi materiali ed emotivi, relativi alla situazione familiare, può avere come effetto la sottrazione di risorse personali dai loro naturali obiettivi: la scuola, le amicizie, il gruppo, lo sport, le prime esperienze con l'altro sesso, ecc. L'adolescente può sperimentare così una condizione di vita più gravosa, diversa da quella dei coetanei, che può trasformarsi poi in vissuti di incapacità personale e di minore competenza nell'area sociale.

È sufficiente allora non dirottare all'interno della famiglia energie che servono agli adolescenti per esplorare il mondo esterno e per fare esperienze personali?

Si certamente questo, ma non solo. Una figlia adolescente, che dà supporto alla madre (o al padre o ad entrambi o ad altri), in qualche modo anticipa i tempi della maternità, *fa da madre alla propria madre*. Può così essere indirizzata anzitempo ad assumere quel modello comportamentale del *sostituire gli interessi altrui ai propri*, tipico della relazione madre-figlio, senza però aver consolidato l'esperienza e la capacità di "essere al mondo per se stessa"; esperienza e capacità che consolidano l'attitudine alla individuazione corretta dei bisogni e dei progetti personali.

Il disagio di una ragazza, così come raccontato dalle adolescenti nei servizi di ascolto, parla di difficoltà a capire che cosa si vuole, parla di una percezione di confusione soggettiva, parla di insicurezza a prendere decisioni e responsabilità sulla propria vita.

Così facendo renderemmo le nostre figlie, attraverso questo apprendistato realizzato con *l'inversione dei ruoli madre-figlia*, più vulnerabili, più insicure di sé e dei propri bisogni.

ALCUNI CONSIGLI PER I GENITORI

In primo luogo va ribadito che i genitori devono svolgere il loro ruolo di guida senza però opprimere troppo i figli, anzi accettandone

la diversità; devono essere capaci di responsabilizzarli sostenendoli nella difficile ricerca dell'“autonomia”.

Una madre in particolare deve cercare di risolvere i problemi del proprio sovraccarico senza cercare di dividerlo o addossarlo a una figlia adolescente.

I genitori devono evitare di sovrapporre i propri interessi e progetti a quelli del figlio/a, stressandoli con un ipercarico di aspettative.

Per quanto riguarda poi il problema specifico di una richiesta di “dieta” da parte di un figlio/a adolescente, questa non va liquidata superficialmente, ma piuttosto va discussa e analizzata ed eventualmente approfondita con il proprio medico o con uno specialista “equilibrato”.

Ben diverso è quando si sospetta la presenza di un DCA; in questi casi è bene ricorrere al più presto al proprio medico ed eventualmente a specialisti del settore.

ALCUNI COMPORTAMENTI DA ADOTTARE PER LA PREVENZIONE SPECIFICA DEI DISTURBI DEI COMPORTAMENTI ALIMENTARI:

- evitare nell'infanzia di adottare comportamenti oppressivi sull'alimentazione;
- evitare intrusioni nell'immagine che l'adolescente ha di sé, con indicazioni verso modelli estetici di magrezza;
- temperare se possibile l'impatto dei modelli sociali, non assumendoli come positivi all'interno della famiglia;
- evitare di rappresentare con il proprio comportamento - di preoccupazione per il peso - modelli per le figlie;
- controllare le attività sportive perché le ragazze non siano pressate dagli istruttori ad assumere comportamenti alimentari forzati. Ricordarsi che tali pressioni si configurano come lesione alla integrità psicofisica e sono penalmente rilevanti;
- evitare di caricare le figlie/i di aspettative eccessive;
- evitare di giudicare negativamente le scelte delle figlie/i solo perché fatte in autonomia.

INDICAZIONI PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE DEGLI/DELLE ADOLESCENTI
NELLA RELAZIONE GENITORI-FIGLI

Il disturbo alimentare è uno dei disturbi in cui incorrono gli adolescenti, e le adolescenti in prevalenza, quando si sentono in difficoltà: esso può essere affrontato e prevenuto adottando uno stile complessivo di promozione della salute.

Poniamoci così un obiettivo unitario per la crescita dei nostri figli adolescenti: non caricarli dei pesi che riguardano le responsabilità del ruolo genitoriale, cercando in loro una condivisione, oppure il sostegno a un conflitto di coppia.

Significa che le madri, ma anche i padri, devono risolvere i loro problemi senza chiamare in causa i figli. Devono lasciarli liberi di organizzare le loro risorse, poche o molte che siano non ha importanza, intorno ai loro interessi di crescita e sviluppo, senza vincolarli a comportamenti e progetti che non li riguardano.

Se la madre ha necessità di avere un supporto nella relazione familiare e di coppia rispetto ad un *partner* assente, poco disponibile, o maltrattante, questo supporto non deve essere cercato nella relazione con le/gli adolescenti: essi, caricati di pesi impropri, data l'età e la immaturità fisiologica delle loro risorse psichiche, mostreranno più facilmente segni di disagio psichico. E ricordiamoci che un figlio/a con un problema di disagio ricade poi come ulteriore carico di cure e di responsabilità sui genitori e in particolare sulla madre, divenendo così, da ipotizzato/desiderato supporto al carico familiare, ulteriore motivo di aggravio.



ALCUNE INDICAZIONI PER I MEDICI

Il circolo vizioso dell'anoressia

Va sottolineato che il termine “anoressia” non indica correttamente questa malattia: infatti letteralmente anoressia significa mancanza

di appetito. In realtà i pazienti anoressici hanno appetito, ma, almeno inizialmente, si impongono di non mangiare; con il passare del tempo questa condizione di semidigiuno rappresenta essa stessa una causa di inappetenza, tanto che si crea un vero e proprio circolo vizioso: meno si mangia e meno si può mangiare.

Infatti in questa condizione estrema l'organismo si adatta al non mangiare grazie a una serie di "adattamenti" metabolici il cui scopo è quello di ridurre la spesa energetica al minimo per assicurare la sopravvivenza: si crea cioè un nuovo equilibrio metabolico.

Ciò vuol dire però la scomparsa di alcune funzioni specifiche dell'individuo sano come, ad esempio, la capacità di procreare. Nelle ragazze il limite che indica come il comportamento di controllo alimentare abbia travalicato il confine della patologia è *l'interruzione delle mestruazioni*.

Questo nuovo equilibrio metabolico è esso stesso un equilibrio precario più esposto a fattori di *stress* psicofisico per cui rappresenta un grande rischio per la salute in generale: una banale influenza può, ad esempio, far peggiorare drammaticamente lo stato di salute. La stessa rialimentazione in queste pazienti può rappresentare un evento delicato e pericoloso, e va effettuata in modo graduale e attento.

Come affrontare queste patologie?

Come abbiamo già detto tutti i disturbi del comportamento alimentare sono malattie psicosomatiche, che si esprimono con disturbi del comportamento alimentare ed anomalie dello stato di nutrizione, ma la cui causa è sempre psicologica: è chiaro, quindi, che l'approccio con questi pazienti è particolarmente delicato, multidisciplinare, con l'intervento di psicologi o psichiatri aiutati da altre figure professionali, come dietologi, internisti, dietisti etc.

Ci sono possibilità di intervento precoce?

Attualmente è possibile riconoscere precocemente soggetti a rischio di ammalarsi di DCA mediante l'uso di specifici *test* psico-

metrici. Tali *test*, pur non avendo potere “diagnostico”, si sono mostrati estremamente utili in studi di *screening* di popolazione, ad esempio scolastica. Sono comunque strumenti che vanno utilizzati da figure professionali diverse (es.: medici, dietisti o insegnanti), ma comunque espressamente formate.

Altro cardine della prevenzione è rappresentato dall’educazione alimentare e da corrette campagne di informazione. Sarebbe auspicabile che tali campagne si svolgessero nell’ambiente scolastico, coinvolgendo, per quanto possibile, anche le famiglie.

Come trattare i DCA: meglio in ambulatorio o in ambiente di ricovero?

In genere il trattamento ambulatoriale sembrerebbe quello di elezione per i DCA. Ciò non vuol dire che, se necessario, anche il ricovero ordinario in ambiente specialistico non possa essere utilizzato laddove se ne valuti la bontà, come ad esempio in caso di acuzie e/o in caso di necessità di separazione dalla famiglia. In Italia esistono alcuni centri di ricovero per DCA, dove in genere si effettuano ricoveri piuttosto lunghi (circa 6 mesi). Ovviamente tale esperienza di ricovero deve poi essere seguita dal trattamento ambulatoriale. In caso di acuzie il ricovero è bene avvenga tramite un pronto soccorso ospedaliero o, se vi è il tempo per organizzarlo, in reparti psichiatrici dedicati.

Qual è l’obiettivo della terapia dei DCA?

Ovviamente gli obiettivi sono differenti in relazione alla diagnosi e alla gravità della patologia.

Per quanto riguarda l’anoressia, soprattutto nelle forme più gravi, obiettivo primario è arrestare il calo di peso ed escludere complicanze d’organo “pericolose”; solo in un secondo momento si può iniziare a recuperare un po’ di peso per “uscire dalla zona rossa” e ancor più lentamente si inizierà un trattamento mirante al completo recupero ponderale, con recupero di tutte le normali funzioni biologiche, come ad esempio il ciclo mestruale.

Per la bulimia invece obiettivo primario è tentare di ridurre al minimo gli episodi di vomito, che rappresentano un notevole rischio per la salute.

Per tutti le pazienti, ovviamente, è poi fondamentale raggiungere un'acceettabile qualità di vita.

Esiste una “dieta minima di sopravvivenza”?

Certamente questa dieta esiste: di fatto è sufficiente una piccola quota calorica ben bilanciata, ma soprattutto un buon apporto idrico. Non va dimenticato, infatti, che molto spesso in queste pazienti, vi è notevole disidratazione secondaria, sia alla restrizione dell'assunzione di liquidi in generale e di acqua in particolare, sia anche alle eventuali perdite di liquidi con il vomito o per l'abuso di diuretici. Nei casi più gravi è bene che la dieta di “sopravvivenza” sia molto semplice e digeribile, suddivisa in più pasti, anche 6 al giorno, piccoli e leggeri: piccole porzioni di latte ad alta digeribilità o yogurt, cereali da colazione, meglio se integrali, piccole porzioni di pesce o carni magre con verdura, un po' di pane e/o patate e/o legumi, poco olio extravergine di oliva, frutta fresca come spuntino.

Vanno assolutamente evitati tutti gli alimenti eccessivamente “pesanti”, troppo conditi e troppo calorici, la cioccolata e i dolci in genere, non solo per l'impatto psichico negativo, ma anche e soprattutto per lo *stress* metabolico che possono rappresentare.

Non va dimenticato, infatti, che tali patologie si accompagnano, in termini metabolici, ad un adattamento cronico e lentamente reversibile. Ci sono casi in cui anche tale dieta risulta praticamente improponibile: in tali casi si può ricorrere all'uso di integratori completi *per bocca* in sostituzione o in aggiunta agli alimenti naturali che il paziente riesce ad assumere. In tutti i casi tale valutazione va fatta da specialisti.

PSICOFARMACI: È SEMPRE NECESSARIO PRENDERLI?

Che cosa sono e come funzionano?

Gli psicofarmaci sono medicine che agiscono su specifiche sostanze chimiche presenti nel nostro cervello.

Scoperti e diffusi a partire dagli Anni '50, hanno come presupposto d'azione l'ipotesi che ogni disturbo psichiatrico sia correlato ad un'alterazione biochimica cerebrale. Il farmaco quindi cerca di correggere questo squilibrio alleviando i sintomi della malattia.

A differenza di un antibiotico che agisce sulla causa, i batteri, lo psicofarmaco può solamente intervenire sui fattori biologici, senza modificare gli altri fattori, di tipo psicosociale, correlati alla malattia mentale. Come qualsiasi altro farmaco produce anche effetti indesiderati, poiché oltre che sul cervello agisce su molti altri organi, come il cuore, il fegato, i reni.



Quali sono ?

Le principali categorie sono quattro:

- ansiolitici
- antidepressivi
- antipsicotici
- stabilizzatori dell'umore

Il numero dei prodotti in commercio supera il centinaio, così che non è facile per il consumatore valutare bene le differenze fra i composti. La messa in commercio di preparati con meno effetti indesiderati e quindi più maneggevoli anche per i medici di famiglia, ne ha enormemente ampliato l'uso sino a farli diventare i preparati più venduti (in Italia si calcola che 3.7 milioni di donne e 1.7 milioni di uomini assumano psicofarmaci).

<p style="text-align: center;">ANSIOLITICI</p> <p>Gli ansiolitici (Tavor, Valium, Lexotan, ecc) sono i farmaci di prima scelta nel trattamento dell'ansia e dell'insonnia. In Italia su 100 persone, 10 li usano quotidianamente, 5 ne abusano. Possono dare eccessiva sedazione, stanchezza muscolare e disturbi della memoria. Tendono a dare dipendenza fisica e psichica. Non vanno assunti insieme a bevande alcoliche prima di guidare.</p>	<p style="text-align: center;">ANTIDEPRESSIVI</p> <p>Sono farmaci di classi diverse, che potenziano l'azione della serotonina o della noradrenalina, neurotrasmettitori cerebrali. I triciclici, antidepressivi di prima generazione, associavano a una buona efficacia clinica molti effetti indesiderati (bocca secca, stitichezza, aumento di peso, ipotensione). Negli ultimi vent'anni sono state commercializzate decine di prodotti, molto più maneggevoli, il cui capostipite è il famoso Prozac. Nella maggior parte dei casi la risposta clinica avviene dopo 2-3 settimane di trattamento, ma in un terzo dei casi non vi è alcun beneficio. Oltre che nella depressione vengono prescritti per gli attacchi di panico e per i disturbi ossessivi.</p>
<p style="text-align: center;">ANTIPSIKOTICI</p> <p>Sono farmaci prescritti per le malattie mentali più gravi (schizofrenia, mania). Oltre ai classici neurolettici (Largactil, Serenase), da alcuni anni sono stati messi in commercio nuovi composti, detti atipici (Ziprex, Risperdal), che creano minori problemi endocrini e disturbi del movimento.</p>	<p style="text-align: center;">STABILIZZATORI DELL'UMORE</p> <p>Sono farmaci nati come antiepilettici (escluso il litio) di cui si è scoperto un benefico effetto sul mantenimento dell'umore nei casi di alternanza di episodi di depressione e di euforia.</p>

Chi deve prescrivere gli psicofarmaci?

Tutti i medici possono prescrivere, a patto che la valutazione del problema e del trattamento siano stati fatti con competenza e sulla base di corrette indicazioni diagnostiche.



Non sempre però gli psicofarmaci sono dati appropriatamente. Essi sono prescritti con estrema facilità perché si considera in modo semplicistico che possano risolvere velocemente problemi complessi e dare una migliore qualità di vita senza costi elevati per la persona.

Gli psicofarmaci al contrario dovrebbero essere dati solo in specifici casi di gravità ed acuzie, e dopo che si sono valutate altre possibilità di risoluzione del problema e analizzato bene il rapporto costi/benefici. È documentato che il 60% degli ansiolitici e degli antidepressivi non viene prescritto dallo specialista psichiatra, con il rischio di dosaggi inadeguati e di prescrizione inappropriata, soprattutto nelle donne.

È sempre necessario prenderli?

Il sintomo in psichiatria, come d'altronde in medicina generale, è un efficace segnalatore di un qualcosa che non va nell'equilibrio psicofisico dell'individuo. Esso quindi non va sottovalutato, ma neanche silenziato: va ascoltato attentamente perché può dare informazioni sul nostro corpo, ma anche sulla nostra vita quotidiana e di relazione con gli altri.

Non preoccupiamoci subito di stroncare i nostri sintomi di ansia e di depressione, ma cerchiamo di capire che cosa ci stanno segnalando



guardando alla nostra vita quotidiana con occhi diversi e chiedendoci: stiamo facendo la cosa giusta per il nostro equilibrio e per la nostra salute psichica?

È vero che negli ultimi anni è aumentato l'uso degli psicofarmaci soprattutto tra le donne?

Sì. Essere donna rappresenta un fattore predittivo per ricevere un trattamento farmacologico, e a parità di diagnosi (ad esclusione delle patologie più gravi) le donne assumono il doppio di psicofarmaci: ansiolitici e antidepressivi.

Sono le donne a chiedere più psicofarmaci degli uomini?



In effetti no, perchè la maggior parte delle donne desidera preferibilmente un trattamento di supporto emotivo.

Se si domanda a una donna un giudizio sui servizi di cura generalmente offerti, è molto frequente sentirsi rispondere che avrebbe desiderato avere più opportunità di scelta e più disponibilità ad essere ascoltata sui propri bisogni.

Le donne vogliono fare scelte informate su particolari aspetti della loro cura, sul tipo di terapeuta, o vogliono conoscere i riflessi della terapia sulla condizione di moglie e madre.

Le donne vogliono poter rivelare le proprie difficoltà senza la preoccupazione di perdere l'affidamento dei figli o di essere considerate madri inadeguate.

Quando si rivolgono a un medico, corrono il rischio di non essere considerate bisognose di cura (più della metà dei casi di depressione non viene riconosciuto), di non essere ascoltate, di veder sottovalutata la loro sofferenza, ma poi comunque si vedono prescrivere più frequentemente farmaci.

Perché i medici tendono a dare più psicofarmaci alle donne?

Per molti motivi. Di molti di essi si è già parlato, prima di tutto perché le donne soffrono di più di disturbi ansioso-depressivi; poi perché le donne vengono inviate meno facilmente dagli specialisti e tendono a rimanere nel circuito delle cure primarie, dove i medici incorrono più frequentemente nell'errore di una farmacologizzazione impropria di un disagio psicosociale e relazionale. Come esempio vale per tutti il caso di una depressione che si innesta su un evento cronico di maltrattamento: se la donna non ne parla, difficilmente il medico, che non possiede le giuste informazioni, potrà giungere ad una diagnosi e a un intervento appropriato.

Va detto anche che la bassa autostima che si associa ai disturbi depressivi in molte donne, può influenzare la percezione dei propri bisogni, per cui se il curante non riesce a comprendere i vissuti di inadeguatezza e a metterli in relazione con cause appropriate, tenderà a rispondere alla richiesta d'aiuto medicalizzando il problema.



CHE COSA BISOGNA FARE? CONSIGLI PER IL TRATTAMENTO



I disturbi psichici nelle donne meritano un ascolto appropriato da parte dei medici.

Bisogna sapere che vi sono molte risposte da dare alla richiesta di cura, ma queste non potranno mai essere le risposte giuste, se non si comprende la natura di questo disturbo, il *come* e il *perché* si è prodotto nella vita di una persona in un dato momento.

Solo dopo un inquadramento diagnostico dei sintomi, ampio e correlato anche alla valutazione degli eventi e degli stili di vita, si potrà decidere con la persona il trattamento migliore da seguire.

I trattamenti psicologici/psicoterapici e psicosociali di supporto sono sicuramente quelli che più interagiscono con la persona e con i

suoi bisogni; essi possono creare modifiche comportamentali e di stili di vita importanti non solo per la cura, ma anche per la prevenzione secondaria.

Aspettarsi solo dal farmaco il cambiamento e la soluzione del problema, soprattutto nei casi in cui la sofferenza mentale è una reazione agli eventi di vita, può generare aspettative salvifiche e cagionare un ulteriore aggravamento della patologia depressiva (“anche i farmaci hanno fallito, per me non c’è più niente da fare”).

Per questo motivo e in via generale è necessario che quando si sceglie con il proprio medico il trattamento farmacologico, esso sia accompagnato anche da informazioni esaurienti sul tipo di patologia di cui si soffre, sulla sua eziologia, e sugli obiettivi realistici che si possono conseguire con le diverse strategie terapeutiche a disposizione.



Inoltre, poichè è dimostrato che l’associazione di farmaci e un qualche tipo di psicoterapia accelera la risoluzione del disturbo e previene le ricadute, è sempre utile accompagnare il trattamento con farmaci a un trattamento psicologico.

Quando e come si può iniziare un trattamento farmacologico?

Quando si è deciso insieme al medico e/o allo psichiatra di intraprendere un trattamento farmacologico, bisogna poi anche sapere che occorre tempo per individuare il giusto trattamento in modo personalizzato, perché ogni individuo può rispondere in modo diverso ai vari tipi di farmaci.

Se un farmaco fa bene a una persona che ha problemi simili ai nostri, non è detto che funzioni anche per noi; soprattutto non è detto che le ricadute o episodi diversi di malattia richiedano lo stesso farmaco.

Una serie di trattamenti farmacologici inappropriati può favorire la cronicizzazione e peggiorare la prognosi.

Vi sono differenze tra individuo e individuo, *tra uomini e donne*

La miglior strategia in generale è: utilizzare i farmaci in monoterapia (un farmaco nuovo alla volta, per valutarne gli effetti) per il minor tempo, al più basso dosaggio efficace associando un trattamento psicosociale.

per quanto riguarda gli effetti indesiderati; **le donne** in particolare **patiscono effetti avversi in modo più frequente e grave.**

Nella donna, rispetto all'uomo, vi sono differenze nell'assorbimento, nella distribuzione, nell'escrezione dei farmaci, per cui il livello del farmaco circolante è più alto. L'uso di contraccettivi e il ciclo mestruale influenzano la cinetica del farmaco aumentando gli effetti avversi.

Per questa ragione è **consigliabile iniziare il trattamento a partire da dosi basse, sino a raggiungere il dosaggio minimo efficace, monitorando accuratamente** l'eventuale comparsa di effetti secondari.

Questi sono ovviamente diversi in relazione alle varie classi di farmaci e vanno gestiti per evitare sospensioni brusche della terapia o un danno secondario maggiore dell'eventuale beneficio prodotto.

Va posta speciale attenzione ad alcuni effetti indesiderati?

Tra gli effetti indesiderati poco indagati e poco gestiti, due meritano speciale attenzione: **l'aumento di peso e i disturbi della sessualità.**

Gran parte dei casi di sovrappeso è dovuto ai farmaci, con aumento del rischio di diabete, turbe cardio-vascolari, ipertensione, dolori articolari e, in particolare nella donna, turbe, dell'autostima legate allo stigma dell'obesità. Questo aumento di peso se non gestito accuratamente dall'inizio, attraverso informazioni alla paziente e ai familiari, introduzione di cambiamenti nello stile alimentare, esercizio fisico, rischia di diventare irreversibile.

I medici tendono a non chiedere alle donne notizie su eventuali

variazioni del desiderio sessuale, disturbo molto frequente con gli anti-depressivi più recenti, subito denunciato dai pazienti, quasi mai dalle pazienti. Di questo problema deve essere invece informata la donna.

Un'altra ragione per cui nelle donne il trattamento farmacologico è molto più complesso, è rappresentato dal fatto che **le donne soffrono frequentemente di patologie concomitanti** (disfunzionalità tiroidee, lombalgie, turbe gastro-enteriche, ecc.) per cui assumono le cure del caso.



La comorbidità è una delle ragioni dell'alta percentuale di *non-responder* (non risposta, ovvero inefficacia del trattamento) tra le donne. L'interazione fra gli psicofarmaci e altre terapie non solo può ostacolare la rispettiva efficacia, ma anche fortemente aumentare gli effetti collaterali.

Spesso le donne non pensano di dover informare il curante del fatto che stanno già assumendo farmaci (o fitoterapia!) perché prescritti da specialisti o autoprescritti; rischiano quindi di non ottenere con gli psicofarmaci il beneficio previsto.

Che cosa fa la ricerca per le donne?

Purtroppo gli studi farmacologici non mettono sufficientemente in rilievo eventuali differenze di efficacia tra uomini e donne o particolari effetti indesiderati tra le donne a causa del fatto che i farmaci vengono testati quasi esclusivamente su popolazioni maschili.

Se i sintomi, su cui si valuta l'azione del farmaco, i dosaggi ritenuti efficaci, gli effetti secondari sono indagati su individui con caratteristiche biologiche non confrontabili, si potrebbero commercializzare farmaci ottimi per l'uomo, ma dannosi per le donne.

Basti pensare al diverso peso, diversa distribuzione del grasso, diverso flusso cerebrale, diverso metabolismo, diverso rischio di accumulo tra gli uomini e le donne.

Il maggior problema della scarsità di informazioni sull'azione



degli psicofarmaci nelle donne è rappresentato dalla gravidanza, condizione per la quale non esistono linee guida per la gestione di sintomi psichici concomitanti.

La maggior parte delle schede tecniche sui farmaci prevede la dicitura “usare con cautela in gravidanza”. Questo pone inaccettabilmente le donne di fronte a un bivio: sospendere la terapia o rinunciare a essere madri, oppure vivere la gravidanza con il terrore di danneggiare o aver danneggiato il proprio bambino.

Si può fare un figlio se si soffre di qualche disturbo psichico come ansia, depressione o altro? E che cosa si deve sapere in particolare?

Sì, si può fare un figlio, perché la donna che soffre di problemi psichici ha diritto alla maternità come tutte le altre donne, ma è bene che si posseggano informazioni corrette a riguardo.

Una donna e il suo medico devono sapere che:

- la gravidanza di per sè non migliora mai una malattia psichica preesistente per cui va evitato il consiglio che: “fare un figlio fa star meglio”;
- le condizioni di sovraccarico del *post-partum* possono causare un aggravamento del disturbo psichico;
- è necessario un supporto particolare alla donna nella gravidanza e nel puerperio da parte dei familiari e dei medici per consentire l’avvio di una buona relazione madre-bambino;
- tutti gli psicofarmaci si diffondono attraverso la placenta al feto e più tardi al latte materno e i rischi sono essenzialmente rappresentati da effetti teratogeni e tossicità neonatale. Questi rischi sono maggiori se l’assunzione avviene nel primo trimestre.



Le indicazioni per la terapia psicofarmacologica in gravidanza seguono i criteri di ogni altro tipo di trattamento farmacologico:

☛ sospensione in situazioni di patologia medio-lieve, dove è preferibile ricorrere a strategie alternative al farmaco, spesso altrettanto efficaci nel controllare i sintomi;

☛ mantenimento in situazioni di patologia grave, in seguito a un'analisi costi-benefici riferita alla coppia madre-bambino. In questo caso, in assenza di studi specifici condotti su donne gravide (per ovvi motivi etici), bisogna scegliere farmaci su cui ci sono più informazioni, da utilizzare a dosaggi bassi e per breve tempo. Il rischio aumenta con l'utilizzo dei farmaci ad alte dosi e per periodi prolungati.

CONSIGLIO ALLE DONNE

Poichè non tutti i medici e gli psichiatri sono esperti nella gestione di questi problemi, è conveniente richiedere di essere seguiti da *équipe* poli-specialistiche dei servizi pubblici

LE MALATTIE DELLE DONNE
TRA VECCHI PREGIUDIZI E NUOVE EVIDENZE

109

IL CORPO FISICO

7. CUORE DI DONNA

Perché bisogna parlare oggi di un cuore al femminile?
Come riconoscere i sintomi dell'infarto?
Che cosa raccomandare a una donna che ha avuto un infarto?
Quali sono allora i presidi di una buona prevenzione?

8. L'INTESTINO "IRRITATO"

Le donne soffrono di più di disturbi gastrointestinali?
Esiste una relazione causale tra violenza subita e disturbi gastrointestinali?
È sempre necessario sottoporsi a esami diagnostici?
Perché se una donna soffre di sindrome dell'intestino irritabile corre un maggiore rischio di essere operata?

9. DONNE CON FEGATO

Quali sono le patologie epatiche più frequenti?
Vi sono differenze tra i sessi?
Quali sono i problemi del fegato in gravidanza?

10. LA TIROIDE CHE SI AMMALA DI PIÙ È QUELLA DELLE DONNE

Perché donne e tiroide sono così legate?
Quali sono le patologie tiroidee più comuni?
Perché lo iodio è così importante?
Che cosa devono sapere le donne su trattamenti e fattori di rischio?

11. OSSA FRAGILI?

Che cos'è l'osteoporosi? Quali sono i fattori di rischio?
Perché è importante prevenirla e come si può prevenire?
Quali sono i compiti del medico di famiglia?

Perchè bisogna parlare oggi di un cuore al femminile?

Nonostante si sia sempre assimilato il cuore all'essere donna, intendendo per esso la zona fragile dei sentimenti rispetto alla zona forte del cervello e della razionalità, nella medicina ufficiale il cuore biologico è sempre stato un organo pensato al maschile.

La malattia cardiovascolare rimane, nella letteratura e nell'immaginario comune, la "malattia che rende la donna vedova": ne deriva che la donna non ritiene la malattia di cuore una sua possibile malattia.

La donna, tradizionalmente, vede e incontra come suo unico interlocutore l'ostetrico-ginecologo, come "curatore" spesso superficiale e distratto delle sue possibili problematiche, tutte focalizzate sulla triade utero/ovaio e mammelle. Accetta dai ginecologi (a partire dagli Anni '70), l'impostazione "cieca" di mantenere con gli estrogeni, in via sostitutiva, la propria giovinezza. Wilson (ginecologo americano) lanciò negli anni 1970-75 l'aforisma "*Feminine for Ever*". Viene immortalata nella copertina di "Time" una bambolona pseudogiovanone, senza una ruga che garantisce "*pelle da ventenne, mucose lubrificate, ossa di ferro, connettivo miracolosamente sostenuto, vampate refrigerate*", con il costo di un aumento iperbolico del cancro della mammella e dell'utero.

Nasce in quell'epoca la terapia ormonale sostitutiva con la "dimenticanza" della necessità di usare, nella donna non isterectomizzata, il progesterone che si oppone all'iperplasia dell'endome-

trio, con la conseguenza di una degenerazione displasica e poi neoplastica dello stesso.

In questa apoteosi ormonale cresce anche la terapia anticoncezionale che, probabilmente mal testata e sperimentata, vede, come conseguenza, i primi casi di infarto del miocardio in età fertile, accanto a una preoccupante crescita di trombosi venosa profonda e di embolia polmonare in giovani donne.

Perché tutto quello che attiene al pianeta donna è sempre stato così disatteso e sconosciuto?

Fondamentalmente perché la donna è sempre stata studiata come corollario dell'uomo e mai nella sua centralità, come l'uomo. La mancanza di studi appropriati sulle donne, come la mancata misurazione dei vasi e delle arterie femminili, più piccoli di quelle maschili, ha comportato fino a dieci anni fa, problemi nella pratica interventistica (angioplastica e *by-pass* coronarico), con tassi più elevati di insuccesso terapeutico e più elevato rischio di morte.

Non dimentichiamo l'osservazione, terribilmente vera, di Nanette Wenger, "guru" delle problematiche cardiovascolari della donna (Emory University, Atlanta, Georgia): "tutti gli studi farmacologici delle prime fasi sperimentali (fase I e II) sono stati fatti in campo cardiovascolare sui ratti maschi, per poi essere estesi, nell'ultima fase (fase III), alla popolazione maschile bianca, senza controlli sulle popolazioni di altre etnie o sulla popolazione femminile, con la pretesa, poi, di valere per tutti!"

Quando comincia l'attenzione della comunità scientifica al cuore delle donne?

Alla fine degli Anni '70, quando Bernardine Healy, direttore dell'NIH (*National Institute of Health*) di Bethesda, posizione scomoda e molto prestigiosa per una donna, commenta sul *New England Journal of Medicine*, due articoli sul trattamento decisamente disuguale degli uomini e delle donne con infarto del miocardio, parlando

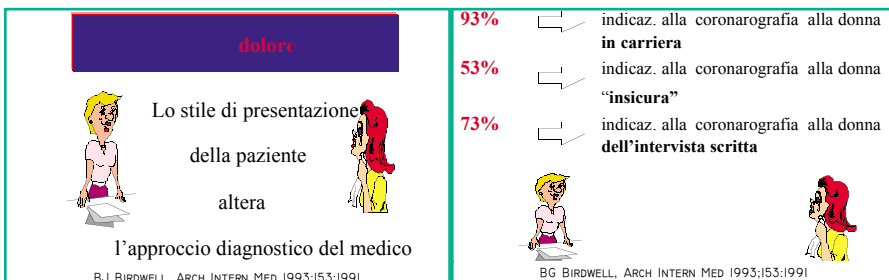
di discriminazione. La Healy intitola il suo editoriale carico di polemica: “La sindrome di Jentl”.

Jentl era una ragazzina ebrea che, volendo diventare rabbino, si rasò il capo e si vestì da maschio per poter studiare per questo ruolo. Di colpo agli inizi degli Anni ‘80 il mondo scientifico e i media cominciarono a catapultarsi sul tema “cuore e donne” con tanta fretta e affanno da far scaturire spesso idee confuse e pseudomiti.

Il pregiudizio contro le donne rappresentato in una ricerca americana

A questo proposito è interessante lo studio americano di Birdwell e colleghi, i quali sottoponevano a tre gruppi di cardiologi una paziente sofferente per frequenti episodi di dolore anginoso tipico. In realtà la paziente era un’attrice che recitava il medesimo copione atteggiandosi a: donna in carriera dinanzi al primo gruppo di cardiologi; donna insicura e impacciata dinanzi al secondo gruppo; il terzo gruppo di medici valutava la sintomatologia in forma scritta, senza cioè essere influenzato dalle caratteristiche della paziente.

I risultati della ricerca mettevano in evidenza come le indicazioni ad approfondire il caso erano sensibilmente più elevate nel primo gruppo di cardiologi e in chi leggeva l’intervista, cioè a indicare come la valutazione del medico fosse influenzata dal tipo di persona che presentava il sintomo. E in questo caso si verificava come fosse sottovalutata la sintomatologia cardiaca, se a presentarla era una donna con aspetti meno simili a quelli del maschio, ovvero una donna “non in carriera”.



Come riconoscere i sintomi dell'infarto?

Se sei una donna, il classico dolore al petto che si irradia al braccio sinistro fino al mignolo, opprimente, che sembra una morsa, ti deve allarmare come allarma l'uomo.

Ma non solo, perché la donna ha più spesso un dolore che si irradia al dorso, alle spalle, a entrambe le braccia e al collo. Spesso è un dolore che va anche alla mandibola e ai denti. Tutte queste irradiazioni non sono casuali, ma sono dovute al fatto che il cuore, il collo, la mandibola e le braccia hanno all'origine un'innervazione comune.

Non ti deve allarmare tuttavia il semplice fastidio o la fitta puntoria in queste zone.

Anche il criterio temporale è estremamente importante. Il dolore cardiaco vero dura più di 20 minuti e al massimo mezz'ora. Può eventualmente ripresentarsi dopo un intervallo libero.

Non sottostimare tuttavia altri sintomi che si accompagnano o meno a queste localizzazioni, quali la nausea, una profonda astenia e sudorazione cui non sei abituata.

Devi essere più allarmata da questi sintomi se:

- hai una familiarità positiva per infarto (genitori o parenti stretti che hanno avuto un infarto se maschi in età ≤ 50 anni, se donna in età ≤ 60 anni),
- sei diabetica,
- sei ipertesa,
- hai il colesterolo alto,
- sei fumatrice,
- hai avuto una menopausa precoce, ovvero un'interruzione chirurgica (ovariectomia) o spontanea delle mestruazioni a un'età ≤ 40 anni

E se si è in sovrappeso o obesa?

Innanzitutto bisogna conoscere il proprio indice di massa corporea

che si ottiene dividendo il peso in kg per il quadrato dell'altezza. A questo punto sappi che se il valore che ottieni è:

- 15 - 18.5 sei sottopeso
- 18.5 - 24.9 sei normopeso
- 25 - 29.9 sei in soprappeso
- > 30 sei obesa

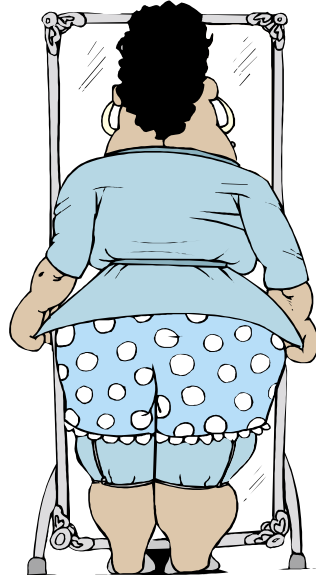
In genere la donna obesa è *teoricamente* più protetta della donna magra in postmenopausa perché produce ancora estrogeni, in quanto il tessuto adiposo contiene enzimi che trasformano gli androgeni surrenalici in estrogeni (cosiddetta aromatizzazione). È il motivo tuttavia per cui la donna obesa è più a rischio di tumore della mammella, essendo il suo seno “più bersagliato” dagli estrogeni.

Ma se sei obesa, in postmenopausa, con ipertensione soprattutto diastolica (fortemente correlata al peso corporeo e al cosiddetto indice di massa corporea), con livelli elevati di trigliceridi e iperglicemia (valori da 100 a 130 mg/dl), rientri nel quadro della sindrome metabolica.

Questa è una sindrome, in incremento nel nostro paese, che rappresenta l'anticamera del diabete e che espone fortemente la donna al rischio di malattia cardiovascolare.

Che cosa fare se si ha una sintomatologia molto sospetta?

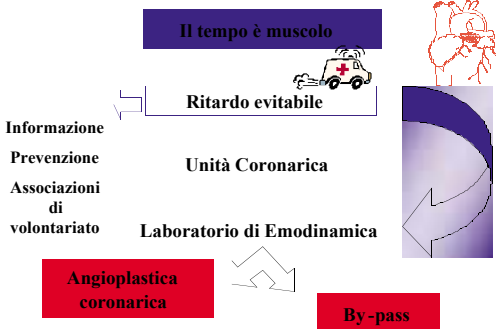
Se il dolore, e in genere la sintomatologia sopra descritta, è davvero allarmante, conviene contattare il medico di famiglia e recarsi al pronto soccorso del più vicino ospedale. In gergo cardiologico si dice che “il tempo è muscolo”, ossia prima si arriva in ospedale, più cuore si salva. Occorre sensibilizzare l'opinione pubblica sulla tempestività del ricovero. Qui potrà essere effettuato immediatamente



un elettrocardiogramma e un prelievo di sangue che permette di testare dei *markers* molto precoci di danno cardiaco che, se negativi entro 3 ore, permettono di escludere tassativamente un problema coronarico.

Se i *markers* sono positivi, consentiranno un ricovero mirato in Cardiologia, dove un intervento precoce può riaprire i vasi in due modi:

- sciogliendo il trombo occlusivo che ha ostruito l'arteria e causato il danno. Oggi i farmaci somministrati alla donna con infarto (trombolisi) vengono calibrati



sulla superficie corporea, per cui non assistiamo più alle clamorose complicanze di circa dieci anni fa, quando la dose "maschile", somministrata alla donna, causava emorragie nei vari distretti, soprattutto cerebrali, creando un danno alle coronarie;

- oppure ancora la donna potrà beneficiare come l'uomo dell'apertura delle coronarie con il palloncino (angioplastica), senza pagare il prezzo di complicazioni vascolari periferiche e coronariche, dovute a cateteri e palloncini disegnati e realizzati per le arterie maschili, notoriamente di calibro maggiore e meno fragili di quelle femminili.

Ma che cosa deve fare il medico di famiglia di fronte a una donna con sintomi meno importanti?

Deve ascoltarla attentamente e indagare la sua storia come fa con il paziente di sesso maschile, indagare il suo stile di vita e i suoi fattori di rischio, l'età della menopausa, se già non la conosce. E sarà il medico di famiglia a decidere se inviarla o meno dal cardiologo.

Che cosa deve fare il cardiologo davanti a una donna con sintomi?

Indagare i suoi sintomi accuratamente, sapendo che spesso la donna non ha il dolore “tipico dell’uomo”.

- Dovrà poi indicare come primo *test* una prova da sforzo massimale, ammesso tuttavia che la paziente riesca ad effettuarlo. Non dimentichiamo infatti che la donna spesso non riesce a completarlo, perché molto meno avvezza all’attività fisica di quel tipo o per disturbi artrosici e di osteoporosi che la limitano. E una prova da sforzo interrotta non ha alcuna accuratezza diagnostica.

- Se la donna non completa o non è in grado di effettuare il *test* da sforzo, il cardiologo dovrà scegliere un *test* di *imaging* che sarà o l’eco-stress o la scintigrafia con *stress* farmacologico.

- Davanti a una donna con fattori di rischio e sintomi sospetti e/o *test* positivi o dubbi, il cardiologo dovrà raccomandare la coronarografia come farebbe per l’uomo.

La donna che fa terapia ormonale sostitutiva dovrà informare il cardiologo, per il fatto che gli estrogeni possono conferire delle pseudoalterazioni dell’elettrocardiogramma.

Che cosa raccomandare a una donna che ha avuto un infarto, un’angina o un intervento di rivascolarizzazione (angioplastica o by-pass)?

L’assunzione completa e costante dei farmaci sotto periodico controllo cardiologico, ma coadiuvati da uno stile di vita mirato a ridurre il peso, astenendosi dal fumo e seguendo una dieta corretta; l’attività fisica dovrà essere costante e calibrata. La donna soprattutto deve essere rassicurata che la vita non cambia per un evento coronarico, ma anzi può migliorare se l’evento diviene occasione per modificare uno stile di vita evidentemente poco adeguato al benessere personale.

Vi è un collegamento tra eventi cardiovascolari e lo stress della vita quotidiana?

Il collegamento è molto stretto perché il sistema cardiocircolatorio è quello che più prontamente risponde agli stimoli che agiscono sul sistema nervoso centrale, con la specifica finalità di preparare l'organismo umano all'attacco o alla difesa. È noto che ogni mutamento di stato funzionale del cervello si accompagna a mutamenti funzionali del sistema cardiocircolatorio.

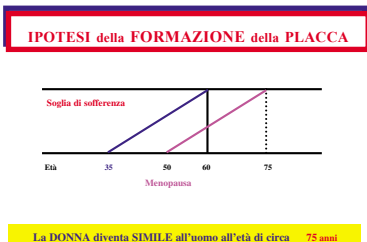
Ne consegue che condizioni di attivazione cronica (ripetuta o costante per lungo periodo) del sistema nervoso centrale possono tradursi in condizioni di attivazione cronica del sistema cardiovascolare o comunque in modificazioni dell'attività fisica di quest'ultimo di fronte a stimoli stressanti di varia natura e peso.

Lo *stress*, soprattutto quello cronico che si prolunga nel tempo, è in definitiva un fattore di rischio importante per la patologia cardiovascolare e per l'infarto. D'altra parte è noto che le coronaropatie e gli eventi cardiovascolari sono in aumento nel sesso femminile, anche in età fertile, proprio perché lo *stress* quotidiano (il doppio lavoro ad esempio) cui le donne sono soggette è oggi in evidente aumento.

Sapersi quindi orientare tra i vari stimoli stressanti, imparando anche a proteggersi da loro, sottraendosi ad essi quando ciò è necessario, è importante per vivere meglio e imparare a prevenire alcuni eventi cardiovascolari.

E la donna che non ha mai avuto eventi coronarici?

Occorre premettere un concetto epidemiologico e fisiopatologico: la malattia aterosclerotica è il fisiologico invecchiamento dei nostri vasi; va da sé che la genetica e i fattori di rischio intervengono per accelerare o frenare questo processo. Tuttavia le



placche dell'uomo crescono più insidiosamente e lentamente dai 30 anni in poi facilitando un processo di adattamento (angiogenesi) a livello dei vasi cardiaci e periferici, il cosiddetto “precondizionamento”, che protegge l'uomo.

La donna invece è protetta fino alla menopausa fisiologica che avviene intorno ai 50 anni, poi l'ombrello protettivo ormonale si chiude più o meno bruscamente, e la donna è esposta ad una malattia accelerata che può avere effetti negativi.

Si sa che la donna muore molto più spesso dell'uomo per “rottura di cuore”, essendo il suo cuore impreparato. L'allarmismo che questa parola potrebbe creare, va tuttavia smorzato alla luce di quanto detto fino ad ora: la sensibilizzazione al problema, una diagnostica e una terapia tempestive, accanto a una buona prevenzione, argineranno il problema attuale, ossia che si muore di infarto fuori dall'ospedale, mentre chi viene ricoverato tempestivamente in unità coronaria, ha ottime probabilità di “salvarsi il cuore”.

Si può infatti affermare che i progressi diagnostici e terapeutici in campo cardiovascolare rappresentano in medicina forse il massimo esempio del successo del trattamento e della riduzione di una patologia.

Vi è un rischio menopausa da tenere sotto controllo?

La menopausa non può essere considerata in sé fattore di rischio perché non è una patologia dell'organismo, ma una sua normale tappa fisiologica.

Il rischio cardiovascolare è presente sia per gli uomini sia per le donne; esso è la risultante di una serie di fattori che comprendono: l'età, l'alimentazione, il movimento fisico, i ritmi lavorativi, oltre la concomitanza di altre patologie.

L'obiettivo di una medicina attenta alle differenze di genere è proprio quello di sviluppare una valutazione dello stato di salute della persona, inglobando anche le informazioni diverse e specifiche sul suo organismo, sulle sue tappe evolutive e sulle sue interazioni con l'ambiente esterno.

D'altra parte la menopausa è un tema estremamente controverso, in quanto non si hanno ancora idee chiare su quale sia l'apporto biologico al rischio, legato alla carenza estrogenica, e quale quello ascrivibile all'aumento dell'età, o ad altri fattori.

Ma se la donna perde la protezione ormonale...

Il problema è che si parla della salute cardiovascolare della donna solo a partire dalla menopausa e non prima, come sarebbe più corretto fare.

La protezione nell'età fertile è demandata all'ombrello ormonale, non valutando alla fine che ciò può costituire a lungo termine, e paradossalmente, un *handicap* per la donna. Infatti mentre l'organismo maschile, come si è detto si "precondiziona" alla placca, quello femminile non gode di questa preparazione. Proprio per questo, più attenzione o pari attenzione dovrebbe essere data alla prevenzione del rischio cardiovascolare della donna prima della menopausa, nella così detta età fertile.

Due dovrebbero essere gli obiettivi di questa prevenzione:

- inserire nello stile di vita della donna, il più precocemente possibile, comportamenti che a lungo termine siano in grado di fronteggiare quegli eventi cardiovascolari che, per l'impreparazione dell'organismo femminile, rischiano di essere più gravi di quelli maschili;
- ridurre l'impatto di altre patologie che favoriscono l'emergere della malattia cardiovascolare, come l'ipertensione e il diabete.

Qual è allora la strada giusta per la donna in menopausa?

Più che di strada giusta della donna in menopausa bisogna parlare della strada giusta della donna in età fertile. Qui vale la favola della cicala e della formica: come le formiche bisogna pensare a non disperdere risorse nell'età buona, ma imparare a capitalizzare il vantaggio per le altre età. Così nell'età fertile non bisogna comportarsi

come se l'organismo fosse protetto da uno "scudo stellare" e sentirsi quindi libere di accumulare una serie di fattori di rischio senza alcuna cura del proprio benessere personale futuro.

Ad esempio: alimentazione, movimento e *stress* sono fattori da tenere sempre sotto controllo, perché se in questa età si accumula peso, *stress*, e non solo, ma anche patologie come diabete e ipertensione, è chiaro che ci si presenterà all'appuntamento con la menopausa in situazioni problematiche e di maggiore rischio per la patologia cardiovascolare.

Quali sono allora i presidi di una buona prevenzione?

Gli stessi di quelli che deve osservare un uomo, anzi con una maggiore cura nell'osservarli, tenendo conto dei rischi che la donna, più degli uomini, corre a livello dello *stress* della vita quotidiana.

LINEE GUIDA

Una moderata intensità di esercizio fisico per almeno trenta minuti al giorno più volte alla settimana, preferibilmente tutti i giorni, riduce del 30% il rischio di eventi cardiocircolatori

Un corretto stile di vita in termini di abitudine, sarà il miglior *elisir* per la protezione del nostro apparato cardiovascolare. È importante che le donne, come gli uomini, conoscano l'importanza dell'attività fisica. Un recente studio comparso sul *New England Journal of Medicine* (l'unico sulle donne fino ad ora pubblicato), ha dimostrato su un numero ampissimo di donne che un'attività fisica moderata di 30 minuti 3 volte/settimana, protegge da eventi cardio-

vascolari in modo clamoroso.

Questo ha abbattuto il concetto storico dell'utilità, per il sistema cardiovascolare, di sport impegnativi e continuativi. Non dimentichiamo infatti che i fattori di rischio non nuocciono singolarmente, ma in quanto strettamente connessi (cosiddetto *clustering*): chi è obeso è spesso dislipidemico, iperteso (essendo la pressione correlata all'indice di massa corporea), fuma per dimagrire, ma mangia scorrettamente perché depresso, iperglicemico perché l'obesità dà insuli-

no-resistenza. E nessuno come la donna è più rispondente a questo insieme di fattori di rischio.

L'esercizio fisico è dimostrato che:

- migliora il tono dell'umore perché attiva le endorfine cerebrali,
- permette di controllare il peso,
- riduce la pressione arteriosa,
- aumenta il colesterolo HDL,
- riduce l'insulino resistenza e pertanto la glicemia.

Bisogna però ricordare alle donne che **l'esercizio fisico non coincide con l'attività domestica, ovvero con il fare i lavori di casa.** Questi non costituiscono in nessun caso il movimento fisiologico idoneo alla protezione del sistema cardiovascolare!

L'attività fisica migliore è il camminare con passo adeguato senza sentire i sintomi della fatica, e senza fretta. Ciò vuol dire che se io cammino, ma ho fretta e sono in ansia per andare a lavorare o per qualsiasi altro impegno perdo il vantaggio del movimento con lo svantaggio della tensione psichica.



UN ORIENTAMENTO PER I MEDICI

RISCHIO CARDIOVASCOLARE E ALTRE PATOLOGIE

Studi anatomopatologici dimostrano come, nell'uomo, le placche cominciano a comparire intorno all'età di 30 anni sulle pareti arteriose; esse crescono in maniera proporzionale al livello sierico di colesterolo e al numero di sigarette fumate e raggiungono la "criticità" all'età di 60-65 anni (storia naturale della cardiopatia ischemica nell'uomo). Nelle donne, invece, la presenza del periodo fertile (ricco di estrogeni) posticipa la data di comparsa della placca, la quale cresce in relazione alla storia di diabete e di ipertensione di cui è più spesso affetta la paziente di sesso femminile.

Diabete, ipertensione, e ipercolesterolemia, nel campo delle patologie concomitanti, si candidano a fattori di rischio maggiori per la patologia cardiovascolare.

L'ottimale controllo di queste tre condizioni di rischio può evitare dal 70% al 90% eventi coronarici nel tempo. Il rimanente 10%-30% di riduzione del rischio può verificarsi controllando l'obesità e smettendo di fumare.

DIABETE

Va ricordato che il diabete è il più importante fattore di rischio per eventi cardio e cerebrovascolari ed è 4 volte più rischioso per la donna rispetto all'uomo.

Numerosi studi hanno dimostrato che nella donna il diabete rappresenta il primo e più importante fattore di rischio per malattia cardiovascolare, dopo l'età. Dallo studio Rancho Bernardo è emerso che il rischio relativo di malattia cardiovascolare nelle donne diabetiche è da 3 a 7 volte maggiore rispetto alle donne non diabetiche. Inoltre le alterazioni dell'assetto lipidico spesso associate al diabete (bassi valori di colesterolo HDL e ipertrigliceridemia) risulterebbero fattori predittivi negativi in misura maggiore nelle donne rispetto agli uomini.

Il diabete mellito rimuove o annulla tutte le differenze legate al sesso nella prevalenza di cardiopatia ischemica, quindi già in premenopausa costituisce un fattore di rischio indipendente di coronaropatia.

IPERTENSIONE

L'ipertensione costituisce un altro importante fattore di rischio per la patologia cardiovascolare, se consideriamo che le donne ipertese presentano un'incidenza di malattie cardiovascolari almeno 4 volte maggiori rispetto a quelle normotese.

L'ipertensione è una patologia di cui le donne soffrono a parità degli uomini anche nella fascia di età 25-54 anni (dati ISTAT). La pressione arteriosa va quindi tenuta sotto controllo già nell'età fertile.

In particolare, nell'ambito di una corretta prevenzione è estremamente importante raccomandare alle donne, soprattutto in postmenopausa, ma non solo, un controllo seriato della pressione arteriosa e, in caso di riscontro di elevati valori pressori, controlli ripetuti, e indicazioni ad una modifica dello stile di vita e delle abitudini alimentari.

OBESITÀ E SOVRAPPESO CORPOREO

L'obesità è da lungo tempo riconosciuta come un importante fattore in grado di determinare la concentrazione dei lipidi plasmatici; gli effetti poi dell'obesità nella donna sembrano essere simili a quelli osservati nell'uomo. Molti studi evidenziano che il peso corporeo è risultato positivamente correlato alla colesterolemia totale. L'obesità è risultata significativamente e inversamente correlata con le HDL in entrambi i sessi; questa correlazione poi è risultata indipendente dall'età, dal consumo di sigarette, di alcol e dall'uso di estrogeni. Ci sono anche numerose indicazioni che dimostrano come nelle donne un'obesità di tipo "centrale" (caratterizzata da una distribuzione di maggiore tessuto adiposo nel tronco rispetto alle estremità) si associ a ridotti livelli di HDL, indipendentemente dalla quantità totale di grasso corporeo.

Anche l'effetto della riduzione del peso corporeo sui livelli lipidici plasmatici si è dimostrato essere molto simile negli uomini e nelle donne. Numerosi studi clinici hanno dimostrato come il controllo del peso corporeo si accompagni ad un miglioramento del profilo lipidico, in particolare un aumento dei livelli del colesterolo HDL.

Una particolare informazione ai medici circa il ruolo giocato dalla inattività fisica nella patologia cardiovascolare

Uno dei maggiori problemi è che l'inattività fisica, che negli Stati Uniti riguarda circa il 28% degli uomini, interessa però una percentuale molto maggiore, ma non quantificabile, di donne. Gli individui che sono in condizioni sociali ed economiche più basse, inoltre, hanno una percentuale maggiore di inattività fisica dovuta probabilmente ad una minor educazione alla salute. C'è sicuramente relazione tra attività fisica e rischio cardiovascolare: un programma regolare di esercizio associato ad una dieta bilanciata porta ad una riduzione dell'aterosclerosi.

Una moderata intensità di esercizio fisico per almeno 30 minuti al giorno più volte alla settimana, preferibilmente tutti i giorni, riduce del 30% il rischio di eventi cardiovascolari. Tale affermazione trova evidenza in un recente studio di quasi 6 anni che è stato condotto su 73.423 donne in postmenopausa e che ha dimostrato che le attività di *walking* e di *vigorous exercise* sono associate ad una sostanziale riduzione dell'incidenza di eventi cardiovascolari.

L'esercizio fisico infine si è dimostrato efficace nel ridurre l'ipertrigliceridemia, mentre non sono ancora sicuri i dati circa l'effetto sul colesterolo LDL.

L'esercizio fisico non deve però essere un intervento isolato, ma deve essere associato a una dieta adeguata e, quando necessario, a una corretta terapia medica.

Che cosa devono fare i medici? Il ruolo della medicina generale e l'osservazione dei fattori di rischio nelle donne in età fertile.

È importante che il medico di medicina generale, raccolga le informazioni sulla differenza di genere nel campo delle patologie cardiovascolari per non sottovalutare questo rischio nelle donne. È impor-

tante che dia le giuste indicazioni per la prevenzione, anche prima della menopausa, informando la donna che il rischio in menopausa può essere efficacemente controllato, adottando nell'età fertile opportuni comportamenti, senza affidarsi esclusivamente all'ombrello ormonale.

Le indicazioni sul movimento divengono così basilari per una buona prevenzione. Ma non solo questo. Sappiamo che la donna è soggetta a maggiori *stress* nella sua vita: il doppio lavoro, i multipli ruoli, il doppio carico di responsabilità, che hanno un peso sul suo apparato cardiovascolare.

Le indicazioni di riduzione della pressione del carico di lavoro complessivo (domestico ed extradomestico) sono quindi utili anche per la prevenzione del rischio cardiovascolare nella sua correlazione con lo *stress* lavorativo.

Infine, in mancanza di studi finalizzati allo studio dei fattori di rischio dei disturbi cardio-vascolari nel corso della vita della donna, come invece vi sono per l'uomo, si può sviluppare un orientamento all'osservazione di alcune sindromi subcliniche nell'età fertile.

Se le ipertensioni e il diabete, o l'aumento di peso per così dire si manifestano nella menopausa, che cosa succede prima? Quali sono i segni prepatologici da evidenziare e su cui intervenire preventivamente?

La tendenza ad ingrassare, l'alimentazione non equilibrata possono essere già segni precursori di fattori di rischio per la patologia cardiovascolare, anche se non sono presenti i valori di un'obesità vera e propria.

E ancora, una tendenza all'innalzamento abituale dei valori pressori, in presenza di stati emotivi particolari, non va sottovalutata ed addebitata *tout court* allo stato nervoso della paziente, senza considerarla anche come potenziale fattore di rischio, soprattutto se collegata ad eventi stressanti cronici presenti nella vita quotidiana.

Infine, anche per il diabete è forse possibile prendere in considerazione, nell'età fertile, un valore glicemico ai limiti, o una familiarità, come oggetto di intervento preventivo per evitare che si manifesti in seguito, in epoca menopausale, la patologia vera e propria.

E per concludere sulla differenza uomo-donna

127

Le specificità fisiologiche degli uomini e delle donne fanno sì che gli uomini siano esposti al rischio cardiovascolare in modo continuo e progressivamente crescente con l'età; le donne, invece, per una fase biologica, quella dell'età fertile, sono protette dall'ombrello ormonale. E ciò alla fine paradossalmente si trasforma in svantaggio per le donne, perché l'organismo maschile ha necessità di organizzare da subito le sue difese, mentre quello femminile, inizialmente più protetto, risulta nel tempo meno preparato a fronteggiare il rischio cardiovascolare.

Ma non è solo un problema di “preparazione dell'organismo”. Vi è anche un problema della medicina che vogliamo qui sottolineare. La scienza medica infatti stenta a prendere, nei confronti delle donne, la giusta strada, che sarebbe quella di attivare la prevenzione anche nell'età fertile, visto che successivamente la protezione ormonale femminile si trasforma in uno svantaggio.

Ma ciò non succede o non succede con la dovuta estensione e capillarità, perché la medicina preferisce concentrarsi sull'età menopausale e studiare tecniche di prolungamento della protezione ormonale. A parte il fatto che vi sono molte controindicazioni e non tutte le donne possono accedere alla terapia ormonale sostitutiva (TOS), a parte il fatto che la TOS non può essere fatta per sempre e che quindi vi sarà sempre un momento in cui la donna si troverà esposta “naturalmente” al rischio cardiovascolare, questa strada non è la via maestra per affrontare il problema dal punto di vista della prevenzione.

Ci aspettiamo che in futuro la medicina, come strategia preventiva, allerti la donna, già nell'età fertile e in presenza della protezione ormonale, a dispiegare quei comportamenti e stili di vita, riconosciuti da tutti come adeguati a fronteggiare il rischio cardiovascolare e a scongiurare gli eventi più gravi.

L'INTESTINO "IRRITATO"

ALCUNI DATI EPIDEMIOLOGICI

Nei paesi industrializzati, nel corso dell'ultimo secolo, le migliori condizioni sociali, economiche e sanitarie hanno determinato una riduzione della mortalità e un progressivo aumento dell'aspettativa di vita. Parallelamente e conseguentemente sono diventate sempre più diffuse le malattie croniche che rappresentano, proprio perché molto frequenti, da una parte causa di grande sofferenza individuale e dall'altra, per gli elevati costi sociali ed economici, una grande sfida per il Sistema sanitario nazionale.

Le malattie croniche gastrointestinali, come la sindrome dell'intestino irritabile, la dispepsia, la malattia da reflusso gastroesofageo e la stitichezza sono, dopo le malattie osteoarticolari, i disturbi cronici più frequenti se si considera che ne soffre più del 10% della popolazione generale.

Questi dati non devono sorprendere dal momento che l'apparato gastrointestinale è quello con la maggiore superficie esposta all'ambiente esterno, con il più sviluppato sistema di difesa contro gli agenti esterni, come i parassiti o i germi e, dopo il sistema nervoso centrale, quello con il più alto numero di cellule nervose.

Fattori ambientali, come gli agenti infettivi, genetici e psicosociali possono proprio per tali caratteristiche strutturali influenzare le funzioni di digestione e di assorbimento degli alimenti, caratteristiche dell'apparato gastroenterico, e causare o determinare un peggiora-

mento dei sintomi gastrointestinali. Inoltre la secrezione di acido nello stomaco predispone all'insorgenza di alcuni sintomi che sono peculiari del tratto gastrointestinale come: i bruciori, l'acidità e il rigurgito.

Le donne soffrono di più di disturbi gastrointestinali? L'importanza del problema

Le donne costituiscono più della metà della popolazione e sono quelle che richiedono il maggior numero di visite specialistiche dal gastroenterologo. Anche se molte malattie gastrointestinali e di fegato sono comuni sia all'uomo sia alla donna, esistono tuttavia notevoli differenze legate al sesso, per quanto riguarda la frequenza delle malattie digestive, la risposta alla terapia, l'atteggiamento verso la malattia e soprattutto le complicazioni.

Esempi di malattie gastroenterologiche, o che si possono manifestare con sintomi gastrointestinali, e che più frequentemente colpiscono le donne sono: la sindrome dell'intestino irritabile, la stitichezza, le malattie autoimmunitarie, il dolore addominale cronico, i disordini del pavimento pelvico, l'anoressia o la bulimia, l'emicrania, i disturbi di stomaco, cosiddetti dispeptici, i calcoli della cistifellea, alcune malattie epatiche come la steatosi non alcolica.

Alcuni di tali disturbi come la sindrome dell'intestino irritabile, la stitichezza, il dolore addominale cronico e la dispepsia vengono definiti funzionali perché non hanno una chiara causa organica che ne giustifichi l'origine. Questi, pur non essendo malattie che pongono a rischio di vita, limitano molto la qualità della vita di chi ne soffre. I calcoli della cistifellea, viceversa, anche se sono gravati da complicanze come la colica biliare e la colecistite, nella gran parte dei casi non danno fastidi. La bulimia o l'anoressia o i disturbi da somatizzazione, malattie più propriamente psichiatriche, e l'emicrania, manifestandosi spesso con sintomi gastrointestinali come la nausea, il vomito, il dolore addominale, possono non essere facilmente diagnosticate, e ciò ne può ritardare il trattamento.

MALATTIE GASTROINTESTINALI PIÙ FREQUENTI NELLE DONNE

- ✓ Sindrome dell'intestino irritabile (SII)
- ✓ Stipsi
- ✓ Malattie autoimmunitarie
- ✓ Dolore addominale cronico
- ✓ Disordini del pavimento pelvico
- ✓ Dispepsia
- ✓ Calcolosi della colecisti
- ✓ Alcune malattie epatiche (cirrosi biliare primitiva, steatosi non alcolica)

Che cosa sono i disturbi funzionali gastrointestinali e quanto sono frequenti?

Storicamente la pratica medica si è basata sull'assunto dell'esistenza di una relazione lineare e causale tra malattia e lesioni di un organo. In realtà in medicina, tranne che per alcune condizioni che si manifestano acutamente, come le infezioni, frequentemente non si riesce a stabilire una relazione diretta di causa-effetto che possa spiegare i sintomi.

In gastroenterologia, in oltre il 40% dei casi non siamo in grado di riconoscere la causa dei disturbi, che vengono per questo motivo definiti funzionali e vengono generalmente interpretati come conseguenza di un'alterazione della funzione dei visceri e/o della psiche. Ebbene questi disturbi colpiscono elettivamente le donne e, secondo dati epidemiologici provenienti dagli Stati Uniti e dal Regno Unito, rappresentano il 25-50% delle visite mediche di medicina generale e la metà di quelle gastroenterologiche effettuate per sintomi gastrointestinali.

Perché le donne soffrono così tanto di disturbi cronici gastrointestinali?

Numerose indagini epidemiologiche hanno dimostrato che fattori culturali, sociali e psicologici possono agire sullo stato di salute; la

predilezione però di molti di questi disturbi per il sesso femminile non sembra essere in relazione con le caratteristiche ormonali proprie del sesso. È verosimile, al contrario, che la svalorizzazione e le discriminazioni socioculturali esercitate sulle donne a vari livelli (minore autonomia economica, maggiori obblighi familiari) possano causare conflitti psicologici ed emotivi che si riflettono in un'alterazione della funzione dei visceri in generale e dell'apparato gastrointestinale in particolare. In quest'ambito è ormai innegabile e dimostrato da numerosi studi scientifici internazionali e nazionali che, al pari del fumo o della pressione alta, i maltrattamenti in generale e la violenza sessuale rappresentano un importante e grave fattore di rischio per lo sviluppo di numerosi problemi di salute.

I pazienti, generalmente donne, che hanno subito violenza nel corso della vita e soprattutto durante l'infanzia, provano più sofferenza, perdono più giorni lavorativi, usano di più le strutture mediche, subiscono un maggior numero di interventi chirurgici con conseguenze spesso invalidanti, rispetto ai soggetti con gli stessi disturbi ma che non hanno subito maltrattamenti. In uno studio italiano recentemente pubblicato si è visto che il 32% dei pazienti, che si rivolgono al gastroenterologo per disturbi cronici, ha subito una violenza fisica e/o sessuale e lamenta molti e più gravi sintomi a parità di diagnosi dei pazienti che non hanno subito violenza. Di rilevante importanza è che la violenza si è consumata solo contro le donne e i bambini, e che i pazienti tendono a non rivelarla al medico.

Esiste una relazione causale tra violenza subita e disturbi gastrointestinali?

Da un punto di vista teorico è possibile che la violenza, intesa come evento traumatico, sia in grado di modificare lo stato psicosociale della donna o del bambino, determinando sia un disturbo psicologico (per es. ansia, depressione) sia l'incapacità di sviluppare gli strumenti psicologici di protezione contro altri eventi stressanti della vita.

L'effetto poi sarà tanto più marcato se verranno a mancare dei validi supporti sociali. In tal senso la violenza come fattore psicosociale anche se non causa direttamente i sintomi, ne può mediare lo sviluppo o l'esacerbarsi, sia agendo sia sulle funzioni fisiologiche gastrointestinali sia sul sistema nervoso centrale.

Che cosa è la sindrome dell'intestino irritabile (SII)?

La sindrome dell'intestino irritabile, comunemente ed erroneamente nota come colite spastica o colon irritabile, è uno dei disturbi funzionali più frequenti nella popolazione generale ed è caratterizzata dalla presenza di dolore addominale e alterazioni dell'alvo in senso diarroico o stitico. Possono poi essere variabilmente associati altri sintomi come: gonfiore addominale, presenza di muco nelle feci e sensazione di incompleta evacuazione.

Nei Paesi occidentali il 15-20% della popolazione lamenta tali sintomi e le donne ne sono più colpite rispetto agli uomini con un rapporto di 2 a 1. La causa non è nota, così come non è noto il motivo della predilezione per il sesso femminile.

Tra i vari meccanismi responsabili dei sintomi sono stati indicati: l'alterazione della peristalsi intestinale, una aumentata sensibilità nei confronti del dolore, alterazioni intestinali, indotte da infezioni acute e problemi psicologici come depressione, ansia, attacchi di panico. Anche se molti pazienti attribuiscono i propri disturbi ad alcuni cibi e ad intolleranze alimentari, al momento non vi sono evidenze che l'intestino sia sensibile ad alcuni cibi e le cosiddette prove di intolleranza alimentare non sono al momento attendibili.

Non sembra che le donne siano colpite elettivamente da tali sintomi a causa di differenze legate a meccanismi fisiologici come per esempio il diverso assetto ormonale. Piuttosto la differenza sembra risiedere nel diverso vissuto delle donne.

Nelle donne con questa sindrome e soprattutto in quelle con sintomi invalidanti è stata infatti rilevata, in numerosi studi epidemiologi-

ci, una prevalenza di violenza soprattutto sessuale subita nel corso della vita. Nessuno dei meccanismi proposti è da solo sufficiente a spiegare la manifestazione clinica della SII mentre è verosimile che i sintomi siano il risultato della combinazione variabile di due o più meccanismi.

In assenza di fattori di allarme nei soggetti che abbiano meno di 45 anni la diagnosi di sindrome dell'intestino irritabile si basa sui sintomi.

Perché se una donna soffre di sindrome dell'intestino irritabile corre un maggiore rischio di essere operata?

La SII è caratterizzata dalla presenza di dolore addominale. Ebbene, non è infrequente che il dolore sia localizzato al basso ventre e che sia associato a sintomi genito-urinari. Se la paziente è donna ha un alto rischio di essere sottoposta a laparoscopia ed isterectomie abusive. È stato visto infatti che il 50% circa delle donne, sottoposte a laparoscopia per dolore cronico pelvico, soffriva di sintomi da intestino irritabile e quelle sottoposte ad isterectomia, ad un anno dall'intervento, continuavano ad avere dolore. Vale la pena riflettere sul dato confermato da numerosi studi che le donne con dolore pelvico cronico, sottoposte a ripetute laparoscopia e ad isterectomia, hanno un alto rischio di aver subito violenza, soprattutto durante l'infanzia.

A ciò si aggiungono gli interventi chirurgici effettuati sul pavimento pelvico per le sequele del parto che spesso determinano un peggioramento della sintomatologia.

Un altro fattore di rischio, presente nella donna, di essere sottoposta ad interventi chirurgici non necessari è in relazione alla maggiore frequenza di calcolosi della colecisti nel sesso femminile. È ampiamente dimostrato che se una paziente, che soffre di SII, ha anche una calcolosi della colecisti, ha più probabilità di essere sottoposta a colecistectomia. Infatti, nonostante sia 7 volte su 10 i calcoli non diano alcun fastidio non è infrequente che il dolore da SII venga interpretato come colica biliare.

Qual è l'approccio medico alla donna con disturbi funzionali come la sindrome dell'intestino irritabile?

La parcellizzazione del sapere e dell'agire del medico con l'utilizzo di metodiche diagnostiche sempre più sofisticate ha rafforzato l'approccio al paziente di tipo bio-medico basato cioè sulla ricerca di una relazione diretta di causa-effetto a discapito di un approccio alla persona nella sua interezza.

Questo atteggiamento spesso determina risultati opposti. Non è raro infatti che il medico focalizzi l'attenzione solo sui sintomi, limitandosi a prescrivere farmaci per lo più inefficaci o che al contrario sopravvaluti i fattori psicosociali.

Nel trattamento della SII, così come di tutti i disturbi funzionali, è essenziale una buona relazione medico-paziente, con la rassicurazione che i sintomi non sono espressione di alterazioni organiche che possono mettere a rischio di vita. È in quest'ottica che va affrontata, con equilibrio da parte del medico dopo essersi accertato che non ci siano fattori di rischio e sintomi di allarme, l'eventuale influenza che i fattori, come le infezioni intestinali e i maltrattamenti, possono avere sulle manifestazioni cliniche. Il medico dovrebbe ricordare che la violenza viene esercitata soprattutto in famiglia e che è rarissimo che venga rivelata. È quindi preferibile visitare la donna da sola e in un ambiente che rispetti la *privacy* dedicandole tutto il tempo necessario perché acquisti fiducia.



CONSIGLI ALLE DONNE E AI LORO MEDICI



PER LA DONNA

La donna dovrebbe tenere presente che:

- ◆ il primo passo per cominciare a stare meglio è prendere coscienza che i maltrattamenti, anche se non sono la causa dei suoi disturbi, hanno un effetto comunque negativo sulla sua salute, e già parlarne con il medico l'aiuterà a controllare meglio i sintomi;
- ◆ nella comunità ci sono strutture, come i centri di accoglienza per le donne, che possono aiutarla.

PER IL MEDICO

Il medico dovrebbe tenere presente:

- ◆ l'influenza che i fattori ambientali hanno sulle manifestazioni cliniche, soprattutto in presenza di un disturbo in cui non è riconoscibile una causa organica;
- ◆ che una donna corre il rischio di essere sottoposta a esami invasivi e interventi chirurgici spesso invalidanti, inutilmente.

Vi sono differenze tra i sessi?

Tra i due sessi non vi sono differenze strutturali, ma nel corso della vita il fegato può subire modificazioni funzionali. È noto in particolare che in corso di gravidanza gli estrogeni hanno plurimi e differenti effetti sul metabolismo epatico, sulla capacità di sintesi di proteine plasmatiche e sulla funzione secretoria. Si possono così trovare alcune modificazioni degli esami di laboratorio che dopo la gravidanza ritornano alla normalità.

Quali le patologie epatiche più frequenti?

Il fegato femminile è più vulnerabile alle situazioni di autoimmunità, cioè a quelle alterazioni della risposta immunitaria, che portano alla formazione di autoanticorpi, in grado di aggredire le cellule del fegato.

Per questo motivo vi sono due tipiche malattie che rientrano in questo capitolo: l'**epatite autoimmune**, che è un'inflammatione cronica del fegato, oggi facilmente diagnosticabile e curabile; e la **cirrosi biliare primitiva** che colpisce selettivamente le cellule dei dotti biliari ostacolando la secrezione biliare. Tipicamente quest'ultima malattia colpisce quasi esclusivamente le donne (con un rapporto di 9:1) e l'esordio avviene prevalentemente in epoca perimenopausale. Questo ha fatto pensare perciò all'interferenza di fattori ormonali, oltre che

immunologici, per spiegare la patogenesi. Oggi si sa che gli ormoni femminili, specie gli estrogeni, possono avere un ruolo nel favorire il danno, immunologicamente mediato, alle cellule del fegato.

Si parla allora di “patologie ormonali”?

No, perché sono solo ipotesi. No, perché non possiamo limitarci a valutare la salute di un organo nella donna guardando solo al suo rapporto con la funzione riproduttiva. Dobbiamo in ogni caso imparare a ragionare in modo più complesso e articolato intorno alla genesi di una patologia: dobbiamo sempre guardare alla complessità dell'interazione tra un organo e il sistema nervoso centrale e tra questo e l'ambiente esterno sia fisico sia psicosociale.

In questa interazione non ritroviamo solo fattori interni di malattia, ma anche importanti fattori ambientali, alimentari, comportamentali.

Quali sono questi altri fattori ?

- Non dimentichiamo che le donne più degli uomini sono consumatrici di farmaci. Il fegato è l'organo che metabolizza i farmaci e le sostanze tossiche; per questo motivo può subire un **danno da farmaci** che non sempre è evidente clinicamente. Infatti il meccanismo di danno da farmaci è solo in casi eccezionali dovuto alla dose eccessiva (effetto dose-dipendente); nella maggioranza dei casi il meccanismo del danno da farmaci è di tipo immuno-allergico. Ciò significa che basta una singola somministrazione di farmaco per determinare il danno epatico.

- Tra i tossici più conosciuti annoveriamo l'**alcool** che è uno dei fattori più importanti di danno epatico. La donna rispetto all'uomo ha meno capacità di detossificare l'alcool per molti motivi. Infatti la via metabolica principale è di tipo ossidativo: a conversione in acetaldeide (che è tossica), ad opera dell'enzima alcool-deidrogenasi. Questo processo inizia nello stomaco, dove l'alcool deidrogenasi già trasforma il 20% dell'etanolo (alcool). L'efficienza di questo enzima a livello gastrico è minore nella donna, ne risulta una minore tolleranza

della donna verso l'etanolo. La distribuzione dell'etanolo nei tessuti è inoltre influenzata anche dal loro contenuto di acqua. La donna che ha un diverso tenore corporeo di acqua, ha una aumentata durata di etanolo circolante.

Inoltre, in gravidanza, l'alcool si diffonde facilmente attraverso la placenta, e il feto ha capacità enzimatiche molto limitate. Ne deriva la raccomandazione di astenersi da bevande alcoliche durante la gravidanza, in particolare nel primo trimestre.

- Infine non dobbiamo dimenticare il superlavoro del fegato secondario ad un'**alimentazione** scorretta oppure a disturbi genetici del metabolismo degli zuccheri o dei grassi. Il sovrappeso, l'obesità, l'ipercolesterolemia, l'ipertrigliceridemia, il diabete possono avere ripercussioni a livello di vari organi ed apparati. Anche il fegato si può ammalare con l'accumulo di grassi all'interno delle sue cellule, condizione che va sotto il nome di *steatosi epatica*. Questa è una condizione per lo più benigna e in parte reversibile, se vengono corretti i fattori principali, ma può anche subire un progressivo peggioramento fino a determinarsi la presenza di cirrosi.

Qual è la attuale condizione di diffusione delle epatiti B e C?

EPATITE CRONICA DA VIRUS B (HBV)

Negli ultimi 20 anni l'epidemiologia dell'infezione da HBV è radicalmente cambiata in Italia. Attualmente la prevalenza dei portatori è inferiore all'1%, con una prevalenza maggiore nel sesso maschile. Questa riduzione dell'infezione è dovuta alle misure di profilassi e alle campagne educazionali: materiale a perdere per iniezioni, lavaggio e disinfezione degli strumenti, *screening* dei familiari di portatori cronici, sorveglianza e misure adottate negli ambienti a rischio; in minor misura anche all'introduzione della vaccinazione obbligatoria nel nostro paese.

L'infezione da HBV si trasmette per via parenterale, cioè: attraverso trasfusione di sangue o emoderivati infetti (ormai questa moda-

lità è inesistente nel nostro paese dal momento che le donazioni sono altamente controllate); trattamento emodialitico; scambi di siringhe e/o aghi contaminati con sangue infetto; microlesioni della cute e delle mucose, provocate da strumenti o da oggetti contaminati da sangue infetto (spazzolini da denti, forbici, oggetti per manicure e per pedicure, pettini, aghi, spilli, coltelli, ecc.); per via sessuale o per via perinatale (da madre a figlio).

EPATITE CRONICA DA VIRUS C (HCV)

L'epidemiologia dell'HCV è completamente diversa da quella dell'HBV. La possibilità di determinare nel siero gli anticorpi anti-HCV risale alla fine del 1989. Negli ultimi anni sono stati compiuti numerosi studi epidemiologici su popolazione generale, dai quali si evince che il tasso di portatori di anti-HCV in Italia è in media del 3.5%, ma aumenta progressivamente in età avanzata, tanto che, nei soggetti al di sopra di 65 anni, si riscontra una prevalenza di infetti del 25-35%. In questa fascia d'età si assiste ad una prevalenza maggiore di epatite nelle donne rispetto agli uomini.

Attualmente l'HCV è la principale causa di malattia cronica di fegato. La cronicizzazione dell'infezione acuta è molto alta (> al 80%), ma la gravità della malattia dipende da diverse cause (genetiche, cofattori di rischio quali coinfezione con altri virus epatitici, introito alcolico, alterazioni metaboliche, ecc.). L'epatite C viene contratta per contatto diretto, evidente o misconosciuto, con sangue proveniente da un portatore di virus. Il rischio di contagio è molto più basso di quello dell'epatite B per molte ragioni: perché le donazioni di sangue sono molto controllate, perché la trasmissione sessuale è rara e così pure la trasmissione verticale (madre-figlio).

Che cos'è la terapia con Interferone e come rispondono le donne alle cure?

La terapia con Interferone ha lo scopo di aiutare i meccanismi di difesa dell'organismo, laddove siano carenti, a eliminare il virus.

Viene usata pertanto nella cura dell'epatite cronica B, in monoterapia con dosaggi e durata diversi da quelli dell'epatite cronica C. In quest'ultimo caso l'Interferone viene usato in associazione con un altro farmaco, la Ribavirina, che agisce "bloccando" in parte il virus. Nelle cure con Interferone non c'è una diversa risposta nei due sessi e gli effetti collaterali sono sovrapponibili.

In particolare però per le donne vi è da considerare che l'Interferone è fattore di rischio per la patologia tiroidea, molto diffusa tra le donne, e soprattutto molto più diffusa tra le donne che non tra gli uomini.

Quali consigli dare alle donne con epatiti C/B sulla gestione della patologia e della loro vita?

Spesso la donna che scopre una infezione da virus epatitici presenta una situazione di ansia legata alla preoccupazione della malattia e del contagio. È bene che venga affidata a specialisti esperti del settore, per una accurata definizione dello stato di malattia. Esistono infatti i soggetti solo portatori dei virus epatitici, che vivono una situazione biologica di non malattia: o perché l'organismo non riconosce come estranee le particelle virali che ospita e di conseguenza non reagisce alla presenza del virus; o perché le difese dell'organismo non sono tali da bloccare i processi immunitari che portano all'eliminazione del virus.

Ci può essere altresì una condizione di malattia per cui è necessario fare ulteriori esami per definirne lo stadio e le eventuali possibilità terapeutiche. È importante che il medico di famiglia e lo specialista informino la donna sui comportamenti corretti da tenere, in modo da limitare il rischio di contagio.

Per quanto riguarda il virus B, oggi la vaccinazione dei familiari conviventi rende nulla la possibilità di contagio.

Per il virus C il rischio di contagio è molto raro, anche se si considera la trasmissione sessuale. In generale la donna, certa di non arrecare danni a chi gli sta accanto, può con serenità esplicitare le sue nor-

mali attività senza alcuna limitazione, nell'ambito del lavoro e della famiglia. È importante perciò che lavori con tranquillità, che viva serenamente, senza chiudersi in se stessa e senza aggravare dal punto di vista psicologico la sua situazione.

Il tumore epatico è frequente nelle donne?

No, il tumore del fegato è più frequente nel sesso maschile. Generalmente si instaura su un fegato già cirrotico e pertanto rappresenta la complicanza più grave di una cirrosi di vecchia data. Per questo motivo nei pazienti cirrotici si attua una prevenzione che consiste nell'eseguire, ogni 6 mesi, l'alfafetoproteina, che è un marcatore per l'individuazione di neoplasia epatica, e l'ecografia del fegato che ha lo scopo di scoprire eventuali noduli sospetti per epatocarcinoma.

La prevenzione delle patologie epatiche: che cosa fare?

La prevenzione **primaria** consiste nell'allontanare o neutralizzare le cause della malattia. Un esempio è rappresentato dalla vaccinazione contro il virus dell'epatite B. I soggetti che rispondono sviluppano anticorpi, che praticamente hanno una durata illimitata. È consigliabile inoltre la vaccinazione contro il virus dell'epatite A per i soggetti che si recano per vacanza o per lavoro nelle zone endemiche.

Anche alcuni comportamenti alimentari rientrano nella prevenzione primaria. L'unico alimento "tossico" per il fegato se assunto in quantità non adeguate è l'alcool.

La soglia di "sicurezza" è considerata 40 grammi di etanolo al giorno per i maschi e 20 grammi per le femmine. Ciò equivale in forma semplificata per la donna a due bicchieri di vino al giorno o a un bicchierino di superalcolico al giorno. Naturalmente, se il fegato è già ammalato per una qualsiasi causa, è bene astenersi completamente dalle bevande alcoliche, perché il fegato sarebbe costretto a un superlavoro.

Per quanto riguarda l'alimentazione, la prevenzione primaria delle

malattie metaboliche consiste nel mantenere un'alimentazione corretta ed equilibrata, evitando il sovrappeso o l'obesità. I soggetti con ipercolesterolemia, ipertrigliceridemia e diabete devono correggere con la dieta adeguata le alterazioni metaboliche ed eventualmente, se la sola dieta non è sufficiente, devono seguire un programma terapeutico.

Infine fa parte della prevenzione primaria evitare comportamenti scorretti o stili di vita che favoriscono la trasmissione di virus epatici: tossicodipendenza, tatuaggi, *piercing*, rapporti sessuali non protetti con persone a rischio.

La prevenzione **secondaria** consiste nella diagnosi precoce della malattia e soprattutto nel controllo della funzionalità epatica, là dove vi sia la necessità di assunzione di farmaci e ormoni che possono costituire problemi per il fegato.

- Poiché i farmaci possono rientrare nelle cause del danno epatico, la regola generale consiste nell'assumere eventuali trattamenti sotto stretta prescrizione medica.

- Nell'età fertile, in caso di terapia ormonale prescritta dal ginecologo, è opportuno valutare, prima del trattamento e dopo 1-2 mesi dall'inizio della cura, gli esami di funzionalità epatica. Se nel corso di esami di *routine* si scopre un'alterazione, è consigliabile rivolgersi al proprio medico ed eventualmente allo specialista per approfondire sul piano diagnostico la causa del danno epatico.

- In età menoapausale, in caso di terapia ormonale sostitutiva, va ricordato che i trattamenti ormonali vanno assunti con prudenza per le donne che hanno un fegato sano, ma possono costituire un problema, se vi è un danno epatico di qualsiasi natura. In questi casi è bene non sottoporre il fegato a un superlavoro.

Quali sono i problemi del fegato in gravidanza?

In gravidanza il fegato può ammalarsi di alcune condizioni peculiari che interessano solo questo particolare periodo: l'iperemesi gravidica, steatosi acuta della gravidanza, la colestasi intraepatica della gravidanza, la sindrome HELLP.

Iperemesi gravidica: è caratterizzata da vomito intrattabile, che inizia precocemente in gravidanza e la causa è sconosciuta. Si verifica con un'incidenza variabile tra 1 su 100 e 3 su 1.000 gravidanze. L'iperemesi può essere associata a disturbi metabolici, come l'obesità, od ormonali come l'ipertiroidismo. L'interessamento epatico è in genere modesto e si configura in un transitorio aumento di alcuni esami di laboratorio di funzione epatica. Il disturbo è molto fastidioso, talvolta occorre somministrare liquidi per via endovenosa, ma non è rischioso né per la madre né per il feto.

Steatosi acuta della gravidanza: è eccezionale in Italia, ed è dovuto a un particolare disturbo metabolico a trasmissione genetica. In alcuni casi può essere molto grave e manifestarsi con i segni dell'insufficienza epatica fino al coma. Può essere aggravato dall'uso di antibiotici o dalla denutrizione, come in certe zone del terzo mondo.

Colestasi della gravidanza: è una condizione a incidenza variabile (da noi è stimata intorno a 1: 3000-5.000 gravidanze), caratterizzata da prurito che compare nel terzo trimestre e si risolve spontaneamente con il parto. Ha un andamento familiare, poiché può trovarsi in altri membri di sesso femminile della stessa famiglia, tanto che c'è evidenza di trasmissione di tipo genetico, anche se le modalità di trasmissione non sono state chiarite in maniera definitiva. Poiché si verifica in soggetti predisposti geneticamente, tende a ripresentarsi nelle gravidanze successive. La prognosi è buona per la madre, poiché i sintomi si risolvono rapidamente dopo il parto, e si assiste ad una rapida normalizzazione degli esami bioumorali. Viene comunque segnalato un aumentato rischio di calcolosi della colecisti dopo la gravidanza. L'incidenza di complicanze ostetriche è, al contrario, abbastanza elevata. Globalmente c'è un rischio di sofferenza fetale, di mortalità fetale e di prematurità 5 volte più elevato rispetto alle gravidanze normali. La prevenzione di queste complicanze consiste in uno stretto monitoraggio della madre ed eventualmente nell'anticipare il parto con il cesareo.

Sindrome HELLP: (*Hemolysis, Elevated Liver Enzymes, Low Platelets*) è caratterizzata da anemia con riduzione della vita media dei globuli rossi, da elevati valori degli esami di funzione epatica e da calo delle piastrine. È una variante della gestosi, sindrome che è caratterizzata da ipertensione e danno renale. L'incidenza è bassa (0.2-0.6% delle gravidanze normali). Le cause sono complesse e si possono riassumere in un'alterazione dello sviluppo della placenta con ridotto afflusso di sangue e attivazione di sostanze, che portano alle manifestazioni cliniche di questa sindrome. La prognosi per la madre è abbastanza severa, per la possibilità di complicanze importanti, quali disturbi della coagulazione del sangue e insufficienza renale. Da qui la necessità di una stretta sorveglianza e l'impiego di terapie in ambiente ospedaliero.



CONSIGLI ALLE DONNE
E AI LORO MEDICI



Una donna con malattia epatica può intraprendere una gravidanza?

Non ci sono controindicazioni a una gravidanza nella stragrande maggioranza dei casi. Quasi tutte le malattie di fegato hanno un miglioramento durante la gravidanza, compresa l'epatite cronica da virus dell'epatite C.

Esistono problemi se la malattia di fegato è avanzata, nella fattispecie se ci troviamo in presenza di cirrosi, ma in questo caso è rara la possibilità di concepimento. Nei rari casi poi il decorso della gravidanza va sorvegliato attentamente sia dallo specialista ostetrico sia dall'epatologo, perché è presente un certo rischio di complicanze ostetriche.

Che cosa succede in gravidanza alle donne con malattia cronica virale?

Le donne con malattia cronica di fegato da virus epatitici possono portare a termine regolarmente una gravidanza. Anzi spesso in gravidanza si assiste a uno spontaneo miglioramento degli indici della funzione epatica. Durante la gravidanza è controindicata un'eventuale terapia antivirale; inoltre, quando alla paziente in età fertile viene prescritta una terapia di questo tipo per la cura della sua epatite cronica, è opportuno usare metodi contraccettivi non ormonali fino al completamento della cura.

Madre portatrice di virus dell'epatite B (HBsAg+): è stato documentato che la trasmissione del virus B avviene al momento del parto o subito dopo. Questo rischio è stato comunque definitivamente abbattuto, dal momento che in Italia sono stati resi obbligatori sia lo *screening* dell'HBsAg nelle gestanti, sia la vaccinazione nei neonati. La gravidanza ha sempre un decorso normale.

Madre portatrice di virus dell'epatite C (antiHCV+): la gravidanza ha sempre un decorso regolare. La madre trasmette passivamente al neonato l'anticorpo anti-HCV. Alla nascita quindi il bambino è anti-HCV positivo, ma questo non significa che si sia infettato. Questo anticorpo, infatti scende di titolo nei mesi successivi, e dal 6° al 12° mese scompare definitivamente. È necessario quindi che il bambino venga controllato dal pediatra, dopo la nascita, ogni 3 mesi fino alla scomparsa dell'anticorpo. La possibilità di infezione del bambino (che può avvenire solo dopo la nascita) è invece un evento rarissimo che interessa meno del 5% dei bambini, nati da madre anti-HCV positiva. Attualmente c'è la possibilità di scoprire con opportuni esami questa, se pur rara, eventualità.

Il problema è diverso se invece la madre, oltre ad essere anti-HCV positiva, presenta una coinfezione con il virus dell'immunodeficienza acquisita (HIV). In questo particolare caso la probabilità di infezione da HCV nel bambino sale al 20-25%.

Si può allattare se si è portatrici di virus B/C?

Il bambino, nato da madre portatrice di virus dell'epatite B (HBsAg positiva), che alla nascita ha ricevuto le immunoglobuline di protezione e la vaccinazione contro il virus dell'epatite B (che per legge si pratica a tutti i neonati), può essere allattato al seno. Nel caso di madri portatrici di virus dell'epatite C, la situazione va valutata da caso a caso: si consiglia perciò di attenersi alle prescrizioni del pediatra.

Infine, se si ha una patologia epatica, si può prendere la terapia sostitutiva ormonale in menopausa?

La terapia sostitutiva ormonale (TOS) non va assolutamente assunta se la donna ha un danno epatico severo da qualunque causa.

Altra controindicazione è la presenza di lesioni epatiche benigne già diagnosticate come adenomi o iperplasia nodulare focale, condizioni che possono aumentare di volume e di numero in presenza di terapia ormonale.

Se c'è una indicazione di tipo ginecologico in tal senso, è preferibile la via transdermica perchè in questo modo viene ridotto il carico di estrogeni che arriva al fegato e quindi le possibilità di effetti collaterali.

LA TIROIDE CHE SI AMMALA DI PIÙ È FEMMINILE

147

Che cosa è la tiroide?

La tiroide è una ghiandola endocrina posta alla base del collo. Secerne due tipi di ormoni, T3 (triiodotironina) e T4 (tiroxina), che influenzano i processi ossidativi cellulari. In tale modo la tiroide controlla praticamente l'attività di ogni organo, di ogni tessuto, di ogni cellula. In particolare sono regolati dalla tiroide il metabolismo, la frequenza cardiaca, il livello del colesterolo, il peso corporeo, il consumo energetico, la forza muscolare, la regolarità del ciclo femminile, il trofismo della cute e dei capelli, i processi cognitivi e la memoria.

La funzione tiroidea è regolata dal sistema nervoso centrale tramite l'ipotalamo e l'ipofisi. Quest'ultima, attraverso la secrezione dell'ormone tireotropo (tireotropina o TSH), stimola l'attività della tiroide con la produzione degli ormoni tiroidei.

Esiste poi un meccanismo di controregolazione della tiroide, per effetto del quale la T3 e la T4 possono controllare sia l'ipotalamo sia l'ipofisi. In tale modo il livello degli ormoni tiroidei si mantiene entro livelli costanti, che si definiscono fisiologici, e che si adeguano alle differenti condizioni dell'organismo. Lo iodio, un elemento essenziale per il funzionamento della tiroide, partecipa in maniera determinante al controllo della produzione e alla liberazione, nel circolo ematico, degli ormoni tiroidei, per cui è molto importante assicurarne un sufficiente apporto esterno.

Perché si ammala di più il sesso femminile?

La patologie della tiroide si presentano con un evidente e ben noto dimorfismo sessuale, cioè sono molto più frequenti nel sesso femminile, per cui le donne possono presentare disturbi alla tiroide, diagnosticati o in forma lieve (subclinica), 5-8 volte più spesso degli uomini. È pertanto logico ritenere che proprio l'ambiente ormonale estrogenico e la peculiare ciclicità delle variazioni ormonali possano essere coinvolti nel determinismo della maggiore prevalenza nel sesso femminile di patologia tiroidea.

Poiché fisiologiche modificazioni ormonali accompagnano tutta la vita della donna, a partire dalla pubertà fino alla senescenza, con particolare rilevanza nel periodo delle gravidanze, dell'allattamento e della menopausa, le patologie tiroidee sono presenti e sono più frequenti rispetto al sesso maschile praticamente in qualunque fascia di età. La comparsa preferenziale di malattie della tiroide nel sesso femminile trova spiegazione anche per un altro fattore determinante, che è inoltre anche esso strettamente correlato con l'ambiente ormonale femminile, e cioè la maggiore predisposizione delle donne ad ammalarsi di patologie autoimmuni in genere e di patologie autoimmuni della tiroide in particolare.

Quali sono le patologie tiroidee più diffuse?

Quando la tiroide si ammala, si può modificare la sua forma, per cui si può ingrandire (iperplasia o gozzo semplice), o può dar luogo a noduli, unici o multipli (gozzo multinodulare), e può associare a ciò, anche l'eccesso o il difetto della produzione ormonale.

◆ Noduli tiroidei sono presenti nel 5-10% della popolazione generale. Il motivo maggiore di preoccupazione è la possibilità che tali noduli possano essere sede di neoplasia maligna, dovendo procedere quindi all'intervento chirurgico. In realtà un nodulo tiroideo è un tumore maligno in una bassa percentuale di casi (1-5% delle casistiche) e pertanto l'asportazione indiscriminata dei noduli tiroidei non è

un approccio terapeutico appropriato. In caso di noduli tiroidei, sono invece necessarie alcune indagini, come un prelievo di sangue, l'ecografia e l'esame citologico dopo prelievo con agobiopsia, a volte anche la scintigrafia tiroidea, per definire la natura della lesione.

- ◆ Ipertiroidismo o ipotiroidismo indicano l'alterazione della produzione degli ormoni tiroidei, sotto forma di eccesso di produzione di ormoni (ipertiroidismo) o di carenza (ipotiroidismo).

- ◆ Spesso l'ipertiroidismo riconosce una causa autoimmune, cioè l'organismo stesso produce un anticorpo contro una sua parte - in questo caso la tiroide - e tale anticorpo accende in modo permanente e inappropriato la funzione della ghiandola.

- ◆ Altre volte anticorpi prodotti erroneamente contro la tiroide possono distruggere il tessuto tiroideo o possono interferire sulla produzione degli ormoni causando ipotiroidismo. In assoluto, tuttavia, la causa più comune di ipotiroidismo è l'asportazione chirurgica di una tiroide affetta da patologia.

- ◆ Le tiroiditi, cioè processi infiammatori che possono colpire il tessuto tiroideo, costituiscono quadri variabili, per durata ed entità, di disfunzione tiroidea. Anche le tiroiditi sono spesso causate o accompagnate dalla presenza degli anticorpi diretti contro la tiroide.

A quale età ci si ammala di più?

In pratica 1 donna su 8 può sviluppare una patologia tiroidea nell'arco della sua vita e, specialmente in caso di ipotiroidismo, tale probabilità aumenta con l'età. Infatti, mentre fino a 50 anni il 10% delle donne può presentare ipotiroidismo in forma lieve o subclinica, a 60 anni è il 17% ad essere ammalato di tale forma, contro il 9% degli uomini.

Per l'ipertiroidismo sono invece le donne più giovani, intorno ai 20-40 anni, a presentare più frequentemente tale patologia. Tuttavia, poiché le patologie tiroidee si accompagnano come si è già detto ai cambiamenti ormonali del ciclo biologico della donna, esse sono comunque presenti in tutte le tappe di vita, dall'adolescenza alla sene-

scenza. Particolarmente critico è comunque il periodo immediatamente vicino alle gravidanze poiché il 5-8% delle tireopatie si sviluppano entro 6 mesi dalla fine della gravidanza.

Quali in sintesi le cifre di questa prevalenza?

- ◆ Le donne soffrono di disturbi tiroidei da 5 a 8 volte più degli uomini.
- ◆ Approssimativamente una donna su otto sviluppa un disturbo tiroideo nel corso della vita.
- ◆ Dall'età di 60 anni il 17% di donne soffre di ipotiroidismo.
- ◆ Le donne, dal 5 all'8%, sviluppano un disturbo tiroideo dopo una gravidanza.

I dati ISTAT 2000 sulla percezione dello stato di salute nella popolazione indicano che:

- ◆ gli uomini presentano disturbi della tiroide nell'8,4 per mille e le donne nel 45,9 per mille;
- ◆ i disturbi tiroidei crescono progressivamente nelle varie fasce di età fino a raggiungere la massima diffusione nella fascia di età 55-64, specie per l'ipotiroidismo, per poi decrescere.

Quali sono i principali fattori di rischio?

La familiarità per patologia tiroidea, il sesso femminile e le gravidanze, la carenza di iodio e le radiazioni assorbite nella regione del collo possono essere considerati i principali fattori di rischio per le patologie tiroidee.

La predisposizione del sesso femminile per le patologie tiroidee è talmente importante che l'autorevole rivista americana *JAMA* consiglia che gli esami tiroidei rientrino come *test* periodico in alcune tipologie di pazienti, quali gli ipertesi, gli ipercolesterolemici, e le donne con età >35 anni.

In particolare, sono a rischio di ipotiroidismo le donne con più di 40 anni, oppure quelle che hanno avuto di recente una gravidanza (<6

mesi), con un precedente di patologia tiroidea o familiarità per la patologia tiroidea.

Sono invece a rischio di ipertiroidismo le donne tra 20-40 anni, che hanno avuto di recente una gravidanza (<6 mesi), e sempre con un precedente di patologia tiroidea o familiarità per patologia tiroidea.

Fattori di rischio specifici di tumore maligno della tiroide sono: la familiarità per tumore tiroideo, le radiazioni nella regione del collo; e per le donne si aggiunge l'età >60 anni.

Sono poi fortemente sospetti i noduli che si accrescono molto velocemente, anche in presenza di terapie specifiche, duri, fissi, che si associano a ingrossamento dei linfonodi del collo, che portano disturbi nella deglutizione dei cibi e nella respirazione o cambiamenti della voce.

Oltre gli ormoni vi sono anche agenti esterni che possono essere responsabili dell'aumento di queste patologie tiroidee?

Si è detto che la tiroide è sensibile alle variazioni estrogeniche. Ma non si può considerare, come si è già detto per le altre patologie, il ciclo fisiologico femminile un appropriato fattore di rischio. Esso al limite può costituire solo un fattore di vulnerabilità ovvero un terreno più esposto, rispetto a quello maschile, all'azione di altri fattori di rischio (carenza di iodio, autoimmunità, irradiazione nella regione del collo, fumo, ecc.).

Anche se gli studi eziologici e di rischio, carenza iodica e radiazioni a parte, sono poco sviluppati in questo campo, non si può non notare che tali patologie sono in crescita nella popolazione generale e in particolare tra le donne.

Ciò verosimilmente può avvenire anche a causa di:

- farmaci, come ad esempio:
- l'amiodarone, un antiaritmico molto usato perché molto valido,
- l'interferone per la cura di alcune forme di epatiti C)
- preparazioni farmaceutiche introdotte a scopo dimagrante e usate impropriamente;

- agenti esterni che interferiscono direttamente sulla tiroide o indirettamente attraverso alterazioni del ciclo ormonale. Tali agenti, che gli autori anglosassoni definiscono *endocrine disruptors*, cioè sostanze non ormonali interferenti sui processi endocrini, e i cui effetti sono attualmente oggetto di studio, possono essere di varia natura, da additivi alimentari, a pesticidi, a sostanze di origine vegetale, e il più delle volte sono dotati di effetti simil-estrogenici.

Un discorso a parte meritano invece *gli effetti delle radiazioni* sulle patologie tiroidee. Tali effetti erano già tristemente noti dopo le esplosioni delle bombe nucleari in Giappone nel 1945 e nelle isole Marshall negli Anni 60. Più recentemente in Bielorussia e Ucraina, dopo il disastro del reattore nucleare di Chernobyl nel 1986, è stato registrato un notevole e preoccupante aumento dei tumori maligni della tiroide, specialmente negli adolescenti, senza differenza tra i due sessi, riportando pertanto l'attenzione sull'inquinamento ambientale da materiale radioattivo, come temibile fattore di rischio di patologia tiroidea.

Come elementi del mondo psichico sottolineiamo l'importanza dello *stress* sulle patologie tiroidee in genere e in quelle mediate da un meccanismo autoimmune in particolare.

Come mai lo stress agisce sulla tiroide?

Ricordiamoci che la tiroide è coinvolta nel complesso funzionamento del sistema neuroendocrino, che è l'albero di trasmissione di tutte le stimolazioni che dal centro (sistema nervoso centrale) passano alla periferia. Anche attraverso la tiroide passano e si scaricano sollecitazioni continue che, se gravi o ripetute e croniche, ne possono alterare il funzionamento.

A Napoli, ricordiamo tutti che in occasione del terremoto dell'Ottanta vi fu una evidente impennata di casi con disturbi tiroidei, sollecitati possiamo dire dall'evento stressante "terremoto".

Viceversa un funzionamento squilibrato della tiroide per altri

motivi può creare problemi di funzionamento psichico, come sovraeccitamento nel caso dell'ipertiroidismo e apatia/letargia nel caso dell'ipotiroidismo. Tali alterazioni psichiche possono riguardare spesso le persone più anziane nelle quali il decorso lento e progressivo rende spesso più tardivo il riconoscimento e la cura della patologia tiroidea.

Come facciamo allora a distinguere quando si ammala la tiroide o quando si ammala la nostra psiche?

Interferenze tra mente e corpo sono inevitabili perché viviamo in una unità inscindibile, per cui se stiamo male fisicamente ne soffriamo anche psicologicamente e viceversa.

Detto questo cerchiamo di individuare i principali segnali specifici di un cattivo funzionamento della tiroide.

IPERTIROIDISMO	IPOTIROIDISMO
Dimagrimento ingiustificato	Aumento di peso lento e graduale
Palpitazioni	Rallentato battito cardiaco
Intolleranza al caldo e sudorazione	Intenso senso di freddo
Diarrea	Stitichezza
Occhi sporgenti o sbarrati	Gonfiore del viso
Ingrossamento del collo	Ingrossamento del collo

Una volta individuati questi problemi che cosa si fa?

Si segnalano allo specialista endocrinologo, direttamente o meglio attraverso l'aiuto del proprio medico curante, per cui verrà indicata una serie di accertamenti molto semplici, come un prelievo di sangue e l'ecografia, per stabilire in modo certo se vi è o meno una qualche alterazione della tiroide.

Quali le terapie consigliate?

Se la tiroide presenta noduli senza associata iperfunzione, oppure

funziona troppo poco, sono indicati come terapia gli ormoni tiroidei, con differenti dosaggi a seconda dei casi, per ottenere o il contenimento della crescita dei noduli o la correzione della diminuzione dei livelli ormonali nel sangue.

Se invece la tiroide funziona troppo, è necessario utilizzare farmaci che ne riducano l'attività, bloccando il meccanismo di formazione degli ormoni all'interno della tiroide. In alcuni casi, e in tutti quelli di neoplasia maligna, è necessario ricorrere invece all'intervento chirurgico.

Una terapia con iodio radioattivo si può praticare in caso di iperfunzione tiroidea, come alternativa all'intervento chirurgico, oppure va effettuata sempre in caso di tumore maligno della tiroide, come complemento della terapia ablativa effettuata con l'intervento chirurgico.

In caso di gozzo semplice, va invece raccomandato l'uso del sale iodato, specie nelle adolescenti e, ancora maggiormente, nelle gravide e nelle puerpere, per permettere i fisiologici adattamenti funzionali della tiroide, necessari anche al buon andamento della gravidanza e allo sviluppo del bambino.

Quali sono le controindicazioni per le terapie con gli ormoni tiroidei?

Durante la gravidanza, l'allattamento e la menopausa, le terapie con gli ormoni tiroidei non sono controindicate, ma vanno attentamente controllate e seguite dallo specialista. Analogamente, non c'è una controindicazione assoluta per i farmaci antitiroidei in gravidanza e in allattamento, perché l'ipertiroidismo deve essere comunque corretto, ma il monitoraggio delle pazienti deve essere effettuato con particolare competenza.

Effetti collaterali sono possibili, come le allergie o le intolleranze gastriche ed epatiche causate dai farmaci che "spengono" la tiroide (antitiroidei); oppure sono possibili effetti: sulla frequenza cardiaca, la perdita di calcio dalle ossa (osteoporosi), l'ansia e il nervosismo.

Ancora in questi casi è importante il monitoraggio attento dello specialista che consiglierà i dosaggi più opportuni e i controlli clinici e di laboratorio più opportuni, per riconoscere e prevenire l'insorgenza di tali problemi.

Vi è qualcosa da fare per prevenire i disturbi della tiroide?

A parte ogni inevitabile discorso relativo all'acquisizione di uno stile di vita senza eccessivi *stress*, soprattutto *stress* cronici, associato a un dieta equilibrata; a proposito di tiroide si può fare in particolare qualcosa di più specifico e di semplice, ma che è tuttavia ancora poco diffuso: l'uso del sale iodato nell'alimentazione. Lo iodio è l'elemento essenziale perché la tiroide possa produrre i suoi ormoni. La carenza di iodio è la principale causa di patologia tiroidea in tutto il mondo. La Campania ad esempio, come tutto il territorio nazionale, è caratterizzata da una modica carenza di iodio. Lo iodio è contenuto in molti alimenti di derivazione marina ed è inoltre facilmente disponibile sotto forma di sale iodato, cioè con aggiunta di iodio, che si può acquistare anche nei supermercati. Recentemente sono state condotte campagne di informazione per favorire l'uso del sale iodato allo scopo di limitare l'insorgenza del gozzo, in associazione a *screening* su campioni di ragazzi in età puberale, per la diagnosi precoce e la stima delle prevalenze delle patologie tiroidee.

PER CHI VUOLE APPROFONDIRE L'ARGOMENTO

È possibile ottenere ulteriori informazioni consultando il sito del Ministero della Salute:
www.salute.gov.it/linkssanita/alimvet/alimnut/dietetica/nutriz/sale... oppure l'International Council for Control of Iodine Deficiency Disorders consultando il sito:
ICCID@virginia.edu.

E le tiroiditi autoimmuni che cosa sono?

È già stato ricordato come spesso nel sangue siano presenti anticorpi particolari, che invece di proteggere l'organismo ne attaccano

delle parti. È questo il caso delle tiroiditi autoimmuni. Come è stato già detto le tiroiditi colpiscono preferenzialmente il sesso femminile, con un rapporto femmine/maschi di 8 a 1.

Le domande frequenti sono: come si formano gli anticorpi contro la tiroide? La tiroide può guarire? Si possono danneggiare altri organi? La risposta alla prima domanda si rifà alla predisposizione del sesso femminile alle patologie autoimmuni, cioè legate alla formazione di anticorpi diretti erroneamente verso organi propri, delle quali le tiroiditi sono un esempio. La spiegazione è molto complessa, in parte ancora non completamente conosciuta, e risiede in alterazioni del sistema immunitario con una sorta di iperattività delle risposte immunitarie. Queste patologie generalmente non guariscono mai completamente, ma spesso possono avere delle fasi, anche lunghe, in cui non si manifestano.

Gli anticorpi diretti verso la tiroide colpiscono solo ed esclusivamente la tiroide, senza danneggiare altri organi. Tuttavia possono coesistere altre forme di anticorpi diretti verso altri organi, come differente espressione della stessa alterazione del sistema immunitario, con patologie diverse a carico di altri organi endocrini e comunque altre parti del corpo, come il *Lupus*, l'artrite reumatoide o il diabete insulino-dipendente.

Come si diagnosticano, quali effetti hanno e come si curano le tiroiditi autoimmuni?

La patologia autoimmune si manifesta con ipotiroidismo, ipertiroidismo o anche semplicemente con modificazione del volume della tiroide e/o formazione di noduli.

Alterazioni anche minime della funzione tiroidea causate dagli anticorpi possono indurre disturbi del ciclo femminile, della fertilità, con abortività anche ripetuta, e incidere sullo sviluppo del feto, che nelle primissime fasi è largamente dipendente dalla tiroide della madre. Ed è ancora meno noto che tra le patologie autoimmuni associate alle tiroiditi si riscontra, con relativa maggiore frequenza, la

malattia celiaca, una intolleranza al glutine che nel bambino dà luogo ad una grave forma di malassorbimento.

È quindi utile in caso di tiroidite operare una terapia appropriata, che varia a seconda del disturbo della funzione tiroidea associato o meno alla tiroidite, con periodici controlli della funzionalità tiroidea.

Una patologia della tiroide è fattore di rischio per quali altre patologie?

Cuore, ossa, peso corporeo, attività ciclica ovarica e attività del sistema nervoso, centrale e periferico, sono comuni bersagli preferenziali del cattivo funzionamento della tiroide. Particolare attenzione va posta nella valutazione della funzionalità cardiaca, dell'osteoporosi, della composizione corporea, ricordando che interagendo la tiroide con ogni struttura dell'organismo, l'esame clinico per valutare patologie associate deve essere particolarmente accurato.



CONSIGLI ALLE DONNE E AI LORO MEDICI



Non si può non ribadire ancora che il corretto uso del sale iodato costituisce il cardine per la prevenzione delle patologie tiroidee. Infatti, nonostante le molteplici campagne di informazione condotte su tutto il territorio nazionale, il messaggio non sembra aver raggiunto sufficientemente la popolazione.

Uno studio recentemente condotto presso il Dipartimento di Ostetricia e Ginecologia dell'Università Federico II di Napoli, su di un campione di donne gravide, ha dimostrato che anche e soprattutto in questa delicata fase della vita della donna esistono e persistono pregiudizi legati all'assunzione del sale iodato. Si è verificato infatti come ad esempio il consiglio appropriato, dato alle donne in gravi-

danza, di limitare l'uso del sale nell'alimentazione, fosse inappropriatamente recepito dalle pazienti ed esteso anche alla limitazione-abolizione di quello iodato.

Ancora in tema di rapporti tiroide-iodio, ma sul versante opposto dell'eccesso di iodio, è sempre utile ricordare come l'amiodarone, un utilissimo farmaco antiaritmico, porta nella sua molecola una grande quantità di iodio che, a sua volta, può anche danneggiare la tiroide. Pertanto, frequenti controlli tiroidei devono essere consigliati a chi assume questo farmaco, specialmente nelle nostre regioni, dove la modica carenza di iodio rende le tiroidi più vulnerabili all'eccessivo carico di iodio indotto dall'amiodarone.

Analogamente bisogna segnalare che alcuni preparati, utilizzati a scopo dimagrante, contengono iodio o addirittura ormoni tiroidei, con importanti ripercussioni sulla tiroide, delle quali gli utenti, più spesso donne, non sono assolutamente a conoscenza.

Infine è appropriato consigliare a tutte le donne uno *screening* della funzione tiroidea con un prelievo di sangue, specie in presenza di fattori di rischio associati, o in particolari fasi della vita come la gravidanza e la menopausa.

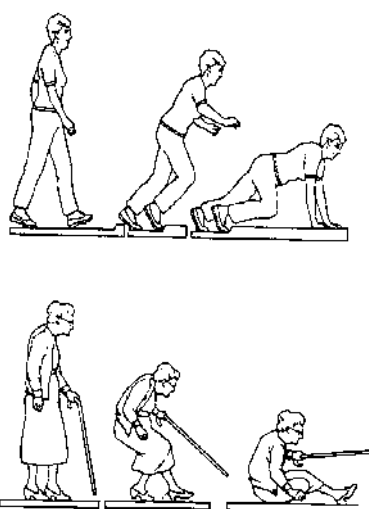
In fondo si può dire, parafrasando uno degli *slogan* utilizzati per la campagna di prevenzione del gozzo con il sale iodato: "con un pizzico di salute, anzi di sangue, si possono riconoscere e prevenire tanti problemi".

Che cosa è l'osteoporosi?

L'osteoporosi è una malattia dell'osso caratterizzata da un minor contenuto di calcio e da un deterioramento della struttura microscopica dell'osso; questi fattori ne determinano un aumento della fragilità e della possibilità di fratture. L'osteoporosi non è una malattia acuta, non si verifica da un giorno all'altro, in particolare non si diventa osteoporotiche il mese dopo aver saltato una mestruazione!

Perché è importante prevenirla?

L'osteoporosi è importante perché è un fattore di rischio per le fratture: le fratture di polso di solito si verificano in età più giovanile, cioè tra i 60-65 anni, in relazione alle diverse modalità di caduta del giovane rispetto all'anziano, che più facilmente si frattura il femore (l'85% dopo i 75 anni). Le fratture della colonna vertebrale invece possono essere postmenopausali o senili, verificarsi cioè prima o dopo i 75 anni. Spesso sono asintomatiche: possiamo momentaneamente non accorgercene, ma a lungo andare porta-



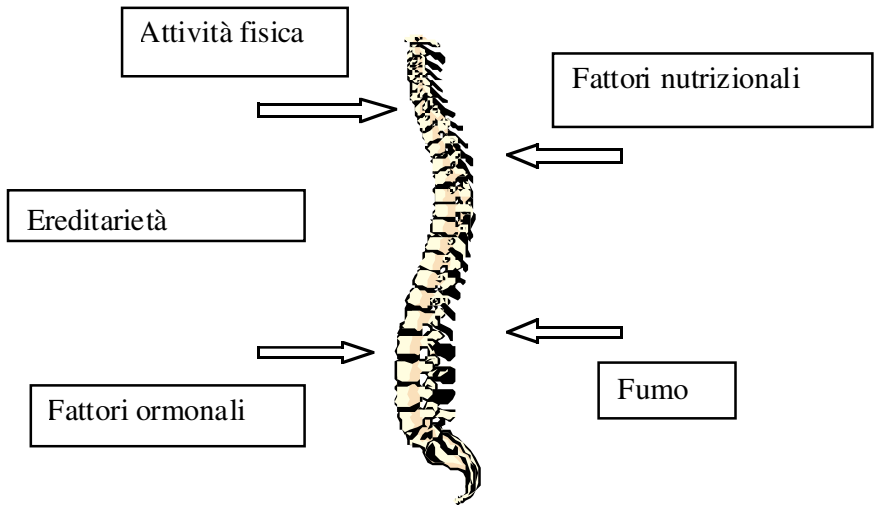
DIVERSA MODALITÀ DI CADUTA NEL GIOVANE E NELL'ANZIANO

no ad una inevitabile deformazione della schiena che si incurva progressivamente.

Questo può mano a mano provocare difficoltà respiratorie, che si sommano a quelle già fisiologicamente presenti nell'anziano.

Come si può prevenire l'osteoporosi?

L'osteoporosi è una patologia che si può prevenire fin dalla prima crescita: infatti l'osso risente di diversi fattori:



Su alcuni di questi, come l'ereditarietà, non è possibile influire, ma sugli altri possiamo fare molto.

In uno studio condotto in Norvegia su donne di età >70 anni il rischio di frattura dell'anca era statisticamente correlato con la ridotta assunzione di cibo e la riduzione di peso corporeo nell'anno precedente. Inoltre deficit di vitamine e di micronutrienti (Vitamina D, Vitamina K) sono correlati con l'accelerata perdita di tessuto osseo età-dipendente, aumentando la fragilità ossea e la tendenza a cadere (instabilità).

DECALOGO DELL'OSTEOPOROSI

161

1. MANGIAMO ALMENO 1000 MG DI CALCIO AL GIORNO!!

QUESTI ALIMENTI
CONTENGONO 500 MG
DI CALCIO

- 500 ml di latte
- 125 g di mozzarella di bufala o vacca
- 100 g di stracchino
- 400 g di yogurt
- 50 g di pecorino stagionato
- 5 arance intere (1 Kg)
- 600 g di spinaci
- 200 g di mandorle

È preferibile frazionare l'introito in più pasti in modo da migliorare l'assorbimento del Calcio e diminuire la sua escrezione urinaria.

È meglio non associarlo con bibite gasate o contenenti teina o caffeina che provocano una forte eliminazione urinaria di Calcio

2. L'ACQUA CONTIENE
CALCIO!

Bevendo 2 litri d'acqua minerale ad alto contenuto di calcio durante il giorno si assumono più di 600 mg di calcio.

CALCIO

Acqua del rubinetto Brescia	82 mg/L
Acque oligominerali (Levissima, Panna, Vera, Rocchetta...)	da 20 a 60 mg/L
Acque minerali	
● Uliveto	190 mg/L
● Sangemini	328 mg/L
● Ferrarelle	360 mg/L

3. FACCIAMO PIÙ ATTIVITÀ FISICA !

L'attività fisica migliora l'acquisizione di calcio e aumenta il picco di massa ossea cioè la massima massa ossea che viene raggiunta verso i 25 anni. Esponendosi al sole, inoltre, si aumenta l'attività della vitamina D, indispensabile per le ossa.

LE ATTIVITÀ FISICHE PIÙ
RACCOMANDATE:

sono camminare, correre,
ginnastica aerobica, sport
campestri e il ballo

ALL'APERTO

4. IL FUMO RIDUCE L'ASSORBIMENTO DI CALCIO E ANTICIPA L'ETÀ DELLA MENOPAUSA



5. LE MESTRUAZIONI DEVONO ESSERE REGOLARI!

La prolungata carenza di estrogeni provoca un aumento del riassorbimento di Calcio a livello delle ossa, che si impoveriscono e possono diventare più fragili. È necessario evitare situazioni che causino un'assenza prolungata delle mestruazioni a qualsiasi età prima della menopausa (diete severe, eccessiva attività sportiva, farmaci che interferiscono con l'attività ormonale...), e curarle se si verificano.

6. NON TUTTE LE DONNE IN MENOPAUSA DIVENTANO OSTEOPOROTICHE

La perdita di Calcio dipende dal patrimonio iniziale: più Calcio avremo accumulato prima meno facilmente saremo carenti, poi...

Iniziamo perciò la prevenzione fin dall'adolescenza.

7. ESSERE TROPPO MAGRE NON È BELLO !

La magrezza è un forte fattore di rischio per osteoporosi. Questo non significa che è bello essere obese, ma che l'eccessiva magrezza è un danno sia nell'adolescente sia nella donna matura e anziana, che tra l'altro, nella caduta, manca del pannicolo adiposo protettivo per diminuire le probabilità di frattura del femore.

8. MAMMA FRATTURATA? AHI AHI AHI!

Se ci sono state fratture tra i familiari (madre o sorelle), in particolare negli anni di poco successivi la menopausa, o se abbiamo già subito una frattura, siamo più a rischio di fratture anche da piccolo trauma. In questo caso la migliore prevenzione è evitare i fattori di

rischio per la caduta soprattutto in casa: tappeti, pavimenti sdruciolevoli, stanze poco illuminate, oggetti che ostacolano il cammino...

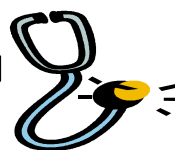
9. ESEGUIRE LA DENSITOMETRIA OSSEA NON PREVIENE L'OSTEOPOROSI!

La Densitometria ossea è un esame che valuta la densità minerale delle ossa. Non è obbligatorio eseguirlo non appena si è in menopausa, ma è utile SOLO in certe circostanze che già vi inquadrano in una situazione di rischio (per esempio la magrezza o una precedente frattura). Invece è consigliabile farla dopo i 65 anni, età già di per sé pericolosa per le fratture.

10. ESISTONO DIVERSE TERAPIE UTILI PER L'OSTEOPOROSI, MA ESSE VANNO INTRAPRESE IN CASI SELEZIONATI E IN GENERE CONTINUE A LUNGO

La scelta se iniziare una terapia per l'osteoporosi dipende da molti fattori che il vostro medico valuterà accuratamente anche in previsione del fatto che esse vanno continuate per molto tempo. Ci sono inoltre patologie per cui i farmaci rientrano nella Classe A (sono cioè mutuabili), mentre non lo sono per la sola presenza dell'osteoporosi.

QUALI SONO I COMPITI DEL MEDICO DI FAMIGLIA?



I – EFFETTUARE LA PREVENZIONE PRIMARIA DELL'OSTEOPOROSI:

- ◆ controllando le condizioni permettenti un raggiungimento ed una conservazione ottimale del picco di massa ossea;
- ◆ diagnosticando precocemente e trattando i *deficit* estrogenici e la menopausa precoce;
- ◆ controllando le terapie osteopenizzanti;
- ◆ facendo apprendere abitudini e stili di vita corretti in ogni fascia di età.

2- INDIVIDUARE LE PERSONE A RISCHIO DI OSTEOPOROSI E DI FRATTURA:

- ◆ valutando i fattori di rischio e non rischio;
- ◆ facendo un uso mirato della densitometria ossea e dei *bio-marker* ossei;
- ◆ identificando gli anziani a rischio di caduta.

3- CORRELARE I FATTORI DI RISCHIO EVIDENZIATI ALLA PROBABILITÀ DI FRATTURA, QUINDI PIANIFICARE, ATTUARE E CONTROLLARE NEL TEMPO UN TRATTAMENTO PERSONALIZZATO PER RIDURRE IL RISCHIO DI FRATTURA:

- ◆ valutando costo-beneficio e costo-efficacia in relazione all'età, all'aspettativa di vita e alla probabilità di prevenire una frattura, e informando adeguatamente il/la paziente;
- ◆ definendo e attuando delle strategie non farmacologiche atte alla riduzione del rischio di frattura;
- ◆ scegliendo razionalmente il farmaco adeguato;
- ◆ monitorando la terapia farmacologica e rivalutando costantemente nel tempo gli obiettivi del trattamento.

Quali sono i fattori di rischio per l'osteoporosi?

- - Pregressa frattura
- - familiarità per fratture
- - sesso femminile
- - età avanzata
- - costituzione minuta
- - magrezza
- - menopausa precoce, specie se chirurgica
- - periodi di ipoestrogenismo durante l'età fertile
- - vita sedentaria con ridotta attività motoria, immobilizzazione
- - carenza di calcio nella dieta e scarso apporto proteico
- - abuso di alcool e caffè
- - scarsa esposizione al sole
- - farmaci osteopenizzanti (glicocorticoidi, anticonvulsivanti, etc)

- - alterazioni assorbimento intestinale di calcio: antiacidi, diete iperproteiche, diete vegetariane, malassorbimento, ecc.
- - abuso di fumo di sigaretta
- - pregresse fratture
- - stati morbosi osteopenizzanti: ipertiroidismo, iperparatiroidismo, ipercorticismo, ipogonadismo, artrite reumatoide, ecc.
- - evidenza radiologica di osteopenia.

Che cosa deve ricordare il medico?

☞ Che la densitometria ossea non è un esame di *screening* in menopausa!!!

☞ Che essa serve per predire il rischio di frattura e quindi va richiesta solo in presenza di fattori di rischio.

☞ Che l'osteoporosi non è dovuta sempre e solo alla carenza ormonale della menopausa, ma risente di fattori precedenti e ne vanno comunque indagate a fondo le cause.

☞ Che ci sono molte terapie valide per l'osteoporosi, ma che la scelta di trattare farmacologicamente va ponderata accuratamente e concordata con le pazienti, tenendo conto della lunghezza del trattamento e degli effetti collaterali.

☞ Che l'osteoporosi va soprattutto prevenuta mettendo in atto tutte le strategie atte a stimolare un ottimale raggiungimento del picco di massa ossea e ad evitare la perdita di calcio durante l'età matura.

LE MALATTIE DELLE DONNE TRA VECCHI PREGIUDIZI E NUOVE EVIDENZE

IL CORPO SESSUATO

9. TUMORE AL SENO:

UNA BATTAGLIA A TUTTO CAMPO CONTRO IL PREGIUDIZIO

La medicina oncologica al femminile quali pregiudizi nasconde?
Quali sono le cifre del tumore mammario?
Cosa mettiamo dentro la grande pentola dei fattori ambientali?
Cosa si può dire della prevenzione?

10. NOBILTÀ E MISERIA DELL'UTERO:

IMPARIAMO A DARE IL GIUSTO PESO A QUESTO ORGANO

L'utero serve solo per la riproduzione?
L'isterectomia è una pratica molto diffusa?
È un intervento innocuo?
Esiste una prevenzione delle patologie dell'utero che non sia solo la diagnosi precoce?

11. SESSO A RISCHIO: LA PREVENZIONE DELL'AIDS

In Italia quali sono i dati?
Quali donne sono "categoria a rischio"?
Quanta parte hanno i fattori psico-sociali nei comportamenti a rischio assunti dalle donne?

12. CHI HA PAURA DELLA MENOPAUSA?

IL LUNGO VIAGGIO DELLA DONNA TRA MOLTI PREGIUDIZI E POCHE CERTEZZE

Cos'è realmente la menopausa?
Le patologie attribuite alla menopausa sono una realtà o un pregiudizio?
Cosa bisogna fare in menopausa?
Qual è il percorso medico da seguire con le donne in menopausa?

TUMORE AL SENO: UNA BATTAGLIA A TUTTO CAMPO CONTRO IL PREGIUDIZIO

169

La medicina oncologica al femminile quali pregiudizi nasconde?

Questa medicina non prescinde dalla cultura oggi prodotta, dai comportamenti sociali e dai condizionamenti inconsapevoli. Ad una attenta analisi su *come* abbiamo finora impostato la prevenzione, la ricerca delle cause e la terapia in senologia si evince il condizionamento di genere: esiste una preponderante visione biologica - intimista e internalizzata - poco correlata con le dinamiche relazionali esterne.

Pur non essendo tuttora chiara l'eziopatogenesi dei tumori al seno, si punta infatti sulla fisiologia ormonale, sul valore della fase riproduttiva, sulla menopausa, sulle variabilità 'umorali' seriche (estrogeni, androgeni) e su quelle psichiche ad essa legate (passioni ed emozioni), avulse dal *sensò* che le donne attribuiscono alle loro relazioni e al quotidiano lavoro di cura e di produzione.

Come la società, così la medicina non ci permette ancora di far scendere in terra le donne-pazienti integrando i loro gesti quotidiani, la loro biografia terrena nella loro biologia proiettandole sulla scena del mondo ancora come s-oggetti tabù: donne creatrici e mortifere, grandi madri e potenti matrigne, oggetti d'attrazione e di rifiuto. E le donne - pur facendo grossi passi per esserci concretamente - sono ancora prigioniere del sogno... e spesso in-pazienti.

Quali sono le cifre del tumore mammario?

In Italia ci sono all'incirca 400.000 donne che vivono dopo essere state curate per un tumore mammario (TM). Ogni anno 40.000 donne si sentono formulare questa diagnosi: 10.000 hanno una età inferiore ai 50 anni, 15.000 un'età tra i 50 ed i 70, le restanti un'età più avanzata. In termini più comprensibili possiamo pensare che (grosso modo e in eccesso) 10 su 100 di noi si ammaleranno nel corso della loro vita di tumore al seno (tasso di incidenza cumulativo 10%); 2-3 di noi si ammaleranno prima dei 50 anni; 7-8 di noi dopo i 50. Come per tutti i tumori epiteliali, l'incidenza del TM aumenta con l'età. La curva va in salita esponenziale fino ai 50 anni, poi si prende una pausa... nella età meno - pausale e torna a risalire lentamente con l'andare degli anni.

Si è data finora molta importanza a questa pausa nella curva dell'incidenza che coincide con lo sbilanciamento dei nostri ormoni, per dare credito ai fattori di rischio ormonali, ma ora il setacciamento della popolazione (*screening*), per trovare tumori in stato iniziale, ci dimostra che i tumori non palpabili sono già in atto in età fertile. In linea di massima il tumore è meno presente nelle età giovanili dove risulta più aggressivo, più frequente e più lento invece nelle età più avanzate. In entrambe le situazioni in molti casi le cure risultano efficaci: infatti mediamente 70 donne su 100 vivono dopo la diagnosi e le cure per questa malattia e non muoiono per questa ragione: molte non hanno più alcun problema fisico, altre devono ricorrere a cure episodiche o durature per la presenza di recidive o metastasi. Nella maggior parte dei casi, rispetto a questa esperienza, la qualità di vita - una volta affrontato il periodo delle cure - risulta buona e intensa.

Grazie alla diagnosi precoce, alle terapie combinate (chirurgia-radio-chemio ed ormonoterapia) e al corredo di rinforzo con approcci complementari, la prognosi è andata migliorando, soprattutto per le donne del Nord. La disuguaglianza dell'aspettativa di vita tra Nord e Sud del Paese passa dal Sistema sanitario, che è ancora deficitario al Sud per ragioni economiche, culturali e organizzative. A favore del Sud c'è che le donne... si ammalano meno di TM!

Che cosa si può dire della prevenzione?

Nel campo dei tumori si usa il termine prevenzione senza specificare se è primaria, secondaria o terziaria. La prevenzione primaria va alla ricerca delle cause di insorgenza del tumore e cerca di eliminarle; la prevenzione secondaria vuole trovare tumori piccoli in stadio ancora non svelato dai sintomi e va intesa come diagnostica precoce (medicina predittiva); la terziaria cerca di anticipare gli esiti della malattia (medicina riabilitativa).

La prevenzione primaria è ancora nella fase dell'osservazione epidemiologica.

Franco Berrino con i suoi collaboratori, un gruppo di epidemiologi che ha sempre lavorato con passione, etica, professionalità per trovare i nessi tra le varie cause ipotizzate del tumore al seno, sostiene che: *“molti fattori di rischio noti per il carcinoma mammario non sono altro che variabili associate a una o più costellazioni causali la cui natura ci sfugge. Più che fattori sono indicatori di rischio e non vi è da attendersi che la loro modificazione porti necessariamente a modifiche dell'incidenza”*.

Con queste premesse... la ricerca dei fattori di rischio si è focalizzata soprattutto sulla teoria ormono - centrica! Un fattore diventa possibile causa di malattia se presenta un rischio relativo (RR) di circa 10. Per il TM c'è solo un RR superiore a 10 e si riscontra nelle donne che hanno ereditato specifiche mutazioni geniche.

Al momento attuale sappiamo che il rischio genetico si trova nel 5% delle donne che si ammalano di TM; probabilmente sono quelle donne in cui il TM insorge in età giovanile, magari in tutti e due i seni, in una famiglia che registra nelle sue generazioni un'alta frequenza di donne con tumore al seno.

E tutte le altre? Perché si ammalano?

La FONCAM (Forza Operativa Nazionale del Cancro della Mammella del CNR) che dà le linee guida al Paese fornisce questo elenco di possibili indicatori.

- *Indicatori demografici e sociologici*: età; popolazioni occidentali ricche; classi socioculturali agiate; migrazione in paesi ricchi in età prepubere o puberale.
- *Fattori costituzionali, fisiologici e riproduttivi*: famiglie ad alto rischio; elevato peso alla nascita; menarca precoce; statura elevata; nulliparità; primigravidanza tardiva; età ai figli successivi; mancanza di latte o allattamento breve; età alla menopausa; obesità o sovrappeso in menopausa; elevati livelli sierici di testosterone e di estradiolo e bassi livelli di SHBG in menopausa; la gravidanza aumenta il rischio per alcuni anni ma poi prevale l'effetto preventivo.
- *Fattori ambientali*: radiazioni ionizzanti (specie in età prepubere o puberale); terapie ormonali per la menopausa; contraccettivi orali; dieta ricca (specie in età prepubere o puberale); scarsa attività fisica (specie in età giovane); consumo di alcool; dieta povera di frutta, verdura e fitoestrogeni.

Questo è un elenco molto succinto, che cosa si può dire di più specifico per il tumore alla mammella riguardo ai fattori ambientali?

I fattori ambientali si dimostrano indicatori importanti di rischio. Analizzando meglio l'incidenza del TM per aree geografiche si osserva che il numero di nuovi tumori insorti in un anno è più alto nei paesi più sviluppati (vedi il Nord America e l'Europa occidentale) ed è 10 volte più bassa nei paesi del cosiddetto terzo mondo.

L'Italia presenta una incidenza inferiore alla media dei paesi sviluppati, ma le donne si ammalano nel corso della vita di più nel Nord (7-8 per 100) e meno nel Sud (5-6 per 100). Il fenomeno migratorio ci conferma l'importanza dei fattori ambientali nello sviluppo del TM: le donne che provengono da paesi, in cui l'incidenza di TM è bassa, emigrate giovani nei paesi ad alto rischio, si ammalano di TM con la stessa incidenza delle donne dei paesi in cui si sono stabilite.

Ma che cosa mettiamo dentro la grande pentola dei fattori ambientali?

Sempre Berrino e collaboratori precisano che i fattori ambientali sono da intendersi come fattori fisici, economici, culturali e psichici. Questa visione omnicomprensiva si perde tuttavia nella ricerca analitica.

Ci sono studi sulle cause fisiche che dimostrano una maggior incidenza di TM in donne:

- giovani che sono state esposte a radiazioni ionizzanti nel periodo della pubertà. Nelle giapponesi, che avevano meno di dieci anni al momento dello scoppio della bomba atomica, si è osservata nel corso della loro vita una incidenza 4-5 volte maggiore di TM rispetto alle donne adulte esposte alle stesse radiazioni;
- lavoratrici a contatto con sostanze chimiche, come gli idrocarburi aromatici policiclici (es. il benzopirene, che si trova nel catrame di carbon fossile e che ha creato tanti cancro della pelle negli spazzacamini), i n-nitroso composti e le ammine eterocicliche, pesticidi e diserbanti.
- lavoratrici in ambienti esposti ai *campi elettromagnetici*.

E che cosa possiamo dire sugli stili di vita?

Gli studi sulla alimentazione e il movimento sono estensibili a molte altre patologie (ad es. a quelle cardiovascolari) che coinvolgono ambedue i generi. Ma in questo caso gli studi sull'alimentazione vengono ricondotti alla teoria ormono centrica.

Questa teoria ci dice che i principali ormoni coinvolti nel rischio di TM, direttamente o attraverso la loro aromatizzazione in estrogeni, sono gli androgeni. Oggi anche l'insulina sarebbe coinvolta nel gioco, per la sua azione sull' SHBG, una globulina sessuale, che si lega agli ormoni e così facendo non li renderebbe pericolosi per gli organi bersaglio (in questo caso il seno). Dunque le donne che presentano alti livelli di testosterone ed estrogeni, soprattutto in frazioni libere non

legate alla SHBG che ne regola la disponibilità, si vedrebbero aumentare il rischio di sviluppare un TM in menopausa (il rischio si eleva da 0,1 a 7 volte).

Gli studi sull'attività fisica si focalizzano sui tumori al seno che insorgono in età giovane. L'attività sportiva espressa soprattutto nell'adolescenza sarebbe un fattore protettivo di questi TM. Ma efficace risulterebbe anche un'attività fisica quotidiana. L'attività fisica (quale? Certamente quella che ci distoglie dai pensieri e dalle frustrazioni, perché di attività fisica quotidiana le donne ne fanno assai!) aumenterebbe le endorfine, con riduzione della produzione di ormoni sessuali e con un aumento dell'SHBG.

Gli studi sulla dieta si fanno spazio attraverso l'osservazione della maggiore incidenza di TM nei paesi ricchi e industrializzati e si correlano con gli studi sugli ormoni e cancro. Nei paesi ad alta incidenza di TM, la dieta si dimostra ricca di grassi animali (soprattutto bovini), proteine e zuccheri raffinati. Le donne sarebbero più obese e avrebbero più testosterone libero, minor legame con la SHBG, maggior resistenza insulinica.

A tutt'oggi non è comunque chiara la relazione tra alimentazione e TM. Tuttavia forse per ricompensare gli sforzi di tanti studiosi abbiamo stilato una lista di buone azioni dietetiche e fisiche (per la prevenzione del TM e per tante altre malattie): osservare una dieta ricca di verdure e frutta, non bere alcool, evitare il sovrappeso, fare ginnastica.

Altri studi ci sembrano irrisori come quelli sul peso, che comunque si correlano a questo punto con gli studi sull'alimentazione, e quelli sulla statura. Di questi studi beneficiano (!?!) soprattutto le donne, dal momento che il loro corpo estetico appassiona manco a dirlo anche i ricercatori.

Ma non si studiano tra gli altri determinanti anche lo stress ed i fattori psicologici?

Già ai tempi di Galeno andava alla grande l'ipotesi di una rela-

zione tra caduta del tono dell'umore e cancro. A distanza di 2000 anni si dice che sarebbero più esposte al TM le donne che sono *incapaci o impossibilitate ad adattarsi agli eventi traumatici*.

Si dice che: un cambiamento di ruolo o di funzioni, la perdita di un figlio o di un marito, una separazione, se avvenuti negli anni precedenti l'insorgenza di TM eleverebbero il rischio di TM (il rischio sarebbe superiore a 5).

Queste donne forse hanno subito ripetute condizioni stressanti nell'infanzia e nell'adolescenza e da adulte sarebbero portate a sovrastimare l'evento e a sottostimare la propria capacità di adattamento. Questa è l'unica ipotesi che prende in considerazione la relazione con il contesto sociale, ma non evita di sottolineare il lato 'debole' delle donne, viste pregiudizialmente come incapaci di reagire. E anche in questo caso, come in precedenza, non si fanno sforzi di integrazione tra esterno (contesti e relazioni) e interno (umori e funzioni complesse), mentre sarebbe opportuno indagare la storia di pregresse violenze familiari e sociali.

La *depressione* è uno stato che viene spesso preso in considerazione tra i rischi di TM poiché influirebbe sul sistema ormonale e immunologico, ma molti studi non confermano questa correlazione.

La *struttura di personalità* è un altro indicatore preso in considerazione e gli studiosi ci dicono infatti che sarebbero più esposte al TM (e ad altri tumori) persone eccessivamente cooperative, accondiscendenti, poco assertive, incapaci ad esprimere emozioni (definite socialmente negative, come la rabbia) e troppo compiacenti verso gli altri.

In definitiva questi studi sui fattori di personalità, sulla depressione, sugli eventi stressanti, veicolano i più corposi pregiudizi sulle donne: il loro essere cioè per natura passive e accondiscendenti, poco reattive agli eventi, tendenzialmente depresse; mettendo in luce un circolo perverso tra personalità passiva - scarsa reattività - depressione e tumore.

Vi sono osservazioni che escono dal circolo vizioso: donne-deboli-passive-malate?

Gli studi in controtendenza affermano che la donna con TM ha un alto livello di autostima, il che sappiamo essere un fattore di protezione dalla depressione.

Negli studi condotti dal nostro Centro, non si è osservata una incidenza maggiore di donne depresse tra quelle con TM rispetto a quelle non ancora diagnosticate. Anzi le donne senza questa patologia dimostrano andamenti depressivi più elevati. Manifestazioni depressive sono invece clinicamente frequenti tra le donne operate, come reazioni alla diagnosi e all'*iter* terapeutico. E questo stato reattivo si inverte nel normale riadattamento alla vita dopo una crisi.

Sta ai ricercatori - ancora una volta - ampliare lo sguardo sul prima e sul poi, nell'interno e all'esterno dell'esperienza umana femminile.

Sta ai curanti offrire un quadro della malattia che non risenta del loro generico operato (le cure protocollari, le statistiche, i dati unilaterali), ma prenda in considerazione con maggiore forza le variabili reattive delle singole donne.

Sta ai curanti focalizzare e introdurre nel dialogo e nelle cure il valore delle esperienze personali, gli eventi stressanti, l'andamento della vita quotidiana, i possibili pesi familiari, sociali e lavorativi, aiutando la donna a prenderne coscienza e ad attivare le risorse positive per la sua buona salute fisica, sociale e spirituale.

Da che angolo di visuale bisogna guardare alla donna per capire l'origine del suo tumore al seno?

Tutti i fattori ambientali intesi come "fattori economici, culturali e psichici", vale a dire gli eventi stressanti, le reazioni psichiche personali, le condizioni culturali, sociali e familiari, i contesti economici, la percezione del benessere o malessere fisico propri di ciascuna donna dovrebbero essere tra loro collegati da un nesso di senso per la vita della donna.

Fino ad oggi la maggior parte degli sforzi di collegamento sono stati indirizzati a ricercare i nessi causali del TM all'interno del corpo della donna: da trenta anni infatti vengono studiati con grandi presupposti e controversie una serie di fattori ormonali, sessuali, mossi dall'idea in/conscia che la fisiologia femminile - creatrice e riproduttiva - sia ad un tempo anche minacciante e mortifera. Nessun accadimento di genere è stato risparmiato dagli inesorabili ed entusiastici fautori della teoria ormonocentrica.

Ogni fase della attività ormonale e riproduttiva è stata setacciata, slegata dalle variabili biografiche, vale a dire dalla storia e dal senso che attraversano l'esistenza della donna come essere pensante, relazionato, reattivo al mondo che la circonda. Come abbiamo in parte visto, la pericolosità degli ormoni sessuali riguardo al seno delle donne sarebbe dovuta al fatto che estrogeni e un eccesso di androgeni - testosterone, diidrotosterone loro precursori obbligati - sono stati lasciati liberi di circolare e pronti ad attaccare l'organo bersaglio.

Noi potremmo ribadire che anche i fattori di rischio studiati singolarmente e lasciati liberi dai 'legami di senso e di esperienza delle donne' potrebbero essere altrettanto pericolosi nella pratica interpretativa e clinica. Non solo infatti c'è una costellazione troppo variegata che desta sospetti, ma anche una informazione che lascia strascichi.

Quante volte abbiamo sentito le donne sull'onda delle informazioni sanitarie ricevute, affermare: *“ho il tumore perché mi sono arrivate le mestruazioni prima, mi sono sviluppata troppo in altezza, ho avuto cicli irregolari; perché ho avuto figli, anzi no perché non li ho avuti, perché ho avuto figli troppo tardi, perché ne ho avuti troppi; perché non ho allattato; perché ho abortito; perché sono andata in menopausa tardi; perché ho mangiato troppo, perché bevo alcolici, perché non faccio ginnastica, perché sono grassa sulla pancia, sono vecchia e piena di peli !!! Accidenti perché non mi sono tolta le ovaie prima e non mi sono messa a fumare...”*

Mai purtroppo sono emerse negli ambulatori senologici le problematiche e i traumi relazionali e sociali, poiché le stesse donne sono condizionate dalle informazioni sanitarie che offriamo loro e

fanno fatica in questo frangente a cercare i nessi con la propria vita e le proprie relazioni, e si sentono goffe ad esprimere dubbi e proprie certezze.

Se visualizziamo le donne a rischio, riunendo a casaccio i vari indicatori studiati per TM, abbiamo prototipi di donna abbastanza originali e forse inesistenti o peggio ancora mostri di donna. A parte le donne incapaci o impossibilitate ad adattarsi agli eventi traumatici, le donne depresse e quelle con tratti di personalità oblativa, abbiamo anche donne: “ricche, colte, alte e grasse, sedentarie, mangiatrici non di uomini, ma di animali, donne che hanno avuto un menarca precoce, che non hanno partorito o che hanno figli in età tardiva, che allattano poco, che hanno abortito e che sono andate in menopausa tardiva”.



CONSIGLI ALLE DONNE E AI LORO MEDICI



Per il momento sarebbe bene registrare i nostri cambiamenti interni e collegarli con la vita, con il senso che a questi accadimenti diamo, allontanando (qualora ce li facessero venire i medici e le informazioni sanitarie ricevute) i sensi di colpa delle nostre azioni infelici e fisiologiche (cicli mestruali, gravidanze, allattamenti, aborti, menopausa etc). Dobbiamo vivere queste informazioni come uno spaccato relativo delle ricerche in atto, essere grati ai ricercatori/trici che si affannano a entrare nel nostro complesso universo e dare loro alcune opportunità di capire le nostre trasformazioni..., restituire cioè i nostri saperi quotidiani alla scienza!

Dal momento che, nella ricerca delle cause del cancro al seno, ancora si propende per una teoria ormonocentrica poco correlata con le dinamiche relazionali esterne, i medici devono dare informazioni, senza presumere certezze che non si possiedono, e le risposte delle

donne a queste informazioni devono essere dialettiche, attive, confrontate e discusse con grande impegno, serietà e competenza.

Dobbiamo smantellare insieme ai nostri curanti l'idea che gli ormoni siano tabù, vale a dire causa della forza generatrice delle donne ed anche della loro mortificazione (attacco agli organi bersaglio femminili). Dobbiamo smantellare una biologia "uroborica", cioè tutta rivolta su se stessa (come il serpente sacro che si mangia la coda e trae nutrimento dalla propria sostanza), slegata dalla biografia e dai cambiamenti di ruolo e di azione delle donne nel mondo.

E quali consigli pratici per la eliminazione delle cause alla luce dei molti indicatori di rischio e delle poche certezze?

Le conclusioni della FONCAM sono 'solo poche indicazioni pratiche per prevenire il TM':

- ◆ evitare esami radiologici non indispensabili nelle bambine, in particolare esami ripetuti della colonna vertebrale;
- ◆ limitare nelle dosi e nel tempo il trattamento ormonale in menopausa, che è giustificato prescrivere per ragioni cliniche legate ai disturbi della menopausa e solo eccezionalmente per ragioni preventive;
- ◆ raccomandare attività fisica e uno spostamento della dieta verso alimenti meno raffinati (riducendo zuccheri, grassi animali e bevande alcoliche) ed eventualmente ricchi di fitoestrogeni.

Dunque, dobbiamo pensare a divertirci nel controllare l'alimentazione e cogliere l'occasione per rinnovare il nostro stare nel mondo... non solo prendendoci del tempo e fare movimento, meditazione e quanto altro di piacevole aumenti le nostre endorfine, ma anche mangiando più legumi, crocifere, cereali integrali, alimenti ricchi di fibre e di acidi grassi n-3, pesce, noci, frutti di bosco. Potremmo assaggiare i semi di lino, le alghe, gli alimenti a base di soia ricchi di fitoestrogeni ed essere libere di sputarli fuori se non ci piacciono. Riduciamo gli alimenti ad alto indice glicemico (zucchero, dolci e

farine raffinate), gli alimenti di provenienza animale, il consumo eccessivo di bevande alcoliche; tutto questo fa bene anche al nostro pancreas e al nostro fegato e ad anche alla nostra leggerezza dell'essere. Non ingurgitiamo vitamine a go-go: lo stile Braccio di Ferro non funziona nella realtà e il nostro fegato ne potrebbe risentire! Stiamo attente a *non costringerci* a cambiare vita, se ci piace così com'è, in virtù di una ipotetica salvaguardia.

E gli ormoni sostitutivi li prendiamo o no?

Anche su questo ci sono informazioni non chiare che riflettono le controversie scientifiche. In questo campo abbiamo varie tendenze che ci confondono: una è la spinta delle case farmaceutiche ad assumere i loro prodotti; l'altra è l'immagine che ci hanno e che ci siamo costruite di bellezza e tonicità eterna; l'altra ancora è la limitazione dell'ottica scientifica che procede per organi (seno, cuore, pelle, utero ecc.) e non per sistemi e dinamiche corporee, mentali e spirituali; ancora un'altra è data dalle variabili di partenza (religione, cultura, contesti sociali).

Per quanto riguarda i *contraccettivi orali*, alcuni autori parlano di una loro protezione verso il TM, altri dicono che comportano un modesto aumento di rischio, così come lo comporta, per un breve periodo, la gravidanza. Il beneficio, più consistente, della protezione verso i tumori dell'ovaio e dell'endometrio, sembra confermato.

Per quanto riguarda la *terapia ormonale sostitutiva in menopausa* (TOS): ci sono studi (la maggioranza) che evidenziano un rischio aumentato di TM, altri che non ne osservano alcuno, altri che addirittura indicherebbero una riduzione di incidenza. È sicuro che la TOS è molto efficace nel contrastare il disagio della sindrome menopausale (ovvero i fenomeni del climaterio se particolarmente disturbanti).

Anche la prevenzione delle fratture osteoporotiche risulta problematica perché una prevenzione significativa sarebbe raggiungibile solo con trattamenti molto prolungati, praticamente per tutta la vita. E in questo caso il rischio oncologico si eleverebbe.

L'adesione ai programmi di Screening costituisce un presidio preventivo efficace?

Per *screening* intendiamo l'esame di una popolazione sana al fine di selezionare le persone che mostrano in fase molto iniziale e asintomatica un tumore o una lesione che ha un'alta possibilità di diventarlo (fasi precancerose).

L'obiettivo principale di un programma di *screening* (PS) è quello di ottenere una riduzione significativa della mortalità, per quel tipo di neoplasia con il miglior rapporto costi/beneficio.

La correlazione tra anticipazione diagnostica e qualità/quantità di vita per i TM e la disponibilità di una tecnica radiologica come la mammografia, in grado di visualizzare con buona approssimazione un TM di piccole dimensioni, non ancora palpabile, hanno portato a validare il programma di *screening* mammario (PSM) sulla popolazione femminile italiana dai 50 ai 69 anni. La valutazione di efficacia rimane oggi ancora aperta per il PSM rivolto alle donne nella fascia di età 40-49 anni.

Il PSM - così come tutti i programmi di *screening* - si pone l'obiettivo di:

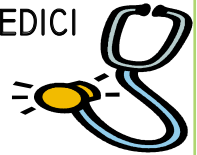
1. rendere accessibili gli esami diagnostici ad una quota maggiore di popolazione femminile (equità dei servizi);
2. controllare i benefici e gli effetti negativi;
3. ottimizzare le risorse e la qualità tecnica e umana;
4. garantire gli eventuali altri accertamenti diagnostici e interventi terapeutici.

Per essere valido il PSM deve registrare l'adesione del maggior numero possibile di donne invitate a sottoporsi ai *test*. Per raggiungere questo scopo, le donne vengono informate in modo spesso unilaterale: si evita di dire loro che vi è un dibattito scientifico in corso sulle incertezze insite nei progetti (ad esempio il limite dell'età), si promettono molti benefici e si sottacciano spesso i costi fisici, psicologici ed economici ad essi legati. Un programma a così ampio raggio presuppone l'impiego di risorse da parte della sanità pubblica a sca-

pito di altre decisioni. Se fossero destinate al PSM più risorse, il programma cambierebbe: verrebbero ad esempio approfonditi immediatamente i *test* risultati dubbi (e ridotta l'ansia indotta dall'attesa della risposta); aggiunte indagini complementari per aumentare la sensibilità della risposta (es. ecografia); aumentata la fascia di età a cui indirizzare i *test* (esempio la fascia di età tra i 40 e i 50); ridotto il tempo del successivo controllo (da due ad un anno).

UNA INFORMAZIONE IN CIFRE RIVOLTA AI MEDICI

I DATI SUL TUMORE SEGUENDO LA DIFFERENZA DI GENERE



1. Nella popolazione maschile e femminile dei paesi sviluppati, le sedi dei tumori più incidenti sono: polmone (12,3%), mammella (10,4%) e colon retto (9,4%).

2. La mortalità più alta è data dal polmone (17,8%), segue lo stomaco (10,4%) e il fegato (8,8%).

3. Il rapporto tra incidenza e mortalità è diverso per genere: negli uomini il tumore al polmone ha maggior incidenza e maggiore mortalità; nelle donne il tumore alla mammella ha più alta incidenza e minor mortalità.

4. I tumori allo stomaco, esofago e vescica sono più comuni negli uomini non per maggiore suscettibilità rispetto alle donne, ma per maggiore esposizione ad agenti nocivi in contesti di lavoro a più alta densità maschile.

5. Analogamente nelle donne l'incidenza dei tumori della cervice uterina varia a seconda delle esposizioni alle infezioni virali ed è un serio problema nei paesi sottosviluppati. In questi paesi manca la prevenzione primaria e quella secondaria.

6. I tumori del colon retto e del pancreas hanno la stessa incidenza e lo stesso andamento tra i due sessi.

7. I tumori più responsivi alle terapie sono quelli della mammella (con buoni trattamenti vivono bene il 60 -70% delle donne). Una percentuale analoga di buona vita lo hanno i tumori della pro-

stata nell'uomo. Questi tumori sono meno frequenti rispetto a quelli della mammella, aggirandosi sul 4-5% (meno della metà). Per responsabilità seguono i tumori della cervice (50%) e quelli del colon retto (47%).

8. L'insieme dei tumori presenti nell'uomo e nella donna (non includendo i tumori specifici dei sessi - il cancro della mammella, cervice e ovaie da una parte e i tumori della prostata dall'altra) sono a sfavore dell'uomo 3.604 per 100.000 uomini contro 1.972 per 100.000 donne. Per questi tumori ugualmente distribuiti tra i due sessi la mortalità è identica (72% degli uomini e 71% delle donne).

9. I tumori femminili (mammella, utero e ovaie) assommano a 1.712 per 100.000 donne e quello maschile (prostata) a 542 per 100.000 uomini. La mortalità per cancro della mammella è di circa il 30-40% (la sopravvivenza in Italia è più alta), la mortalità per cancro della prostata negli uomini è uguale.

10. La maggior incidenza di tumori (compresi quelli specifici per sesso) è a sfavore delle donne: 4.146 tumori su 100.000 donne verso 3.684 tumori nei maschi. Tuttavia nelle donne, i tumori della mammella - che collaborano al primato numerico negativo - sono meglio curabili. Il tumore al polmone più incidente negli uomini e meno responsivo rende la loro vita più a rischio. Attenzione poichè questo tipo di tumore sta aumentando anche nelle donne.

(Incidenze tratte dal "World Cancer Report" OMS - Lione 2003)

NOBILTÀ E MISERIA DELL'UTERO: IMPARIAMO A DARE IL GIUSTO PESO A QUEST'ORGANO

L'utero serve solo per la riproduzione?

L'utero, come altri organi, ha una doppia funzione: una specializzata e un'altra generale.

Per la sua funzione specializzata, di grande importanza per la specie, quest'organo ha avuto un destino particolare, e diverso da quello degli altri, nella vita della donna e nella percezione sociale. Essendo preposto alla riproduzione, esso è stato visto sempre e solo sotto questo aspetto specialistico, separato dagli altri organi e dal funzionamento complessivo del corpo umano. Anche la donna, identificandola con il suo utero, è stata esaltata in questo aspetto riproduttivo, ma svaloriata in altri aspetti e in altre fasi della sua vita.

Questo è il pregiudizio sociale che ha accompagnato l'utero e la donna attraverso i secoli.

Dal punto di vista biologico, il pregiudizio che ha colpito l'utero è stato essenzialmente quello di dargli un'eccessiva importanza nell'età fertile, e di considerarlo inutile nell'età successiva.

Qual è allora il giusto valore da dare all'utero?

L'utero con la sua funzione deve poter essere ricollocato all'interno del corpo femminile e visto nella sua interazione con tutti gli altri organi e soprattutto con il ruolo *leader* del cervello.

Nell'età riproduttiva esso non va quindi "esaltato" come unico

valore o come valore centrale della donna. Esso va preparato come tutti gli altri organi alla sua conservazione, con attività di prevenzione adeguate, perché dopo non è vero che diventerà un organo inutile per l'economia del corpo femminile. Esso cioè non va sfruttato ai fini della riproduzione e poi abbandonato.

Effetto di questo atteggiamento di “sfruttamento” e di mancanza di cura è l'assenza di ricerche in questo campo, per individuare le cause che favoriscono l'insorgenza di patologie specifiche, dati indispensabili per poterle prevenire e/o curare efficacemente senza ricorrere necessariamente a terapie chirurgiche.

Dopo una certa età, si dice che conviene liberarsene se dà problemi, è vero?

Questo è un pregiudizio. Il pregiudizio che l'utero, al di là della funzione riproduttiva, non sia più utile, dimenticando che l'utero non è un organo isolato, ma è in relazione con altri organi e apparati. È soprattutto in relazione con la mente (funzione psichica del cervello) che ha una rappresentazione unitaria del corpo e che vive questa asportazione come mutilazione, traendo da ciò una sofferenza psichica, oltre che fisica.

Dal punto di vista fisico la raccolta di dati, per la verità scarsi, perché la ricerca in questo campo non è attenta ad altro che non sia la riproduzione, indica che l'asportazione dell'utero e/o delle ovaie può provocare effetti patogeni su vari altri organi e sull'equilibrio complessivo del corpo.

L'isterectomia è una pratica molto diffusa?

In tutto il mondo l'isterectomia, è uno degli interventi maggiori più diffusi: l'hanno subita negli USA e nel South Australia una donna su tre di 60 anni o più; nel Regno Unito una donna su cinque tra quelle di età superiore a 65 anni; in Italia da un'indagine caso-controllo, condotta nell'area milanese fin dal 1983, il 12,2% delle donne risul-

tava isterectomizzata, e tra le ultra sessantenni la percentuale cresceva dal 12,8% tra le nate negli anni 1900-09, al 22,0% tra le nate negli anni 1930-39.

Quali le ragioni della sua diffusione?

Vi è il pregiudizio che considera l'utero importante solo se finalizzato alla riproduzione e successivamente lo si considera un organo "inutile", che, anche se sano, non si fa alcun danno a togliere. Anzi solo per questo organo e soprattutto per le ovaie è valso spesso il principio dell'*intervento chirurgico preventivo*: si toglie anche sano per timore che domani possa ammalarsi.

L'isterectomia è un intervento innocuo?

L'isterectomia, non è un intervento privo di complicanze; queste possono essere legate all'intervento chirurgico in se stesso (emorragie, infezioni, fistole, disturbi della motilità intestinale e alle vie urinarie, ecc.) ma soprattutto possono essere dovute alle sequele successive alla perdita dell'utero o di tutto l'apparato genitale interno, e possono essere di tipo sia ormonale sia fisico, sia di ordine psicologico e relazionale.

Segnaliamo alcune disfunzioni come complicanze dell'isterectomia:

- disfunzioni del tratto urinario inferiore come incontinenza, ritenzione, disuria, poliuria, ecc.
- dismotilità gastrointestinale con intestino irritabile, stipsi, ecc.
- disfunzioni psicosessuali diminuzione della libido, diminuita lubrificazione vaginale, in presenza anche dell'asportazione delle ovaie.

Quanti tipi e definizioni di isterectomia vi sono ?

- In base alla sua estensione:

- limitata al corpo dell'utero, totale, allargata ai tessuti circostanti, comprendente o meno l'asportazione degli annessi uterini e quindi delle ovaie;
 - in base alle vie di accesso:
 - addominale o vaginale;
 - in base alle tecniche chirurgiche oggi disponibili:
 - chirurgica tradizionale, laparoscopica, mista.

Che cosa si deve tenere presente nella scelta della isterectomia?

Da una parte la salute e il benessere della donna e dall'altra la individuazione dell'intervento più appropriato per quella particolare situazione patologica.

Il benessere della donna e la sua qualità di vita possono essere diverse se l'intervento è più esteso o più limitato, o se ha utilizzato una via di accesso o un'altra: la possibilità di conservare il collo dell'utero può giovare alla sessualità; l'avere o meno una cicatrice chirurgica visibile può influire sull'atteggiamento e sul vissuto psicologico; l'asportazione delle ovaie può significare, nelle donne in età fertile, una improvvisa cessazione dell'attività ormonale, con un inizio traumatico e anticipato della menopausa.

Le scelte terapeutiche chirurgiche devono essere applicate solo quando si è sufficientemente certi che costituiscano la migliore risposta possibile da dare a una malattia. Gli interventi chirurgici inoltre devono essere eseguiti asportando tutto quello che è necessario, a seconda della patologia per cui si interviene, ma niente di più. Inoltre non tutte le modalità di esecuzione dell'isterectomia sono adatte in tutti i casi.

Perchè si tende a fare l'intervento più esteso asportando anche ovaie e collo dell'utero?

La giustificazione che generalmente si dà nell'associare alla iste-

rectomia (asportazione dell'utero) anche l'ovariectomia (asportazione delle ovaie) è il prevenire la formazione di un carcinoma o di altra patologia dell'ovaio. Ma questo sarebbe l'unico caso rimasto in medicina in cui si tolgono organi sani per prevenire domani il comparire di una malattia, che del resto non è molto frequente: in pratica per prevenire un caso di tumore dell'ovaio si privano migliaia di donne di un organo sano e di un apporto ormonale importate sia prima che dopo la menopausa.

Oggi poi potrebbe essere possibile limitare questo rischio con la diagnosi precoce, attraverso indagini ecografiche; sarebbe quindi doveroso che la ricerca fosse indirizzata a ricercare i metodi migliori per prevenire o diagnosticare precocemente il maggior numero possibile di carcinomi dell'ovaio.

Il collo dell'utero non è un organo inutile e la sua perdita, con le conseguenti alterazioni dell'innervazione circostante, può influire negativamente sulle funzioni urinarie, intestinali e sulla sessualità. Ed anche la prevenzione dei tumori del collo dell'utero oggi è possibile con tecniche di diagnosi precoce (*pap-test*).

Quali le indicazioni e i criteri per l'asportazione dell'utero, delle ovaie e del collo dell'utero?

L'asportazione è necessaria in caso di **tumori maligni** dell'utero e dell'ovaio.

Oggi l'incidenza o la diffusione di questo tipo di tumori è di circa 30-35 casi per ogni 100.000 donne per anno.

Il tumore all'utero e annessi è la quarta causa di morte per neoplasia, dopo il tumore al seno, all'intestino e ai polmoni.

Questi costituiscono un grave rischio per lo stato di salute della donna e la prima indicazione per effettuare l'isterectomia.

Nelle forme molto iniziali di tumore, l'intervento chirurgico può essere circoscritto ai soli organi malati e non estendersi oltre, visto che è sempre possibile controllare l'eventuale ripetersi della patologia attraverso analisi mirate. Oggi, ad esempio, la diagnosi precoce di

molte neoplasie del collo dell'utero e dell'ovaio comincia a offrire la possibilità di eseguire, nelle forme molto iniziali, interventi più limitati, per esempio circoscritti al solo collo dell'utero o al solo ovaio.

Solo per i tumori maligni si esegue l'asportazione dell'utero?

L'asportazione dell'utero si esegue anche nelle **alterazioni benigne**, che costituiscono oggi il motivo di gran lunga prevalente per cui è consigliata l'isterectomia. Da tutte le casistiche risulta che le indicazioni più frequenti sono costituite dalla fibromatosi uterina (30-35%), dall'endometriosi (20%), dalla patologia del pavimento pelvico (15%), da dolore pelvico cronico, da iperplasie dell'endometrio, ecc.

Ma perché anche i fibromi e le alterazioni benigne costituiscono un motivo di intervento chirurgico?

Nella patologia benigna, l'intervento chirurgico non è sempre necessario. Per intervenire in queste situazioni è necessario stabilire quando queste formazioni costituiscano una semplice alterazione anatomica di un organo e quando invece costituiscano malattia o rischio di malattia. Cioè, è necessario capire quanto incidono o possono incidere sullo stato di benessere fisico, psichico e relazionale della donna. Porsi questa domanda è fondamentale per verificare la necessità o meno di una terapia e, in caso di risposta affermativa, quale sia la terapia più adeguata ed efficace.

Ma poiché manca una definizione oggettiva dei criteri che possono far includere o meno una fibromatosi tra le malattie, molto è affidato alla decisione della donna e del suo medico.

PROMEMORIA PER I MEDICI

Ai medici va ricordato che i criteri per effettuare le isterectomie, in caso di alterazioni benigne, sono ampiamente soggettivi.

- ◆ Più dell'85% delle isterectomie sono elettive: c'è, cioè, almeno un'altra ragionevole procedura alternativa.
- ◆ Nonostante i dati scientifici, la decisione di operare dipende ancora dall'interpretazione soggettiva della paziente e del suo medico, essa quindi varia in dipendenza delle motivazioni personali e culturali di ambedue.
- ◆ La capacità di dare un'informazione completa e corretta, tale che possa aiutare veramente la donna a scegliere, deve far parte delle capacità professionali da acquisire nei percorsi formativi dei medici.



CONSIGLI ALLE DONNE
E AI LORO MEDICI



Rispetto alla mancanza di percorsi valutativi appropriati ed ampiamente condivisi, è necessario che i medici abbiano una particolare cura e cautela nell'affrontare questo tema, se devono indirizzare la donna all'una o all'altra scelta di intervento.

Di fronte alla diagnosi di fibroma è necessario in primo luogo chiedersi, quindi, **se occorre** solo osservarne il comportamento o **se invece** è necessaria una terapia. In attesa di linee guida e definizioni più certe, bisogna comunque riferirsi all'antico concetto che la cura serve se vi è un rischio concreto e misurabile di danno alla salute, da prevenire o da rimuovere, e che la cura non deve addurre danni peggiori di quelli esistenti.

Se la terapia appare necessaria, occorre valutare prima di tutto l'utilità della **terapia medica**. Non esistono in questo campo, come si è

già sopra osservato, farmaci capaci di agire sulle cause e risolvere definitivamente il problema. Esiste però la possibilità di farmaci che possono rimuovere o ridurre sintomi - come le perdite ematiche, che costituiscono causa di anemia - o possono ridurre il volume dei fibromi e recuperare così lo stato di benessere della donna.

Se la terapia medica non è sufficiente o se ci si trova nella circostanza (per esempio in previsione di una gravidanza) in cui sia necessario rimuovere i fibromi rimane valido l'**approccio chirurgico**. Questo deve *in primis* tendere a rimuovere i fibromi e non l'utero.

Nella pratica clinica, così come si è tramandata fino ad oggi, si è ritenuto in genere che la miomectomia, l'intervento cioè che rimuove i fibromi e conserva l'utero, fosse da eseguire nelle donne molto giovani e in quelle comunque che esplicitamente desideravano mantenere la possibilità di avere figli. Nelle altre donne si riteneva, secondo un pregiudizio diffuso, che non fosse importante conservare l'utero.

Le nuove tecniche chirurgiche invece, possono oggi indirizzare la scelta verso interventi conservativi, qualunque sia l'età della donna.

- ◆ **Il consiglio rivolto ai medici è: informare sempre le donne**
- ◆ **Il consiglio alle donne è: chiedere ai loro medici tutte le informazioni necessarie per fare la scelta migliore.**

Un vero consenso informato è essenziale perché la donna possa liberamente decidere tra un intervento conservativo ed un intervento demolitore.

UN ORIENTAMENTO CULTURALE PER I MEDICI

Ogni atto chirurgico comporta in sé un rischio per la salute che può essere corso solo per un beneficio maggiore; l'isterectomia quindi come atto terapeutico è giustificata solo nella misura in cui è l'unico mezzo possibile per impedire o riparare un danno rilevante alla salute e dovrebbe comunque essere limitata all'asportazione della minor parte possibile dell'utero, in relazione al beneficio che si vuole otte-

nere, privilegiando le vie di accesso meno invasive.

In questo campo bisogna essere cauti e porsi in generale i seguenti obiettivi:

- la riduzione degli interventi di isterectomia per cause benigne, individuando percorsi diagnostico-terapeutici diversi ma ugualmente efficaci;
- limitare l'isterectomia ai casi in cui è indispensabile;
- limitare l'intervento comunque all'asportazione di ciò che è ammalato e non di ciò che è sano;
- valutare tutte le possibilità di applicazione di una terapia medica alternativa a quella chirurgica e a quella chirurgica demolitiva.

L'isterectomia può provocare un ingresso traumatico nella menopausa? Che effetti può avere?

Se in età fertile si toglie solo l'utero non inizia la menopausa, cessano le mestruazioni e la possibilità di aver figli, ma le ovaie continuano a produrre ormoni e non vi sono quindi i sintomi della menopausa. Se invece vengono tolte tutte e due le ovaie, anche se non si toglie l'utero, gli ormoni non sono più prodotti e inizia "improvvisamente" la menopausa. Un inizio improvviso e non graduale spesso si accompagna a sintomi (vampate, sudorazioni, insonnia, alterazioni dell'umore, ecc.) più intensi.

In caso di carcinoma, la terapia sostitutiva è sconsigliata?

Dipende dal tipo di tumore: alcuni carcinomi, come quello dell'endometrio (la mucosa che è all'interno della cavità uterina), sono favoriti dagli estrogeni e quindi la terapia ormonale sostitutiva può essere dannosa, altri come quello del collo dell'utero, nella sua forma più frequente che è quella squamosa, non sono favoriti dagli estrogeni e in questi casi può essere adottata la terapia ormonale sostitutiva, se ovviamente ve ne è la necessità medica.

Più incerto invece il comportamento per i tumori dell'ovaio che sono di tanti tipi e di cui non si conosciamo bene la storia naturale e i fattori di rischio. In questi casi è prudente non usarla.

Esiste una prevenzione delle patologie dell'utero che non sia solo la diagnosi precoce?

Anche i tumori dell'utero e delle ovaie sono favoriti da stili di vita non corretti (fumo, eccessi alimentari, vita sedentaria, ecc.) o dall'inquinamento ambientale, ma ciascun tipo con caratteristiche specifiche.

Sappiamo che quello del collo dell'utero è favorito dal fumo e ha come causa necessaria, anche se non sufficiente, l'infezione persistente da Papilloma Virus dei tipi detti "ad alto rischio", per cui una vita sana che mantenga elevato il livello delle difese immunitarie, il non fumare, una buona igiene sessuale sono fattori di prevenzione primaria importante. Poi sempre per questo tumore è possibile una prevenzione secondaria tramite lo *screening* con *pap test*, che permette di riconoscere le lesioni "precancerose" che possono evolvere verso il tumore vero e proprio e curarle prima che questo avvenga: Il *Pap test* in Italia ha ridotto il numero di questi tumori in modo significativo. Attualmente sono in fase avanzata di sperimentazione i vaccini per il Papilloma Virus che potranno essere domani il più efficace mezzo di prevenzione.

Il tumore più frequente del corpo dell'utero, quello dell'endometrio, è invece favorito da tutte le situazioni in cui vi è una prolungata stimolazione estrogenica non controbilanciata da progesterone, come avviene nel ciclo normale. Soprattutto in premenopausa e in menopausa si può creare la situazione di una produzione continua di estrogeni non controbilanciata da progesterone, particolarmente nelle donne obese e in proporzione al sovrappeso.

Una corretta alimentazione e vita attiva che faccia mantenere il pesoforma, l'uso appropriato di terapie ormonali sono comportamenti preventivi. In caso di tumore già in atto invece la diagnosi precoce si ottiene stando attente e indagando in caso di perdite di sangue, che

sono in genere presenti in fasi precoci del tumore o, prima dei sintomi con l'ecografia pelvica transvaginale.

Per i tumori dell'ovaio conosciamo ancora troppo poco per poter attuare una prevenzione primaria o secondaria e sono anche stati poco studiati i criteri per una diagnosi precoce, che spesso, quando avviene, è casuale.

Alle donne isterectomizzate che cosa bisogna dire?

Prima di tutto che, pur essendoci alcune variazioni nel loro organismo, devono vivere normalmente. Come per ogni persona una dieta corretta e l'attività fisica sono elementi di salute importante. Anche la sessualità, che potrebbe avere aspetti diversi sia per quanto riguarda il desiderio o le modalità dell'orgasmo, può e deve essere normalmente vissuta. Un fenomeno che accompagna spesso la menopausa sia spontanea sia chirurgica è la secchezza vaginale, dovuta alla mancanza dell'effetto degli ormoni sulla mucosa vaginale, che può dare rapporti dolorosi soprattutto al momento della penetrazione. Esistono tuttavia rimedi ormonali o non ormonali che possono migliorare molto la situazione.

SESSO A RISCHIO: LA PREVENZIONE DELL'AIDS

Donne e malattie a trasmissione sessuale

Da quando la sifilide - il male dei cento occhi - fece la sua comparsa in Europa nel XVII secolo, le donne sono state considerate responsabili non solo della loro condizione di salute, ma anche di quella degli uomini. Ancora oggi, rispetto alle malattie sessualmente trasmissibili (STD), le donne sono socialmente percepite più come agenti di contagio che come soggetti da proteggere dal contagio. È la prostituta a essere considerata untrice di malattie veneree, non i clienti che la frequentano e che contagiano le proprie mogli e fidanzate.

Con l'inizio dell'epidemia Aids, le donne non sono prese in considerazione nelle politiche preventive: si parla solo di comportamenti sessuali tra maschi *gay*, sottovalutando da una parte i comportamenti sessuali di molti mariti (nonostante negli Usa vi fossero già ricerche sociologiche su questo) e dall'altro i comportamenti a rischio di molti/e tossicodipendenti usi a scambiare le siringhe. Mentre sotto i riflettori era il comportamento omosessuale considerato fonte di ogni male, le strade pullulavano di giovani prostitute/i dedite a droghe per via endovenosa e l'Aids entrava prepotentemente nelle famiglie.

Da allora e per molto tempo l'Aids è stato erroneamente presentato come una malattia che colpiva prevalentemente gli uomini. Oggi si sa che l'Aids colpisce sempre più anche le donne, laddove il fenomeno è complessivamente in crescita, come nei paesi poveri e nelle categorie sociali a basso reddito.

Le cifre in salita della diffusione della patologia tra le donne sono state comunque determinate da una iniziale sottovalutazione del fenomeno tra la popolazione femminile e dalla mancanza di ricerca di strategie preventive specifiche per le donne. In particolare, in un contesto politico-culturale come il nostro, per anni si è escluso l'uso del *condom*, concentrando i messaggi preventivi sul binomio astinenza-fedeltà, che è stato tragicamente fallimentare.

E in Italia quali sono i dati?

Mentre nel mondo la diffusione dell'Aids è in ascesa tra le donne - divenendo prima causa di morte per le donne in età riproduttiva (15-44), come lo era per gli uomini - nelle statistiche italiane la mortalità per questa patologia è bassa, rispetto ad altre principali malattie, come quelle cardiovascolari e i tumori.

La percentuale di casi di Aids registrati dal 1982 al 1997 dal Centro Operativo Aids (COA) dell'Istituto Superiore di Sanità ci indica una prevalenza maschile (78,2%). Dati più recenti confermano che nell'ultimo decennio nel nostro paese la proporzione di pazienti di sesso femminile tra i casi adulti è rimasta sostanzialmente stabile intorno al 23-25%.

Dopo l'ascesa di incidenza di questa malattia, che ha caratterizzato la seconda metà degli anni '80, toccando il suo picco più alto nelle diagnosi di Aids a metà anni '90, la tendenza è da quel momento verso una diminuzione. Nonostante ciò dobbiamo notare che proprio in quel periodo cambia la proporzione tra coloro che sono stati contagiati per via omo-bisessuale e coloro che sono contagiati per via eterosessuale, i quali dal 10% nel 1993 passano al 38% dei casi riscontrati nel 2002. Complessivamente oggi abbiamo più casi di Aids tra persone eterosessuali (9400 casi, tra uomini e donne) rispetto a omo-bisessuali (8000 casi, solo uomini).

Se analizziamo il tipo di contagio che hanno avuto queste 9.400 persone eterosessuali possiamo capire alcune cose importanti. Innanzitutto sfatare il pregiudizio sul rischio legato al *partner* bises-

suale: le donne con marito/fidanzato bisex sono solo 69 sul totale; le persone con *partner* emofiliaco/a diagnosticate sono 73, e le persone con *partner* tossicodipendente sono più di 2500. Ma il gruppo più grosso è quello che ha contratto il virus da “*partner* promiscuo” (incluso il rapporto non protetto con prostituzione eterosessuale): più di 5.600 casi sul totale.

Un altro dato importante, che sottolinea la resistenza che le donne hanno a proteggere se stesse, riguarda il fatto che la maggior parte delle diagnosticate che hanno contratto il virus da *partner* tossicodipendente, era al corrente della sua sieropositività. Qui va ricordato che non è sufficiente utilizzare il *condom* nei rapporti penetrativi: quando il *partner* è Hiv+, o se si sospetta la sua promiscuità, occorre proteggersi anche nei rapporti orali utilizzando gli appositi profilattici.

Infine, in età pediatrica (casi al di sotto dei 13 anni che rappresentano l'1,5% del totale) vi è una situazione di equivalenza tra maschi e femmine, con una lieve maggioranza di femmine. Qui il tipo di trasmissione prevalente è quello verticale: ovvero l'infezione contratta dalla madre; prima di scegliere una gravidanza è quindi importante fare il *test* e ripeterlo durante la gravidanza se non si hanno rapporti protetti col *partner*.

Ma quali donne sono allora categoria a rischio?

Nessuna categoria di donne può essere considerata a priori fuori rischio. Infatti, come recita uno *slogan* inglese, “il virus non é razzista, classista, o sessista” perché può colpire chiunque: la studentessa e l'impiegata; la madre e la tossicodipendente; la professionista e l'operaia; la nubile e la sposata; la “prostituita” e la giovanissima alle prime esperienze; la eterosessuale, la bisessuale, la lesbica.

Ma le donne in generale sono più vulnerabili per diverse ragioni. Quattro ordini di fattori, che individuano nella donna maggiori rischi rispetto all'uomo, non sono stati finora adeguatamente studiati e messi al centro di appropriati programmi di prevenzione.

- Fattori biologici: la maggiore area di mucosa esposta al contagio, il maggiore tempo di esposizione della donna al contagio sessuale attraverso il deposito di sperma in vagina, la maggiore concentrazione di HIV nello sperma (il quadruplo rispetto al secreto vaginale).
- Fattori psicologici: vi è una titubanza femminile nella richiesta di un rapporto protetto ad un *partner* spesso incurante o resistente a comportamenti preventivi; inoltre molte ragazze alle prime esperienze cedono alla richiesta di rapporto sessuale non protetto dopo pressioni psicologiche o ricatti affettivi da parte del ragazzo.
- Fattori sociali: la maggiore esposizione delle donne alla violenza sessuale; l'OMS (Organizzazione mondiale della sanità) cita tra le conseguenze più tipiche e frequenti della violenza sessuale le "malattie sessualmente trasmesse, incluso l'HIV".
- Fattori culturali: le proibizioni di carattere confessionale rispetto all'uso del preservativo non solo come contraccettivo, ma anche come mezzo di prevenzione del contagio.

È vero che sono soprattutto a rischio le donne che hanno rapporti occasionali?

Non è proprio così. Chiarito che tutte le donne che hanno rapporti non protetti sono esposte a un contagio, possiamo anche ipotizzare che in un rapporto occasionale le donne siano più inclini, se adeguatamente informate, a proteggersi dal rischio di contrarre malattie attraverso l'uso del preservativo. Mentre le donne in una relazione stabile, sposate o fidanzate, più difficilmente chiedono al *partner* una prevenzione di tal genere, se essa non coincide con la pratica anticoncezionale scelta.

La sicurezza che le donne percepiscono in un rapporto abituale è tuttavia smentita da statistiche che indicano che sono proprio gli uomini sposati o fidanzati i clienti abituali di donne "prostitute".

Quanta parte hanno i fattori psico-sociali nei comportamenti a rischio assunti dalle donne?

Questi fattori giocano un ruolo fondamentale, non solo nell'Aids, ma anche nelle altre patologie trasmissibili.

La donna tende ad essere colpevolizzata e a colpevolizzarsi più dell'uomo per il suo ruolo di madre e di persona che cura: colei che dà la vita e la mantiene. In una patologia contagiosa, questo ruolo è fortemente messo in discussione, per cui la donna vive più drammaticamente la sua condizione sia per la "colpa" - che nella nostra cultura religiosa è associata alla sessualità - sia perché si trasforma, nel suo immaginario ed in quello collettivo, in colei che "può dare la morte".

I comportamenti femminili in ogni situazione, per i modelli socialmente trasmessi, sono più orientati alla cura degli altri, e questo molte volte crea circoli perversi nella cura di sé e nell'attenzione alla propria salute, sia prima che dopo la contrazione di una malattia.

Mentre la moglie/madre si occupa e si pre-occupa della salute degli altri in famiglia, consigliando pratiche preventive agli altri, figli; la moglie/donna trascura se stessa, si informa poco sui rischi che la minacciano. Inoltre questa donna/moglie vivendo un rapporto stabile con l'uomo, è riluttante a utilizzare metodi preventivi, anche perché non osa mettere in discussione la fedeltà dell'altro, affrontando in maniera diretta il problema della protezione.

Quando la patologia è diagnosticata, la donna si preoccupa non tanto di sé, quanto degli effetti che la sua patologia può avere sul resto della famiglia e sulle persone intorno a lei. Spesso si determinano condotte di auto-esclusione dai contesti sociali e di distanza immotivata dalle relazioni affettive con i propri figli.

E le donne che amano le donne?

Le bisessuali e le lesbiche in Italia non sono state ancora toccate dalla epidemia Aids: zero casi di contagio omo-bisessuale tra donne,

e zero maschi contagiati da donna bisessuale. Evidentemente nel nostro paese la particolare attenzione posta dal movimento femminista alla salute della donna ha contribuito ad arginare questo fenomeno. Occorre comunque ricordare che nei rapporti tra donne va usato il foglietto di latex (*dental dam o latex square*) in vendita in farmacia.



PREVENZIONE: CONSIGLI PER LE DONNE

Mettere cura nella gestione della propria salute almeno quanto ci si occupa della salute degli altri. Chiedere informazioni sulle malattie veneree e sull'Aids in particolare allo specialista o al medico di famiglia, senza timori e pudori, coinvolgere il *partner*, fare insieme i *test*.

Parlare con il *partner* della necessità di proteggersi dal rischio, in quanto più esposte, senza paura di “ferirlo psicologicamente”. Gli uomini non amano ammettere alcunché della propria vita sessuale extraconiugale: affrontare il problema da questa angolatura può non servire; occorre stabilire un rapporto di confidenza e complicità.

Un confronto informativo sulla diffusione dell'Aids e un sereno invito a utilizzare il *condom* può invece fare breccia nella coscienza e aiutare a cambiare i comportamenti a rischio.

Nel caso in cui il *partner* contrae questa o altra malattia, è importante evitare comportamenti autodistruttivi ed esposizioni al rischio “per amore”: occorre proteggersi sempre, anche nei rapporti orali.

Nel caso in cui la donna è diagnosticata, occorre assumere i comportamenti adeguati per la protezione degli altri, sotto controllo medico, ma senza creare per sé condizioni di invivibilità.



PREVENZIONE: CONSIGLI PER I MEDICI

Dare informazioni appropriate in ogni caso, senza considerare pregiudizialmente che vi siano categorie di donne socialmente protette. Abbiamo ragione di credere che in Italia, come in altri paesi, buona parte delle donne sposate abbia contratto il virus dal marito o dal fidanzato. I medici possono inserire nel discorso preventivo un incoraggiamento anche agli uomini ad utilizzare il profilattico nei rapporti occasionali (sia con prostitute sia con altre donne).

Spesso coloro che hanno contratto la malattia da rapporti occasionali hanno ammesso di non essersi protetti perché l'acquisto di una scatola di *condom* in farmacia avrebbe conferito una maggiore intenzionalità (e quindi responsabilità) all'accaduto. Occorre invece sottolineare che - nell'impossibilità di mantenersi fedeli - l'uso del profilattico è un atto minimo di responsabilità verso la moglie o fidanzata, una forma di riduzione del danno.

CHI HA PAURA DELLA MENOPAUSA? IL LUNGO VIAGGIO DELLA DONNA TRA MOLTI PREGIUDIZI E POCHE CERTEZZE

Che cosa dice la “scienza medica”

Dai 35 anni agli 80 anni e oltre, per la donna esiste, secondo la medicina, una unica tappa, che è la menopausa:

- dai 36 ai 45 anni, la pre-menopausa
- dai 46 ai 55, la peri-menopausa e la menopausa
- dai 56 a oltre 80 anni, la post-menopausa.

Per la donna si ritiene che non vi sia soluzione di continuità tra: l'età adulta giovanile (riproduttiva) e la vecchiaia.

Ed è proprio l'associazione pregiudiziale tra menopausa, vecchiaia, malattia, a creare nella donna una percezione negativa di sé, che improvvisamente si sovraccarica di una serie di immagini angosciose: la fine della vita riproduttiva, l'inizio della vecchiaia, e l'improvvisa esplosione di rischi patologici.

La percezione negativa della menopausa nel contesto sociale attuale, che sovra-produce immagini di donne giovani e belle, è **sicuramente un fattore di rischio aggiuntivo per la patologizzazione di fenomeni fisiologici.**

Si realizza così più che nel passato, una intolleranza alle variazioni collegate alla menopausa con una elevazione della richiesta medicalizzante di “ritornare ad essere come prima”.

Che cos'è realmente la menopausa?

La menopausa è collocata in una fascia ristretta di tempo che indica la cessazione dell'attività riproduttiva, con il calo di estrogeni e di progesterone dovuto alla perdita della funzione ricettiva delle ovaie nei confronti degli ormoni secreti dall'ipofisi. Questa fase ricopre generalmente un periodo di 10 anni, dai 45 ai 55 anni, ed incide sulla singola donna per un arco di 5 anni.

La cessazione del ciclo è preparata negli anni da progressivi mutamenti: dai 30 anni in avanti vi sono mutamenti quantitativi del flusso mestruale, intorno ai 45 anni iniziano irregolarità di maggiore evidenza (se non ve ne sono mai state prima), intorno ai 50 anni si produce l'interruzione del flusso mestruale e successivamente l'interruzione dell'attività riproduttiva.

Qual è il rapporto reale tra menopausa e vecchiaia?

La menopausa non coincide, né può essere identificata con la vecchiaia.

Con la menopausa si intende definire un cambiamento a carico del ciclo ormonale finalizzato alla interruzione dell'attività riproduttiva. Tale interruzione ha un carattere naturalmente protettivo, perché con essa si elimina il sovraccarico della gestazione, che è un'attività molto impegnativa e stressante per tutti gli organi (cuore, reni, ecc.).

La menopausa poi non è né l'inizio del processo di invecchiamento, perché tale processo inizia intorno ai 25 anni, né la fine di tale processo. In particolare poi la fase vera e propria della vecchiaia è oggi datata intorno ai 65/70 anni, coincidendo con l'età del pensionamento e della così detta fine del lavoro produttivo.

La menopausa si può meglio definire dal punto di vista psico-sociale, una tappa di "mezzo" tra giovinezza e vecchiaia. L'età di mezzo è una nuova fase, che ha caratteri misti della precedente e della successiva. Molto dipende dalla percezione che accompagna la donna e dal modo in cui ha vissuto precedentemente: se ha esaurito tutte le

risorse, se non ha progetti alternativi, se ha accumulato *stress* e malattie, si sentirà più vecchia che giovane e viceversa se la sua vita precedente sarà stata orientata alla tutela della sua salute e della sua qualità di vita.

Le patologie attribuite alla menopausa sono una realtà o un pregiudizio?

La menopausa non è l'inizio e l'origine di ogni patologia.

Oggi si osserva la tendenza, non scientificamente fondata, a mettere insieme sotto l'ombrello della menopausa una serie di patologie, che hanno altra origine e soprattutto altri e più importanti fattori di rischio.

Tra le demenze, l'Alzheimer colpisce il 5-8% dei soggetti al di sopra dei 65 anni e il 15% dei soggetti al di sopra dei 75 anni, il 25-50% dei soggetti al di sopra degli 85 anni. Vi è una lieve prevalenza della malattia tra le donne. La malattia si incrementa con l'età ed è tipicamente connessa con la vecchiaia. Tra i fattori di rischio studiati in Italia dall'unità di ricerca del Policlinico di Firenze (Amaducci) sono stati messi in evidenza: oltre l'età avanzata, il sesso femminile e il basso livello culturale.

Tra i tumori femminili, il cancro della cervice uterina raggiunge i picchi più alti non in funzione dell'età, ma in funzione dei contesti politici e geografici. È un problema particolarmente serio nelle aree poco sviluppate del mondo.

Il cancro del corpo dell'utero è più frequente dopo i 45-50 anni, soprattutto nelle grandi obese. Il tumore al seno ha una incidenza che aumenta esponenzialmente con l'età, ma dopo la menopausa pur aumentando ha un andamento più lento.

Tra i tumori in generale, il rischio per ogni tumore in uomini e donne aumenta con l'età con un picco che si aggira tra i 40 ed i 50 anni.

Osteoporosi postmenopausale. La diminuzione patologica della massa ossea rende più facile la frattura da piccolo trauma di polso e vertebre (picco tra 60-65 anni). L'origine dell'osteoporosi è multifattoriale: l'età, la bassa densità ossea di base, una dieta povera di calcio, il basso peso, il fumo, la scarsa esposizione al sole, la mancanza di esercizio regolare, alcune terapie mediche.

Patologia cardiovascolare. È la prima causa di morte nelle donne. Sebbene il rischio cardio-vascolare compaia con qualche anno di ritardo rispetto agli uomini, è anche per le donne una patologia dell'età di mezzo che si verifica dopo i 50 anni.

A parità di agenti stressanti, le donne hanno, fino ad una certa età, rispetto agli uomini, una protezione in più costituita dagli ormoni riproduttivi. Ovviamente tale protezione aggiuntiva cessa con la menopausa e la donna deve quindi controllare con maggior attenzione l'eventuale presenza di altri fattori di rischio cardiovascolare.

Patologia urinaria. L'incontinenza urinaria, cresce con l'aumentare dell'età ed è maggiore nelle donne per questioni anatomiche di base e secondarie ai traumi da parto. Dopo la menopausa la mancata azione trofica degli ormoni sul tessuto genito-urinario, e il progredire dell'età ne peggiorano l'entità. Nella popolazione generale ne è affetta il 5% tra i 65 e i 74 anni e il 15% al di sopra dei 75 anni. È frequentemente associata a pluripatologie e ad una peggior percezione della qualità di vita.

Patologia depressiva. Riguarda tutto il ciclo di vita della donna e comprende soprattutto la fascia giovanile, dall'adolescenza all'età adulta (15-44 anni). Non si verifica, come erroneamente si crede o si dice, un incremento del rischio depressivo con la menopausa.

IN SINTESI

Ognuna di queste patologie, pur avendo indubbi rapporti con la presenza o meno dell'attività estrogenica, caratteristica peculiare del corpo delle donne, deve essere osservata indipendentemente dalla menopausa, e soprattutto non in esclusiva e privilegiata relazione con essa. Tali patologie infatti devono essere poste in collegamento diretto con altri e specifici fattori di rischio, e con un occhio agli stili di vita che maggiormente si associano alla prevenzione.

Infatti, ad esempio, nelle patologie cardio-vascolari le donne godono inizialmente della protezione ormonale, ma successivamente sono esposte allo stesso rischio degli uomini. Ed altrettanto, la più frequente carenza calcica ossea, va prevenuta con azioni adeguate, molto prima della fatidica età di mezzo. Così come l'incontinenza non si verifica con la stessa frequenza se i parti sono correttamente seguiti e se le donne si sottopongono a terapie fisiatriche ai primi sintomi.

Quali sono le caratteristiche o i disturbi di questa tappa?

Nell'arco di tempo, in cui si verifica questo cambiamento la donna può percepire una serie di fenomeni fisiologici neuroendocrini (fenomeni così detti del climaterio ovvero dell'adattamento fisiologico) a carattere sregolatore: della circolazione sanguigna (le così dette vampate), del ciclo sonno-veglia, della stabilità dell'umore, del ciclo alimentare e sessuale.

I fenomeni del climaterio sono dovuti al tentativo dell'ipofisi di stimolare le ovaie, che non secernono più ormoni. I fenomeni sono quindi caratteristici di situazioni di sovrastimolazione o sovr eccitazione, dovuti ad una iperfunzione ipofisaria; essi inoltre non sono percepiti da tutte le donne (solo circa il 20% ne riferisce un forte fastidio) e tendono naturalmente a ridursi nel tempo.

Questi fenomeni non creano in genere di per sè allarme nella donna, abituata dal menarca, dalla gravidanza e dal *post-partum*, a fare i conti con la variabilità ormonale del suo ciclo e delle sue fasi.

Ma tra questi disturbi non possiamo annoverare l'invecchiamento della pelle e la caduta del tono muscolare?

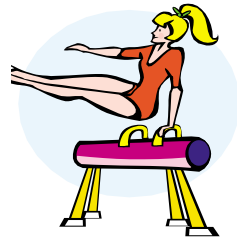
Non esclusivamente e soprattutto non improvvisamente. Il processo di invecchiamento della pelle segue i processi di invecchiamento generale, essi cominciano intorno ai 25 anni e sono gradualmente nel tempo.

Non esiste la possibilità che la donna all'indomani della menopausa si guardi allo specchio e si veda improvvisamente vecchia e rugosa.



L'invecchiamento cutaneo è un processo complesso, in cui entrano molti fattori oltre la menopausa, come il tempo, la fotoesposizione, ma anche lo stile di vita, malattie specifiche, l'uso prolungato di determinati farmaci, alterazioni del sistema endocrino; un processo comunque non ancora del tutto conosciuto.

Se il nostro stile di vita dall'adolescenza in poi, ha fatto propri i principi generali del mantenersi in buona salute: dal movimento, alla dieta, alle misure antistress, alla cura di sé; anche i processi di invecchiamento saranno meno vistosi. Così indipendentemente dalla menopausa, si avranno donne a 50-60 anni con un corpo e una pelle ancora tonica.



Che cosa bisogna fare in menopausa?

Nulla di diverso e niente di più di prima, se si sono seguiti i criteri di una giusta prevenzione negli anni precedenti.

Non dimentichiamo che la vera prevenzione è nell'adozione di stili comportamentali salutari e questi devono essere appresi già nell'adolescenza e nell'età giovanile. È lì il momento giusto in cui si pongono i paletti di una buona prevenzione.

E se finora non si è fatto nulla per la propria salute?

Allora la menopausa è un buon momento per cominciare, per non perdere una buona occasione. Ma ciò non vuol dire preoccuparsi della propria salute solo in modo medicalizzato.

Sul terreno medico si continueranno a fare gli *screening* specifici per le patologie più importanti, seguendo le indicazioni sulla prevenzione che in genere cominciano già prima della menopausa. Poi, a seconda della propria età e del proprio profilo genetico e familiare di rischio, si aggiungeranno altri controlli, o se ne ridurranno altri, a seconda della valutazione fatta dal proprio medico di famiglia.

E gli stili di vita opportuni quali sono?

Sul terreno della prevenzione primaria, se non lo si è fatto prima, si comincerà a farlo ora, valutando che la messa a riposo dell'organismo riproduttivo ci ha regalato una fase e un tempo di maggiori risorse da dedicare alla promozione della nostra salute e al miglioramento della qualità di vita personale.

◆ Se, ad esempio, si è mangiato sempre male e in fretta, ci si potrà fermare e darsi una dieta equilibrata e uno spazio per pranzo/cena, lontano dalle incombenze.

◆ Se abbiamo fatto solo il movimento affannoso casa-lavoro e lavoro-casa, fermiamoci e concediamoci un altro tipo di movimento, lontano dallo *stress* della *routine* quotidiana.

◆ Se la vita finora è stata convulsa, cerchiamo di alleggerirla; se la vita finora è stata monotona, attiviamola.

◆ Se siamo portate a fare bilanci a ogni scadenza, facciamone uno nuovo; suddividiamo le tante cose fatte con un doppio segno:

quelle fatte per altri e quelle fatte per noi stesse. Se siamo in credito è il momento giusto per risarcirci di qualcosa non fatta. Una donna ha dovuto rinunciare sempre a tante cose e ora vi è la possibilità di trovare nuovi interessi e occupazioni, attingendoli soprattutto alle cose che si volevano fare, ma che non si è mai avuto il tempo di fare.

◆ Guardiamo soprattutto al lavoro di cura e chiediamoci: i figli sono cresciuti? Se non li abbiamo lasciati andare, è arrivato il momento di liberarli dalle nostre cure, promuovendone l'autonomia e liberando anche noi con loro. Se ci preoccupiamo e ci chiediamo: che cosa faremo senza di loro? Guardiamo a noi e osserviamo tutte le nostre competenze, acquisite nei molti compiti e mansioni, che abbiamo svolto per altri, e pensiamo di realizzare quelle stesse cose o altre cose per noi.

Nella nostra vita ci possono essere tanti progetti e interessi accantonati, cose grandi o anche cose piccole che abbiamo messo da parte per meglio ascoltare e prenderci cura degli altri. È forse arrivato il momento per riprendercele!



La donna con figli grandi, che ha dovuto lasciare un progetto di studio e lavoro, potrà ricominciare a proporsi questo obiettivo.

Esiste per la donna di oltre 40 anni, la possibilità di sviluppare, anche con il sostegno dei fondi europei, una serie di progetti, che prevedono il suo reingresso nel mondo del lavoro, dopo che ha svolto, per anni e in esclusiva, l'attività di cura per la famiglia



E ora parliamo di terapia sostitutiva ormonale

La Terapia Ormonale Sostitutiva (TOS), cioè la somministrazione di estrogeni e progesterone (o solo di estrogeni nelle donne che non hanno più l'utero), dopo la diagnosi di menopausa, è stata molto in auge soprattutto negli Stati Uniti, durante gli ultimi venti anni circa.

In Italia se ne è sempre fatto un uso limitato, e la confusione che si è creata intorno a questo argomento è facilmente risolvibile. Infatti l'uso della TOS ha delle precise indicazioni e controindicazioni, dei tempi e dei modi che fanno parte di protocolli internazionali.

La TOS non è una terapia buona per ogni uso: non serve per prevenire tutte le patologie di cui si è parlato (malattie cardiovascolari, etc.). Vi sono per queste patologie altri e più importanti fattori di rischio da tenere sotto controllo. Soprattutto la TOS non è una terapia di bellezza, né l'elisir di lunga vita.

Quando una donna deve pensare a questa terapia?

La TOS serve solo alle donne che stanno male, che fanno parte di quella percentuale che patisce più di altre i sintomi da carenza ormonale, vuoi perché vi sia stata una sospensione brusca (chirurgica per esempio), vuoi perché siano più sensibili alle variazioni che nel loro corpo stanno avvenendo.

La TOS in questi casi solleva molto la donna dal malessere generalizzato, da vampate che la rendono insonne, dal nervosismo eccessivo, dalla tachicardia improvvisa e angosciante. Nella maggior parte di questi casi, è sufficiente continuare la terapia per 6-12 mesi e valutare poi, con graduali riduzioni di dosaggio, se i sintomi persistono o si sono attenuati.

Le donne che stanno male perciò, devono rivolgersi al loro medico di famiglia che, conoscendole anche rispetto a tutte le altre sfere fisiche, e non solo a quella riproduttiva, farà un'attenta valutazione dei sintomi, porrà la diagnosi di menopausa (non basta saltare un ciclo per essere in menopausa!) e consiglierà loro gli esami eventualmente necessari per intraprendere una terapia.

Quali le controindicazioni più comuni alla TOS?

Risponde la cardiologa.

Non va assolutamente assunta se la donna ha già avuto un evento cardiovascolare (angina, infarto, angioplastica, *by-pass*, ictus).

Si può assumere invece, sempre per quanto riguarda il rischio cardiovascolare, se la donna non ha avuto un evento di questo tipo e ha sintomi gravi da menopausa.

È consigliabile la somministrazione per via transdermica perché, evitando il passaggio attraverso il fegato, non provoca l'estrogenizzazione epatica. Sussiste infatti l'ipotesi che a questo fenomeno di passaggio epatico degli estrogeni si debbano molti degli effetti negativi che gravano sull'apparato cardiovascolare (infarti, ictus, ecc.).

È raccomandabile comunque cominciare con i dosaggi bassi, già efficaci a ridurre il colesterolo e a favorire la vasodilatazione (effetto sull'endotelio) dei vasi, e non protrarre l'uso oltre il tempo strettamente necessario, per i rischi oncologici connessi.

Risponde l'oncologa.

Si fa ricorso alla TOS quando i disturbi menopausali sono elevati e compromettono lo svolgimento delle attività quotidiane. È buona norma non assumere la terapia sostitutiva ormonale in caso di tumore al seno, all'utero e all'ovaio. Nelle donne a rischio di tumore al seno con grave sintomatologia menopausale, la TOS può essere assunta per brevi periodi, perché il rischio aumenta nel tempo, combinata a terapia antiestrogenica.

UN ORIENTAMENTO GENERALE PER I MEDICI



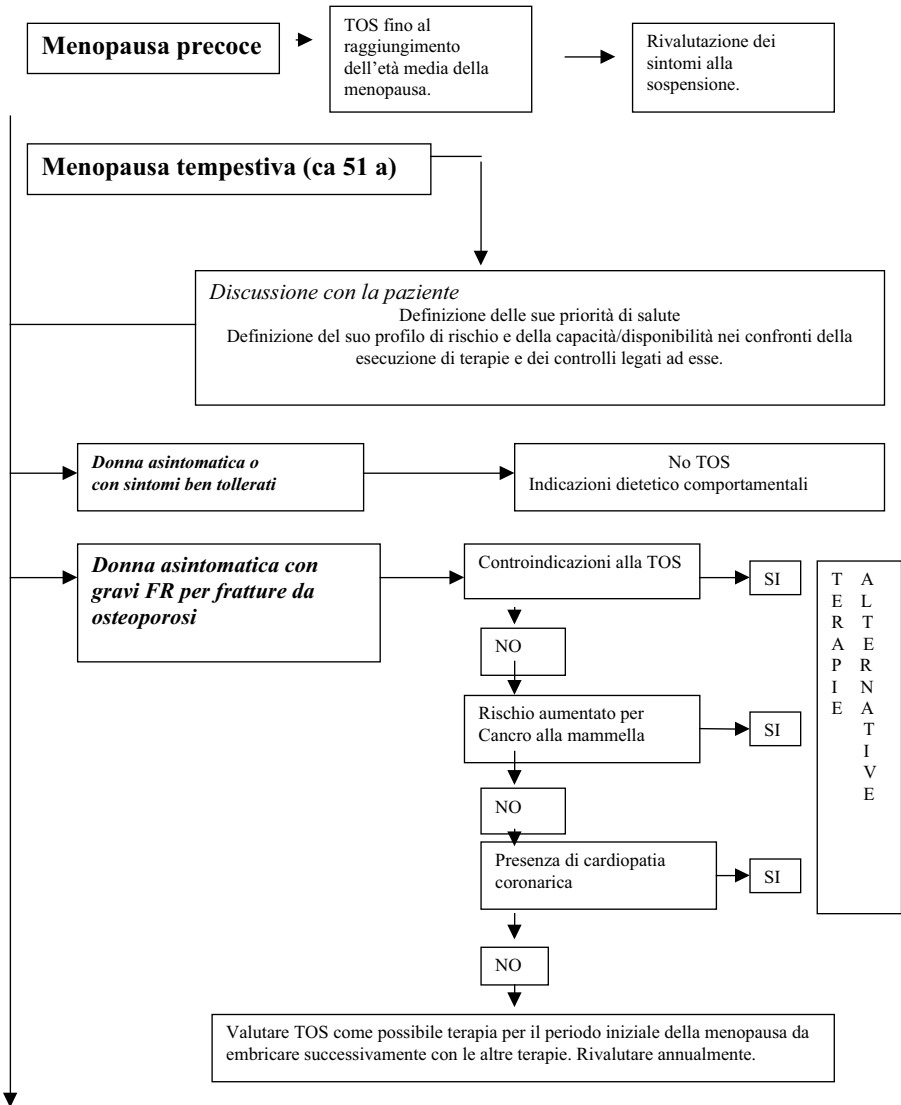
Un medico di medicina generale con 1500 pazienti ha circa 300-350 donne ultracinquantenni: è quindi necessario che sia in grado di affrontare con buone conoscenze i problemi che si presentano nelle donne, non solo in relazione alla menopausa, ma soprattutto rispetto alle patologie legate al sesso femminile dopo i 45-50 anni. È necessario infatti avere chiaro che le donne muoiono principalmente di malattie cardiovascolari, e che quindi vanno “screenate” per questo, o che soffrono di peggiori complicanze, in caso di diabete e ipertensione, al di là dei sintomi da carenza ormonale.

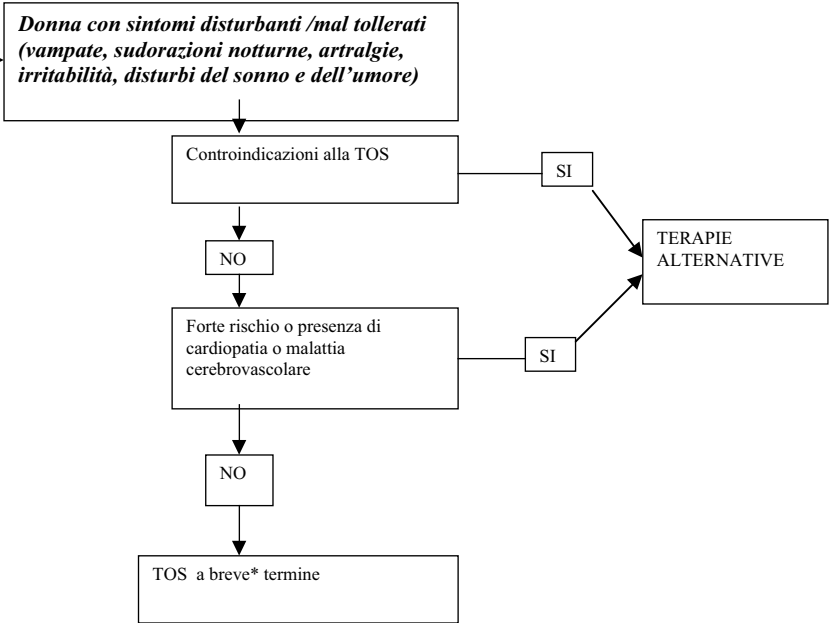
Questo processo culturale non è certo facile a farsi in una società che pregiudizialmente divide le età della donna in due parti nettamente contraddistinte dalla presenza degli estrogeni o meno, ma è un passo necessario al miglioramento dell’assistenza perché permette di considerare con più attenzione, anche nella donna, l’importanza della prevenzione primaria, di quella secondaria e della valutazione dei fattori di rischio.

E UN ORIENTAMENTO SPECIFICO

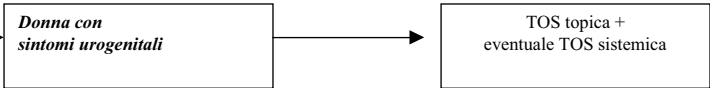
La valutazione iniziale della donna con cambiamenti del ciclo in epoca perimenopausale fa parte dei compiti del medico di medicina generale, che potrà farlo con accuratezza seguendone le varie fasi. Per questo potrà essere utile una linea guida.

UNA LINEA GUIDA PER I MEDICI DI MEDICINA GENERALE
COME SUPPORTO PER LA VALUTAZIONE DELLA TOS





Con il termine “breve” si intende qui il periodo necessario e sufficiente alla cessazione dei sintomi tipici. Non vi è accordo su quale sia la durata più opportuna della TOS che viene effettuata per ridurre i sintomi tipici, anche perchè espressioni come “terapia a breve o a lungo termine” (ampiamente utilizzate in letteratura e riferite a periodi inferiori o superiori ai 3-5 anni) sono equivoche. Attualmente non è possibile definire con esattezza in quale momento i rischi divengano superiori ai benefici per quella singola paziente. Inoltre alcune donne proseguono ad essere sintomatiche anche dopo diversi anni dalla loro ultima mestruazione



VIE DI SOMMINISTRAZIONE

Allo stato attuale non è dimostrato che vie di somministrazione alternative offrano vantaggi rispetto a quella orale. I dati provenienti dagli studi HERS e WHI non sono pienamente applicabili ad altre molecole di estrogeni e di progestinici, né ad altri dosaggi e schemi terapeutici, rispetto a quelli usati negli studi stessi. È possibile, ma non è dimostrato, che gli stessi rischi si associno a differenti molecole o schemi terapeutici o dosaggi.

CONSIGLI DA SEGUIRE

Valutazione individuale dei pro e dei contro in relazione a fattori di rischio per:

- K mammella
- Malattie cardiovascolari
- Malattie tromboemboliche
- Osteoporosi
- K colon
- Colelitiasi

Uso della dose minima efficace a ridurre i sintomi.

Uso del progestinico per 12-14 giorni nelle donne con utero.

Rivalutazione periodica della situazione della paziente (ritorno dei sintomi alla sospensione e loro entità).

Sospensione graduale dei dosaggi al momento opportuno.

RACCOMANDAZIONE DEL MINISTERO DELLA SALUTE

I risultati di una sperimentazione controllata e randomizzata riguardante i rischi associati alla Terapia Ormonale Sostitutiva (TOS) sono stati recentemente riportati dal giornale dell'*American Medical Association*. Questo studio ha esaminato i rischi e i benefici di una TOS a lungo termine in un numeroso campione (17.000) di donne asintomatiche in periodo post-menopausa (età 50-79). Lo studio era stato disegnato per seguire le donne con questo tipo di terapia per una media di 8,5 anni, ma dopo 5,2 anni i risultati preliminari hanno mostrato che il trattamento causa un danno superiore al beneficio atteso.

I risultati di questo studio portano quindi a raccomandare di **NON** prescrivere la combinazione estro-progestinica a donne sane in post-menopausa con scopi preventivi per le patologie cardiovascolari e si applicano in particolar modo ai dosaggi giornalieri di 0,625 mg di estrogeni coniugati più 2,5 mg di medrossiprogesterone acetato.

Per quanto altri regimi terapeutici possano comportare differenti risultati sul piano dei benefici e dei rischi, va tenuto conto che altri 3 studi dove sono stati utilizzati altri dosaggi hanno confermato l'aumento di rischio per il cancro al seno.

LA VALUTAZIONE DEL DISAGIO NELLE RELAZIONI FAMILIARI E LAVORATIVE

217

I. AMMALARSI DI STRESS A CASA E AL LAVORO

Che cos'è lo *stress*?

Quali patologie dipendono dallo *stress*?

Le patologie da *stress* sono più frequenti tra le donne?

Quali sono i caratteri stressanti del lavoro retribuito? E di quello familiare?

C'è un legame tra *stress* e maltrattamento?

Vi sono differenze tra il maltrattamento in casa e al lavoro?

2. CHE COSA DICONO LA PSICOLOGA, L'AVVOCATA, LA MEDICO-LEGALE SU: MALATTIE PROFESSIONALI, *MOBBING*, MOLESTIE SESSUALI E MALTRATTAMENTO

Quando si dice che una malattia è professionale?

Le malattie legate al lavoro domestico sono riconosciute?

Mobbing e molestie sessuali indicano lo stesso comportamento?

Il maltrattamento in famiglia è un reato grave?

Che cosa si intende per danno alla salute?

Come e quali prove raccogliere per accertare un danno?

AMMALARSI DI *STRESS* A CASA E AL LAVORO

219

Che cos'è lo stress?

Lo *stress* è generalmente la normale risposta dell'individuo alla pressione esercitata dall'ambiente (esterno e interno, fisico e psichico). Ma non sempre tali pressioni o richieste dell'ambiente esterno generano risposte fisiologiche: quando le richieste eccedono sia soggettivamente (mancanza di risorse) sia oggettivamente (eccessivo peso) le capacità individuali di fronteggiamento, e/o quando la risposta di fronteggiamento si prolunga nel tempo, l'effetto dello *stress* può essere l'usura delle risorse psico-fisiche dell'individuo e l'avvio di una condizione patologica.

Lo *stress* può passare così da una condizione fisiologica ad un'altra abnorme, senza soluzione di continuità: è il prolungamento dell'esposizione alla situazione stressante oltre un limite soggettivo e oggettivo, che può determinare o favorire una rottura dell'equilibrio fisico o psichico (*break-down*) e quindi l'avvio di una possibile malattia fisica o psichica.

La valutazione dello *stress* in medicina è molto importante perché apre la porta alla decifrazione delle risposte patologiche (le malattie) in termini di vita quotidiana, ambiente, eventi stressanti e relazioni sociali e familiari.

Vi sono diagnosi specifiche che indicano che una patologia del corpo o della mente dipende dallo stress?

Nel campo psichico o delle malattie nervose, il “*disturbo post*

traumatico da stress”, il “*disturbo acuto da stress*”, e il “*disturbo dell’adattamento*”, sono categorie diagnostiche che abbracciano un insieme di sintomi comuni a più patologie psichiche: dall’ansia generalizzata, agli attacchi di panico, all’insonnia, alla depressione, all’ossessione, ai sintomi dissociativi.

Nel campo delle patologie fisiche, la causa *stress* è una evidenza scientifica in più patologie ed in particolare: in quelle cardiovascolari, e dell’apparato digerente. Inoltre vi è evidenza che lo *stress* sostenga l’emergere di vari tipi di patologie psicosomatiche e la caduta delle difese immunitarie con una generalizzata maggiore vulnerabilità alle malattie.

E queste patologie indicate sono più frequenti tra le donne?

Sì. Abbiamo visto che i disturbi psichici, e in particolare ansia e depressione, sono molto più frequenti tra le donne, così le patologie cardiovascolari e quelle gastroenterologiche sono più diffuse tra le donne. Ma soprattutto le stesse diagnosi di disturbo post traumatico da *stress* e di sindrome di adattamento sono molto più diffuse tra le donne che non tra gli uomini.

Lo stress a quali condizioni di vita si riferisce più frequentemente?

Prima di tutto al lavoro. Il lavoro è la causa di *stress* più studiata finora e per più tempo. Essa è stata studiata soprattutto però come causa di *stress* nel lavoro maschile e nel lavoro con maggiori responsabilità (il lavoro del *manager*). Più recentemente lo *stress* ha preso in considerazione il lavoro subalterno e quello delle donne, che sono più giù nella scala sociale dei lavori (più dequalificati, con minori riconoscimenti) e anche la condizione stressante di chi il lavoro non ha.

Un significato condiviso dello *stress* al lavoro (*stress at work*) si riferisce oggi in prevalenza a una doppia condizione: 1. l'elevata pressione dei compiti (aumento dei compiti/riduzione del tempo di esecuzione); 2. il basso livello di controllo su di essi (scarsa o nulla auto-determinazione/autonomia).

E lo stress specifico della donna nel lavoro familiare è stato preso in considerazione?

In effetti vi sono pochi studi sull'argomento, e manca una diffusa consapevolezza che il lavoro familiare sia altamente stressante e che le donne siano anche più a rischio di *stress* degli uomini a parità di lavoro professionale. Mancano poi studi specifici sulle condizioni stressanti del lavoro domestico, come ad esempio la rilevazione di: turni continuati (non stop), la mancanza di pause, l'eccesso di responsabilità, la mancanza di adeguate valutazioni sociali ed economiche, ecc. Né vi sono tabelle e indicatori di rischio *ad hoc*, utili oltre che per la prevenzione, anche per la identificazione corretta della correlazione con specifiche patologie e per la valutazione del danno; mancano inoltre programmi di messa in sicurezza del lavoro familiare.

Quali sono in genere le “caratteristiche” per definire un lavoro stressante?

L'elemento stressante per eccellenza è il sovraccarico o “*surmenage*”.

Esso si misura in molti modi:

- il numero di compiti e responsabilità e la loro non equa suddivisione tra pari;
- l'eccedenza dei compiti rispetto a capacità professionali o personali;
- la scarsa autonomia;
- il numero di ore in eccedenza rispetto al lavoro regolare (8 ore);
- la non pianificazione dei turni;

- la frequenza di turni disagiati (notturni in particolare);
- la mancanza di pause adeguate tra i turni e all'interno dei turni;
- la mancanza di strumenti adeguati di informazione per il controllo del processo lavorativo e dei rischi connessi;
- la mancanza di luoghi e occasioni di socializzazione e scambio;
- la mancanza di un'adeguata messa in sicurezza del luogo di lavoro e degli strumenti del lavoro;
- la mancanza di adeguati riconoscimenti economici e di carriera.

E non è possibile applicare questi criteri anche al lavoro familiare?

Sul piano dei criteri sostanziali, il lavoro familiare appare con evidenza tutto sulle spalle delle donne. Ma non vi sono ancora sufficienti riconoscimenti giuridico-normativi del lavoro familiare. La giurisprudenza in materia (sentenze di Cassazione) insegna che nella definizione del nesso causale è sufficiente dimostrare la ragionevole probabilità del nesso senza che occorra l'assoluta certezza. Di più, anche nelle situazioni di concorso di cause (più cause che determinano la malattia) è sufficiente che lo *stress* lavorativo sia riconosciuto come causa idonea a provocare la malattia e non come causa esclusiva.

Ciò che risulta fondamentale è però l'individuazione di una condizione di lavoro come stressante. E ciò non è ancora stato sufficientemente affermato per quanto riguarda lo *stress* nel lavoro familiare.

Poi, mentre nel lavoro esterno l'addebito e la colpa della patologia colpisce penalmente o civilmente l'azienda o il datore di lavoro, in famiglia per il *surménage* chi è il responsabile? La responsabilità potrebbe ricadere sul *partner*, se si dimostra che ha negato l'aiuto e la condivisione, pur essendo nella possibilità di darlo, o sullo Stato che non ha fornito supporto alle donne in tutte le situazioni di isolamento e mancanza di appoggio familiare?

Sono tutte domande aperte che aspettano ancora oggi risposte

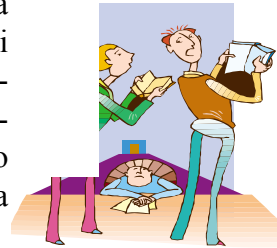
Ma oltre al sovraccarico esistono altre condizioni prese in considerazione nella valutazione dello stress e delle sindromi collegate?

Sì, e costituiscono oggi la vera novità delle patologie da *stress*.

Si tratta dell'analisi delle relazioni patogene che intercorrono sul luogo di lavoro, ma non solo, che si realizzano anche in famiglia.

Si tratta di due fenomeni molto simili che differiscono solo per il campo di applicazione, e per i quali valgono le stesse norme giuridiche: il maltrattamento familiare e quello lavorativo, definito come *mobbing*, dal termine inglese *to mob* che vuol dire "aggreddire con violenza".

Il maltrattamento familiare è la causa che il codice penale individua come insieme di atti lesivi protratti nel tempo. "Il delitto di maltrattamenti in famiglia è costituito da una condotta abituale che si estrinseca in più atti lesivi realizzati in tempi successivi, ma collegati da vincoli di abitudine e da una unica intenzione criminosa, di ledere in modo sistematico l'integrità fisica ed il patrimonio morale della vittima".



"Nello schema dei delitti di maltrattamento in famiglia non entrano solo le percosse, le minacce e le ingiurie e le privazioni imposte alla vittima ma anche gli atti di scherno, di disprezzo di umiliazione, di vilipendio e di asservimento che cagionano durevole sofferenza morale"

Il maltrattamento nel 95% riguarda le donne come vittime e gli uomini (*partner* o *expartner*) come maltrattatori.



Il mobbing è una forma di maltrattamento che si realizza sul lavoro in due direzioni principali: dal superiore all'inf-

riore (*mobbing* verticale) o da parte dei colleghi (*mobbing* trasversale). Esso si caratterizza per una serie di atti di emarginazione del lavoratore. Nel *mobbing* sono incluse, come forma specifica le molestie sessuali.

Anche questa forma di maltrattamento ha come vittime una percentuale sensibilmente più elevata di donne, e la quasi totalità di donne nelle molestie sessuali.

Ambedue questi eventi che danno luogo a sindromi da *stress*, hanno un denominatore comune che possiamo chiamare, insieme alla studiosa francese Marie France Hirigoyen: molestie morali o psicologiche.

L'obiettivo di tali comportamenti è unico: la riduzione all'impotenza della vittima, il che significa eliminazione, distruzione psicologica, o anche "messa in dipendenza" dell'altro.

Lo scopo è eliminare o ridurre all'impotenza il diverso, chi potrebbe essere un nemico, chi non si adatta alle regole del gruppo, chi mette in discussione l'autorità e il prestigio con la sua autonomia; oppure lo scopo è utilizzare le risorse e le competenze dell'altro appropriandosene come fossero proprie, senza riconoscerne la paternità/maternità.

Come si manifestano questi comportamenti?

Le strategie sono molteplici e in genere si avvantaggiano di un rapporto verticale ovvero del fatto che un *mobber* (aggressore) ha più potere del mobbizzato (vittima):

- attacchi alla possibilità di comunicare con la riduzione in isolamento;
- attacchi alla immagine sociale con il suo discredito;
- attacchi alla qualità del lavoro, valutandola ingiustamente come negativa;
- attacchi alle qualità personali, denigrazione della persona e delle capacità personali;
- attacchi alla salute con vere e proprie aggressioni fisiche, sessuali e verbali.

Tutti questi attacchi tendono a colpire le capacità di autonomia, d'iniziativa delle persone, e tendono a renderle insicure di sé e delle proprie risorse, bisognose dell'appoggio e del consenso dell'altro. In una parola minano l'autostima ed instillano il dubbio sulla qualità del proprio patrimonio di capacità e risorse personali.

Questa condizione di maltrattamento, comune all'ambiente lavorativo e familiare, si realizza non a caso di più rispetto alle donne. Nell'ambito familiare i dati sono quasi tutti al femminile; nell'ambito lavorativo colpiscono più donne che uomini.

Quale prevenzione?

La prevenzione del maltrattamento indica misure valide per i due campi:

- non lasciarsi isolare;
- avere o procurarsi le informazioni appropriate sui propri diritti;
- trovare alleanze e cercare supporti esterni;
- raccogliere le prove dei maltrattamenti.

Ma non sarebbe meglio andarsene dal lavoro o separarsi da un coniuge maltrattante e tutelare così la propria salute?

Sia il lavoratore/trice che la donna hanno con il lavoro e con la famiglia legami che non possono essere spezzati con facilità. Quasi sempre questi legami sono consolidati da dipendenze oggettive: il bisogno di lavorare per la sopravvivenza, il bisogno della relazione con il *partner* per la prole o per la sopravvivenza del nucleo familiare. In ciascuna di queste circostanze è necessario evitare soluzioni che si ritorcano sulla vittima e sulle persone che dipendono dalla vittima (famiglia e figli).

È necessario procedere quindi per gradi, in modo che se si arriva alla definizione del rapporto, ciò sia attribuito per colpa al datore di lavoro o al coniuge maltrattante, che ne dovrà pagare *in toto* le spese morali e materiali, garantendo alla vittima una posizione di tutela

della salute e della qualità di vita. Se infatti un lavoratore/trice si licenzia, e si ritrova nella condizione di disoccupato, forse avrà poi problemi più gravi della condizione precedente. E così la donna, se si separa, senza alcuna garanzia, potrebbe avere difficoltà a mantenere se stessa, o se stessa insieme ai figli.



CONSIGLI ALLE DONNE E AI LORO MEDICI



Che cosa è consigliabile fare in queste circostanze?

Prima di tutto essere informate sui rischi del maltrattamento all'interno del lavoro e della famiglia.

Poi sapere che psicologicamente è difficile capire di trovarsi in una condizione di maltrattamento/*mobbing* proprio perché gli strumenti usati sono sottili e puntano a far sì che la persona arrivi a disistimarsi ed a considerarsi colpevole o causa del maltrattamento.

Il processo in generale in cui si innestano i maltrattamenti e le molestie possono essere anche inizialmente connotate da atteggiamenti positivi o addirittura iperpositivi, che enfatizzano le qualità della futura vittima.

A questi atteggiamenti possono seguire poi richieste di prestazioni o di assunzioni di compiti eccessivi, o debordanti dai ruoli, o da quello che è considerato dalla persona come limite personale invalicabile.

Se le richieste vengono respinte, o se la persona mostra poca disponibilità, oppure se la persona mostra troppa autonomia mettendo in pericolo l'autorità e la posizione di prestigio dell'altro, o solo fa intravedere questo pericolo, il clima del rapporto può cambiare.

Il cambiamento di clima è contrassegnato da: distanza, distacco, ritiro della fiducia e del consenso; e poi a salire: le denigrazioni, gli attacchi, le violenze, ecc. ecc.

Le richieste cui non si dà seguito e il cambiamento di clima e di relazione devono suggerire alla persona la possibilità di un inizio di comportamento maltrattante o mobbizzante che può incidere sulla sua salute.

La prima cosa da fare quando ciò succede è non interrogarsi in questo modo: “che avrò fatto io per meritarmi questo cambiamento?”. Ma è opportuno mettersi subito a distanza per valutare il comportamento dell’altro, parlandone anche con altri, esterni alla situazione. Importante è non rimanere soli e non addossarsi le responsabilità, né credere alle critiche e alle svalutazioni dell’altro.

Che cosa devono fare i medici in rapporto al maltrattamento contro le donne sia sul lavoro sia a casa?

Parte dei consigli sono stati già dati in relazione alla depressione e alla violenza sessuale contro le donne.

- Essere attenti, nelle più comuni patologie delle donne, alle cause di stress, di maltrattamento e di *mobbing* nel lavoro e in casa.
- Fare domande sui sintomi in relazione al *come*, *quando* e *dove* compaiono con più frequenza e soprattutto in relazione al *dove* della loro prima insorgenza.
- Suggestire alla donna la possibilità che dietro il suo malessere vi possa essere una causa di questo genere, mostrando alcuni tra gli esempi più frequenti.
- Informare la donna che in letteratura molte delle patologie di cui soffre possono avere una causa ambientale e da *stress* più che individuale e biologica.
- Offrire riferimenti associativi di supporto sia legali sia sociali presenti sul territorio (centri antiviolenza, anti-*mobbing*, istituti di medicina legale e del lavoro).

CHE COSA DICONO LA PSICOLOGA, L'AVVOCATA, LA MEDICA LEGALE SU: MALATTIE PROFESSIONALI, *MOBBING*, MOLESTIE SESSUALI E MALTRATTAMENTO

LE MALATTIE PROFESSIONALI

Una malattia è considerata *professionale* quando trova la sua causa nella esposizione protratta agli effetti nocivi del lavoro.



Quando si accerta una malattia dipendente dal lavoro, può essere riconosciuta una responsabilità del datore di lavoro, per inosservanza delle norme di tutela del lavoratore o comunque, anche se non vi sono colpe riconoscibili e addebitabili alla struttura del lavoro o a singoli soggetti, il lavoratore ha diritto a tutte le provvidenze indicate per legge.

I lavori che comportano un rischio e le malattie a queste riconducibili sono tabellate e quindi gli eventuali danni sono riconosciuti subito come dipendenti da quel lavoro.

Sul piano storico, visto che gli uomini da più tempo e in modo più continuo occupano il mondo del lavoro, si ricava che la maggior parte delle patologie riconosciute in ambito lavorativo, siano quelle a maggior presenza maschile; mentre succede che le nuove patologie lavoro-correlate, i cui collegamenti con il lavoro devono ancora essere ben definiti, coinvolgano una parte preponderante di donne, che sono soggetti più recentemente immessi nel mondo del lavoro.

Se quindi un lavoratore/trice si ammala di una patologia non tabel-

lata (il cui nesso con il lavoro non è riconosciuto in origine) dovrà portare elementi a dimostrazione che la malattia è collegata all'attività lavorativa in senso fisico (contatto diretto e prolungato con sostanze nocive) e/o in senso strutturale/organizzativo (caratteristiche ambientali e relazionali negative del lavoro).

IL PUNTO DI VISTA LEGALE

Oggi, in materia di lavoro, in seguito ad un decreto legge emanato nel 2000, la valutazione del danno, derivante da malattia professionale, che precedentemente si riferiva soltanto a un danno lavorativo tabellato connesso all'attività lavorativa, è stato esteso anche al danno biologico, cioè al danno che incide sulla salute. Attraverso il danno alla salute, possono essere prese in considerazioni non solo patologie già riconosciute come correlate al lavoro, ma anche nuove patologie, come ad esempio quelle da *stress*.

Quando si accerta una malattia, **il reato normalmente contestato** è quello di lesione personale colposa (art. 590 c.p.) a carico del datore di lavoro che non ha tutelato la salute dei lavoratori o violato le norme della messa in sicurezza (art. 2087 c.c.).

Non sono assolutamente prese in considerazioni patologie connesse all'espletamento del lavoro domestico/familiare.

IL *MOBBING*

Il *mobbing*, ovvero il comportamento persecutorio sul lavoro può trovare la sua causa in una organizzazione di lavoro competitiva che tende ad emarginare chi non riesce ad adeguarsi agli obiettivi della produttività.



Il *mobbing* è concordemente definito come “violenze morali e persecuzioni psicologiche, poste in essere da colleghi o superiori con carattere sistematico, duraturo e intenso”. *Il mobbing nei confronti delle lavoratrici spesso è il prodotto di una cultura di prevaricazione*

di genere. Il *mobbing*, come d'altra parte lo *stress* al lavoro, colpisce più donne che uomini e, nella Risoluzione del Parlamento europeo, assunta il 20 settembre 2001, al punto D, si legge che: "I casi di *mobbing* sono di gran lunga più frequenti nelle professioni esercitate più comunemente da donne che da uomini, e che hanno conosciuto una grande espansione nel corso degli Anni 90".

IL PUNTO DI VISTA LEGALE

Il *mobbing* non costituisce ancora una fattispecie di reato anche se vi sono proposte di legge per identificarlo come tale e per promuovere misure di prevenzione nei luoghi di lavoro. Attualmente il *mobbing* può configurare il reato di violenza privata (art. 610 c.p.) che tutela la libertà di autodeterminazione, la libertà psichica dell'individuo nella sua volontaria esplicazione. Con tale reato viene punito il comportamento di colui che, mediante minaccia o violenza anche psicologica pone in essere atti idonei a realizzare pressioni sulla volontà altrui, al fine di costringerla a fare, tollerare od omettere qualcosa.

LE MOLESTIE SESSUALI

"Nascono" prima del *mobbing* e oggi ne costituiscono una parte importante. Per molestia sessuale si intende: "ogni comportamento indesiderato a connotazione sessuale che offenda la dignità della persona nel mondo del lavoro, ivi inclusi atteggiamenti male accetti di tipo fisico, verbale o non verbale". (Risoluzione del Consiglio Europeo del 27.06.1990).



Le molestie sessuali sul lavoro riguardano principalmente le donne: un terzo (dati europei) di donne che lavorano ne sono vittime. Le molestie sessuali nella forma più grave costituiscono dei veri e propri ricatti che la donna subisce all'atto dell'ingresso nel mondo del

lavoro e per il mantenimento del posto di lavoro (questi sono i più frequenti); per la carriera poi, e per ogni altro evento occupazionale. Le molestie sessuali costituiscono spesso l'inizio di comportamenti persecutori e di *mobbing*, soprattutto se dalla donna sono state rifiutate le "proposte sessuali".

IL PUNTO DI VISTA LEGALE

Anche per le molestie sessuali sul lavoro non vi sono ancora leggi che identificano un reato specifico, ma solo progetti di legge. Vale per le molestie la legge sulla violenza sessuale quando la donna viene costretta a subire o a compiere atti sessuali anche di lieve entità (quali ad es. manomorta, bacio, tocamenti di parti normalmente considerate sessuali quali glutei, seno) mediante violenza, minaccia o abuso di autorità, il reato è quello di violenza sessuale (609 bis c.p.).

IL MALTRATTAMENTO FAMILIARE

Il maltrattamento familiare è un comportamento che si verifica di solito nell'ambito della convivenza o della coabitazione e riguarda maltrattamenti fisici e/o psichici esercitati da un membro della compagine familiare nei confronti di un altro che, per età o struttura fisica o soggezione psicologica, presenta difficoltà a sottrarsi ad esso.

Le vittime di maltrattamento sono in genere bambini/e, vecchi e specialmente donne, in questo caso l'aggressore è per lo più un *partner* o un *ex partner*.

IL PUNTO DI VISTA LEGALE

Questo comportamento configura un reato previsto dal nostro codice penale (art. 572), punibile con la reclusione da 1 a 5 anni. Nella pratica legale è emerso che l'informazione su questo reato è carente.

Quello che caratterizza il reato di maltrattamento è l'abitualità del comportamento vessatorio; gli episodi non devono essere occasionali o sporadici, ma ripetuti nel tempo anche se per un limitato periodo di tempo, e idonei a provocare sofferenze psichiche o fisiche nella donna. Consiste in una serie di atti lesivi dell'integrità fisica o psichica, della libertà o della dignità delle persone di famiglia, in modo da rendere abitualmente dolorose le relazioni familiari. Vi rientrano anche gli atti di disprezzo, di umiliazione, di svalorizzazione che causano durevole sofferenza psicologica.

La coabitazione o la convivenza non sono presupposti essenziali del maltrattamento pertanto tale reato è configurabile anche nei casi di persecuzione da parte dell'ex marito o ex convivente, che pone in essere una condotta lesiva dell'integrità psicofisica della donna.

È un reato poco utilizzato perché fatti quali ad esempio: l'avarizia esasperata, il disprezzo, il pedinamento, l'isolamento, il controllo, lo scherno, il silenzio immotivato, la violenza sulle cose, il non riconoscimento dell'altro, generalmente non vengono individuati come comportamenti penalmente rilevanti.

Tali comportamenti al contrario sono rilevanti anche in sede civile. La giurisprudenza civile nelle cause di separazione tra i coniugi li considera causa di addebito della separazione (la sentenza che dichiarerà la separazione ne attribuirà la responsabilità all'autore di detti comportamenti). La Corte di Appello di Torino con sentenza del 21.2.2000 li ha accomunati al *mobbing* e ha affermato che: "costituisce causa di addebito della separazione il comportamento del marito che assuma in pubblico atteggiamenti di *mobbing* nei confronti della moglie, ingiuriandola e denigrandola, offendendola sul piano estetico, svalutandola come moglie e come madre".

In rapporto a queste cause, lavorative e non, quali sono le patologie che colpiscono di più le donne?

Le patologie fisiche sono collegate più facilmente all'ambiente e alle condizioni fisiche ed ergonomiche del lavoro e cioè: le caratteri-

stiche del luogo di lavoro (umidità, aerazione, illuminazione, ecc.), la posizione, il movimento le caratteristiche dei materiali, gli strumenti di lavoro, la quantità di lavoro, ecc. È chiaro che se l'ambiente fisico lavorativo è inappropriato si possono anche sviluppare sintomi psichici secondari.

Oggi in Europa e in Italia, si dà estrema rilevanza ai disturbi muscolo scheletrici che interessano soprattutto gli arti superiori e la colonna vertebrale: essi sono indicati come patologie emergenti nel mondo del lavoro al femminile (dati dell'Organizzazione mondiale della sanità, dell'Agenzia europea del lavoro, nonché dell'ISPESL, Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro, e dell'INAIL). Le cause più frequenti di queste patologie sono: i lavori manuali con il sollevamento carichi, le posizioni non corrette ed i movimenti ripetitivi.

Tra i disturbi muscolo-scheletrici più frequenti vi sono: le artropatie, sindromi del tunnel carpale, discopatie, dolori alla schiena, che colpiscono di più le lavoratrici, sia in termini relativi sia assoluti (dati INAIL, aprile 2002).

Queste patologie sono molto più frequenti nelle donne che lavorano perché interessano le tipologie di lavoro in cui è maggiormente impiegato il sesso femminile: lavori manuali, subalterni, lavori in posizioni poco corrette, protratte a lungo; condizioni che ritroviamo anche nel lavoro domestico

Allora queste patologie sono anche associabili al lavoro domestico?

Certamente, nelle donne va notato che all'attività lavorativa dipendente si associa quasi sempre un'attività lavorativa familiare, che da sola o assommandosi alla prima può comportare danni alla salute.

A ben guardare, molti dei lavori che la donna svolge all'esterno non sono altro che un segmento del lavoro complessivo che la donna svolge a casa. Se pensiamo a una casalinga, possiamo pensare a un insieme di lavoratrici quali ad esempio: l'addetta alle pulizie, alla lavanderia, alla stireria, alla ristorazione, all'assistenza e alla cura, ecc.

Il profilo della casalinga contiene cioè un insieme di profili professionali e quindi un insieme di rischi connessi. La valutazione del lavoro femminile dovrebbe essere quindi molto più complessa e articolata, ma soprattutto non dovrebbe essere ignorata come avviene ancora oggi.

A conferma della contiguità tra lavoro esterno e lavoro casalingo notiamo che le patologie di cui maggiormente soffrono le donne al lavoro sono anche quelle maggiormente diffuse tra la popolazione femminile totale, e cioè anche tra le donne che svolgono solo il lavoro di casa. Secondo i dati ISTAT 1999-2000: artrosi, artriti, lombosciatalgia, cefalea, disturbi nervosi, malattie allergiche, vene varicose, sono le patologie più diffuse tra la popolazione femminile della fascia di età compresa tra 25-54 anni.

E le patologie psichiche?

Le patologie psichiche sono invece correlate a condizioni disagiati sul lavoro, sia in riferimento a sovraccarichi e a mancanza di autonomia e riconoscimenti adeguati (economici e di carriera), sia in riferimento a maltrattamenti psicologici e violenze morali e sessuali.

Tipicamente la sofferenza psichica conseguente a relazioni interpersonali, da cui è difficile prescindere, deriva da comportamenti vessatori, lesivi della dignità e dell'immagine, mirati alla distruzione della stima di sé e degli altri. Effetti più tipici di questi comportamenti sono i disturbi ansiosi e depressivi.

Anche queste patologie sono associabili al lavoro domestico?

Il lavoro familiare, che compete a tutte le donne anche a quelle non casalinghe, come si è già detto in più occasioni, può essere considerato un insieme complesso di attività e responsabilità, che spesso produce un sovraccarico (considerato il primo fattore dello *stress*). Al sovraccarico dobbiamo aggiungere alcune condizioni frequen-

te presenti nel lavoro domestico/familiare quali: l'isolamento, la mancanza di comunicazione, la mancanza di riconoscimenti economici, la mancanza di pause, la ripetitività, ecc.; tutti considerati fattori stressanti nel lavoro extra-familiare.

Se poi consideriamo che all'interno della famiglia sono anche frequenti le condizioni di maltrattamento nei confronti delle donne (dati dell'Organizzazione mondiale della sanità) possiamo ipotizzare un profilo di lavoro, quello casalingo, fortemente a rischio non solo per le patologie fisiche, ma soprattutto per quelle psichiche.

Non esiste alcun riconoscimento per il lavoro domestico?

Attualmente l'unico riconoscimento dato al lavoro familiare è l'assicurazione obbligatoria alle casalinghe e a tutti coloro che, in età compresa tra i 18 ed i 65 anni, svolgono il lavoro finalizzato alle cure della propria famiglia e dell'ambiente circostante, gratuitamente e senza vincoli di subordinazione.

Ma tale assicurazione non prevede una protezione per le malattie professionali, né per gli infortuni domestici che sono invece anche molto frequenti nelle donne.

Quali sono invece le norme di riferimento per riconoscere il diritto alla salute nel lavoro?

Prima di tutto la **Costituzione**:

☛ l'**art. 32** tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo;

☛ l'**art. 37** garantisce la parità tra uomo e donna nell'ambito del lavoro contro la discriminazione arbitraria;

☛ l'**art. 41**, comma 2, che attiene al divieto per l'iniziativa privata di arrecare danno alla sicurezza, alla libertà e alla dignità umana.

Poi il **Codice Civile**:

☛ l'**art. 2087** del codice civile pone a carico del datore di lavoro l'obbligo di tutelare la integrità fisica e la personalità morale dei propri dipendenti. Ai sensi dell'art. 2087 "l'imprenditore è tenuto ad adottare nell'esercizio dell'impresa le misure che, secondo la particolarità del lavoro, l'esperienza e la tecnica sono necessarie a tutelare l'integrità fisica e la personalità morale del prestatore d'opera";

☛ l'**art. 2059** c.c. riconosce il diritto al risarcimento del danno patrimoniale derivante dal reato;

☛ l'**art. 2103** c.c. tutela la professionalità del lavoratore e indica il diritto del lavoratore all'effettivo svolgimento della propria prestazione professionale;

☛ l'**art. 3** del decreto legislativo n° 626/94 impone tra le misure di tutela dei lavoratori: "il rispetto dei principi ergonomici nella concezione dei posti di lavoro e nella definizione dei metodi di lavoro.

Questi articoli fanno riferimento alla necessaria tutela, da parte del datore di lavoro, della personalità morale e della dignità umana del lavoratore. Essi quindi consentono di qualificare come illecito ogni comportamento che ingiustificatamente cagioni al lavoratore un pregiudizio sia per la salute sia per la sua professionalità e personalità.

In questo modo esiste la possibilità, nelle relazioni di lavoro, di individuare condizioni "illecite" che mortificano la personalità del lavoratore (sovraccarico, *stress*, molestie morali o sessuali, *mobbing*) e che provocano danni psicofisici o morali.

Tipico danno alla salute è una malattia psichica o fisica. Se questa si dimostra essere in rapporto causa-effetto con una condizione "illecita" essa potrà essere risarcibile.

Che cosa si intende per danno alla salute?

Oggi varie sentenze della Corte di cassazione indicano come il danno alla salute derivi dalla compromissione del bene-salute, quale **diritto inviolabile della persona alla pienezza della vita e all'esplorazione della propria personalità morale, intellettuale, culturale.**

Salute pertanto intesa non solo quale assenza di malattia, ma come stato di completo benessere fisico, mentale e sociale.

All'interno del danno alla salute si colloca in linea preponderante il danno biologico e il danno biologico di natura psichica, e per alcuni aspetti anche il danno esistenziale.

Quali sono le differenze tra questi danni?

- Il **danno biologico** è la limitazione o compromissione temporanea o definitiva della complessiva integrità psicofisica dell'essere umano. Costituisce una lesione del diritto inviolabile della persona alla salute (art. 32 della Costituzione). Tale danno, che ricomprende anche il danno psichico, va provato attraverso documentazione medico sanitaria e medico legale, per attestare la lesione della salute fisica e/o psichica subita, e la riconducibilità della stessa al fatto illecito. All'interno del danno biologico vi sono come sue specificazioni anche il danno estetico e il danno sessuale.

- Il **danno esistenziale** originariamente riferito al solo specifico aspetto della vita di relazione, è stato poi esteso a ogni violazione dei diritti fondamentali della persona. Esso è diventato una nuova e autonoma categoria di danno alla dignità della persona e alla qualità di vita, che dovrebbe risarcire i danni alla persona, se non è stata lesa nella salute fisica e psichica, ma colpita solo da un disagio esistenziale. Il danno esistenziale non deve essere conseguente a un reato.

È una categoria di danno molto discussa. La giurisprudenza ha riconosciuto il danno esistenziale nelle situazioni di violazione degli obblighi di mantenimento ad opera del marito e padre nei confronti dei propri congiunti. In caso di *mobbing* sui luoghi di lavoro, di molestie sessuali in fabbrica o in ufficio, la giurisprudenza in materia fa riferimento non solo all'obbligo della tutela della salute, ma anche all'obbligo della tutela della personalità morale del lavoratore.

E questi danni sono risarcibili?

Tutti i danni alla salute, di per sé non patrimoniali, possono essere risarcibili con la corresponsione di una somma di denaro come riparazione del danno subito.

Qual è il percorso giuridico da intraprendere nei casi di: maltrattamento familiare, *mobbing*, molestie sessuali, per la tutela del diritto alla salute e per il riconoscimento di un danno?

- MALTRATTAMENTO FAMILIARE

Innanzitutto oggi grazie alla legge 154/2001 è possibile chiedere al giudice civile o penale che il maltrattatore (coniuge, convivente o altro componente del nucleo familiare) venga allontanato da casa (anche se ne è esclusivo proprietario). Con l'ordine di allontanamento il giudice può imporre altresì all'autore della violenza di non avvicinarsi a luoghi di lavoro, domicilio, istruzione o altri luoghi abitualmente frequentati dalla persona offesa, nonché l'obbligo di versare un assegno mensile, se la persona offesa o altri componenti della famiglia (ad esempio i figli) siano rimasti privi di mezzi adeguati.

L'aspetto più innovativo di questa legge è che la vittima potrà ottenere dal giudice civile l'allontanamento immediato dell'autore della violenza in tempi brevissimi, quando è in atto un "*grave pregiudizio all'integrità fisica o morale ovvero alla libertà dell'altro coniuge o di altro convivente*".

Tali provvedimenti possono essere chiesti anche al giudice penale in presenza di denuncia o querela per reato di maltrattamenti.

Il reato di maltrattamenti è procedibile d'ufficio e pertanto chiunque ne sia a conoscenza può denunciarlo; ma anche colui che è incaricato di pubblico servizio (un operatore del servizio sanitario, ad esempio) ha l'obbligo di denunciarlo.

Con la presentazione di una denuncia o di una querela da parte della persona offesa, si dà avvio a un'azione penale e si chiede la con-

danna dell'autore della violenza. Durante il processo, con l'assistenza di un avvocato, la persona offesa può costituirsi parte civile al fine di chiedere, oltre la condanna penale, anche il risarcimento del danno morale, biologico, esistenziale e patrimoniale subito.

In mancanza di un processo penale o in mancanza di costituzione di parte civile nel processo penale, tale risarcimento dei danni può essere richiesto al Tribunale civile. In entrambi i casi il giudice dovrà accertare il fatto illecito e le conseguenze dannose per la persona offesa.

Ma mentre nel giudizio penale, l'accertamento della responsabilità dell'imputato potrà fondarsi anche solo su un giudizio di attendibilità della persona offesa, nel giudizio civile ciò non è possibile dovendosi apportare necessariamente prove esterne.

Normalmente il giudice penale con la sentenza di condanna, decide anche sul danno, assegnando alla persona offesa, solo su sua richiesta, una somma provvisoria come anticipo del risarcimento. Per l'ulteriore liquidazione e quantificazione del danno rimette al giudice civile.

Nel corso degli ultimi anni, anche se in pochi casi, alcuni giudici penali in sede di sentenza di condanna hanno deciso, così come previsto dal nostro codice penale, **anche sulla somma da versare a titolo definitivo di risarcimento del danno.**

PROMEMORIA PER LE DONNE

- Il maltrattamento e la violenza vanno immediatamente fermati perché tendono a incrementarsi nel tempo e a cronicizzarsi con gravi danni per la salute.
- il maltrattamento nella coppia cui assistono i figli (*maltrattamento assistito*) crea gravi conseguenze per la salute dei minori
- L'assenza di reazione non provoca cambiamenti positivi.
- Esistono gli strumenti giuridici da azionare subito per tutelarsi.
- È possibile, indipendentemente dalla separazione, chiedere immediatamente l'allontanamento del *partner* violento dalla casa familiare, e ottenere anche un assegno mensile.
- È importante confidarsi con amici, parenti, insegnanti dei propri figli, vicini di casa ed uscire dall'isolamento cui si è costrette.
- È importante acquisire certificati medici in caso di lesioni fisiche o psichiche.
- È necessario rivolgersi a persone specializzate sul tema.
- È preferibile rivolgersi ai centri antiviolenza o a centri esperti di maltrattamento.

- **STRESS, MOBBING E MOLESTIE SESSUALI**

I comportamenti riconosciuti in **dottrina e giurisprudenza** come capaci di provocare un danno alla salute sono: il *sovraccaricare* un lavoratore di compiti stressanti; lo *stalking*, ovvero il controllo costante del lavoratore per abolire tutti i tempi morti, il *mobbing* la persecuzione finalizzata alla emarginazione/espulsione; le *molestie sessuali* finalizzate alla coercizione della libertà sessuale.

Vi è da segnalare un rapporto tra *mobbing* e molestie sessuali, nel caso che queste siano respinte da parte della lavoratrice, il comportamento mobbizzante può essere la punizione per colei che ha respinto le richieste sessuali.

La maggioranza di questi comportamenti sono relativi a un tipo di rapporto interpersonale che passa da sovraordinato a subordinato, essi quindi sono aggravati dal potere oggettivo che il sovraordinato detiene e che si configura come arma di ricatto e di pressione impropria.

Questi comportamenti possono provocare come danno alla salute una vera e propria malattia. In questo caso il reato ipotizzabile sarà quello di lesione colposa (art. 590 c.p.) quando non c'è la volontà di arrecare il danno, ma solo negligenza, imprudenza e imperizia; sarà di lesione dolosa (artt. 582-583 c.p.) quando vi è la volontà di arrecare un danno con un determinato comportamento.

Quali reati sono più frequentemente richiamati dai comportamenti illeciti sul lavoro e in famiglia?

art. 570 C.P. - Violazione degli obblighi di assistenza familiari	art. 609 bis e successivi C.P. - Violenza sessuale
art. 572. C.P. - Maltrattamenti in famiglia	art. 610 C.P. - Violenza privata
art. 582-585 C.P. - Lesioni personali	art. 612 C.P. - Minaccia
art. 590 C.P. - Lesioni personali colpose	art. 614 C.P. - Violazione di domicilio
art. 594. C.P. - Ingiurie	art. 615 bis C.P. - Intercettazioni telefoniche nella vita privata
art. 581 C.P. - Percosse	art. 660 C.P. - Molestia o disturbo alle persone

Come e quali prove raccogliere per accertare un danno?

Le prove, per questi comportamenti illeciti, lesivi della salute o della personalità, sono a carico della persona offesa e del p.m. (pubblico ministero) nel processo penale; sono esclusivamente a carico della persona offesa nel processo civile. Le prove possono essere testimoniali o documentali.

Le prove testimoniali possono riguardare fatti e circostanze visti direttamente dal teste e in sede penale anche fatti e circostanze a lui riferiti dalla persona offesa. Pertanto è sempre importante che la persona offesa esca dall'isolamento e chieda aiuto e sostegno, o semplicemente comunichi la propria situazione sul lavoro a un collega o a una collega di sua fiducia; in caso di maltrattamenti in famiglia, ad un parente o amica o vicina di casa; a un insegnante, o assistente sociale, o al parroco. Ognuna di queste persone potrà riferire su determinati fatti e/o circostanze che ha visto, sentito, o che le ha riferito la persona offesa (art. 195 c.p.p).

Tra le prove documentali la principale è quella medico-sanitaria: ogni atto lesivo influisce sulla salute e ciò può essere documentato, se ogni volta ci si reca dal proprio medico o anche ad un pronto soccorso, per farsi certificare lo stato di salute e riferendo anche la causa scatenante. Questa documentazione vale sia per il lavoro sia per la situazione di maltrattamento in famiglia.

Per quanto riguarda il lavoro si possono raccogliere prove documentali come lettere di richiamo o di biasimo, provvedimenti immotivati di modifica di mansioni, trasferimenti di sede, spostamenti di uffici, ecc. che testimoniano la presenza di un comportamento persecutorio.

In che modo le donne possono cooperare con i tecnici nell'azione di autotutela?

Va ribadito che occorre parlare sempre con altri di quanto ci sta accadendo mentre accade, in modo da poter disporre un domani di

prove testimoniali, **sia pure indirette**, e di far constatare ai sanitari, ogni volta che è possibile, gli effetti fisici e/o psichici che determinati comportamenti hanno avuto sul proprio stato di salute.

È opportuno che ogni variazione dell'equilibrio psicofisico, effetto di un comportamento maltrattante, sia sottoposta a una osservazione medico/sanitaria e sia certificata.

Così è utile che la donna, che si appresta a iniziare un *iter* giudiziale, prepari una "memoria" sulla propria vita, suddividendola in una sequenza di eventi *prima* e *dopo* la condizione di *stress*, maltrattamento o altro. Nella memoria, la donna può raccogliere i dati sulla propria salute, sulle proprie relazioni e interessi, sulla qualità di vita e sulla propria personalità, così come si palesa prima e dopo gli eventi in discussione, in modo da dare conto dei cambiamenti avvenuti e della qualità/quantità del danno subito.

Questo tipo di ricostruzione costituisce la base su cui il tecnico, lo psicologo, l'avvocato, il medico legale, possono fondare una valutazione clinico-giuridica delle interconnessioni tra lo stato di salute della donna e la condizione familiare o lavorativa di cui si suppone e si argomenta la lesività.

Spesso infatti in carenza di una ricostruzione dettagliata e attendibile, il legale si trova nella situazione di non riuscire a inquadrare l'insieme dei fatti e degli eventi o nella impossibilità a dare un ordine cronologico e logico ai fatti che la donna racconta; ciò può determinare la mancanza di un'azione legale appropriata, o spesso anche la rinuncia all'azione, considerata poco fondata. Può essere utile allora in situazioni di particolare complessità degli eventi utilizzare il supporto di un tecnico per la ricostruzione della storia personale, da cui si evinca con chiarezza il maltrattamento subito.

Che cosa deve fare il tecnico per valutare appropriatamente una condizione di maltrattamento?

Tra le varie attività segnaliamo le seguenti come principali:

- una accurata indagine anamnestico-situazionale, con partico-

lare riguardo alla tipologia e alla forza della carica stressante/traumatica, contenuta nell'evento di maltrattamento;

- una approfondita valutazione quali/quantitativa delle eventuali variazioni psichiche intervenute tra l'epoca precedente e l'epoca successiva all'evento;
- la definizione diagnostica appropriata degli eventuali disturbi psicopatologici;
- l'analisi di ogni possibile elemento di connessione causale/concausale tra l'evento ed i disturbi psichici e psicosomatici riscontrati;
- l'analisi del profilo di sensibilità personale all'evento, anche in relazione alla storia personale precedente;
- l'analisi differenziale tra modalità comportamentali/relazionali successive all'evento da considerarsi come effetto di questo, e modalità precedenti;
- la valutazione del danno conseguente all'evento, in relazione ai vari piani di vita: lavorativo/professionale; relazionale, affettivo, di immagine, ecc.

I. MEDICINALI AMICI – MEDICINALI NEMICI: COME CONOSCKERLI E COME IMPARARE A USARLI

Che cosa sono i medicinali?
Che cosa dire della sperimentazione dei farmaci?
Che cosa dire dell'uso dei farmaci in gravidanza?
Le donne usano più farmaci degli uomini?
Quando si può parlare di abuso dei farmaci?

2. CURA, AUTOCURA E PARTECIPAZIONE DELLA DONNA AL PROCESSO DIAGNOSTICO

Le donne vivono più a lungo, ma in peggiori condizioni di salute?
Le donne fanno un maggior ricorso al medico?
Le donne si lamentano troppo?
Le donne sono malate immaginarie?
La cura dei malati tocca alle donne?

MEDICINALI AMICI – MEDICINALI NEMICI: COME CONOSCERLI E COME IMPARARE A USARLI

247



DEFINIZIONE E CARATTERISTICHE GENERALI DEI MEDICINALI

Si chiama “medicinale” ogni sostanza capace di agire sull’organismo umano per curare, prevenire, o diagnosticare una malattia. Può trattarsi di una sostanza chimica, di un estratto vegetale (medicine vegetali), di una sostanza biologica tratta da organismi viventi (componenti del sangue o ormoni), o anche di sostanze biologiche.

Queste sostanze, prima di essere utilizzate, vengono appositamente studiate per dimostrarne gli effetti sull’uomo e si chiamano anche “principi attivi”.

Gli studi sono richiesti dalle autorità sanitarie nazionali (Ministero della Salute) o europee (Agenzia per la valutazione dei medicinali o EMA, con sede a Londra) per dimostrare la buona qualità del farmaco, la sua efficacia e la sua sicurezza.

Le industrie farmaceutiche, al termine di questi studi, utilizzano i principi attivi per produrre diverse “specialità medicinali” in diverse “confezioni” a cui danno un nome di fantasia. Si verificano in tal modo due fenomeni:

- 1) chi utilizza il medicinale impara a conoscerlo con il nome di

fantasia (per esempio “Esidrex”) e non ne conosce il principio attivo (per esempio “idroclorotiazide”) né l’effetto (per esempio, si tratta di un farmaco che fa aumentare la produzione di urine, ossia di un “diuretico”);

2) lo stesso principio attivo è contenuto in numerose medicine che quindi sono uguali tra loro, ma apparentemente diverse. Può succedere che un paziente assuma due medicine uguali contemporaneamente con rischio di sovradosaggio e di tossicità.

L’industria che produce una specialità medicinale ne è proprietaria in base alla legge sui brevetti. Ad esempio se un principio attivo è brevettato nessuno può riprodurre (copiare) quel principio attivo se non ottiene il permesso del proprietario. Quando però il brevetto è scaduto tutti possono copiare il principio attivo e venderlo, ma non con il nome della specialità bensì con il nome ‘generico’ del principio attivo. Nascono così i farmaci generici che hanno la stessa composizione e la stessa attività delle specialità, ma sono vendute a un prezzo più basso (in Italia il generico deve costare almeno il 20% in meno rispetto alla specialità. In alcuni casi il prezzo può essere inferiore del 50% o più!).

Poiché ciò che caratterizza un ‘medicinale’ è il suo principio attivo si comprende che: **non sono giustificate le preoccupazioni di alcuni consumatori rispetto all’utilizzo dei generici** che non si differenziano dalle specialità a più alto costo.

Pur essendo sempre più frequente l’impiego di sostanze attive che non sono specialità medicinali (i cosiddetti “prodotti alternativi” utilizzati per la cura di svariate malattie tra cui i prodotti a base di erbe o i prodotti omeopatici), le specialità medicinali sono le più comunemente utilizzate e, attualmente, le uniche fornite dal servizio sanitario nazionale.

Le specialità medicinali sono, inoltre, almeno allo stato attuale, le uniche sottoposte a una precisa e severa normativa di cui lo Stato si fa carico e che regola tutte le fasi della nascita di un prodotto, dalla

sua scoperta alla sperimentazione sull'animale e sull'uomo, dal modo in cui deve essere confezionato alle istruzioni sull'uso, dalla modalità di vendita alle precauzioni da tenere durante l'uso, la conservazione, ecc.

In questo senso quindi, *se correttamente utilizzato un 'farmacologico' non è più pericoloso di una 'sostanza naturale' anzi può essere vero il contrario* in quanto alcune 'medicine naturali' vengono utilizzate senza che ne siano davvero noti i componenti e gli effetti collaterali o tossici.

IN SINTESI

- 'Farmaco' è ogni sostanza, chimica, biologica, vegetale, naturale, ecc. capace di agire sull'organismo umano con effetti farmacologici.
- Ogni farmaco è dotato di effetti potenzialmente positivi e di effetti potenzialmente negativi la cui natura viene accertata attraverso lo svolgimento di numerose prove o esperimenti, in vitro e in vivo.
- Al termine delle prove le sostanze esaminate possono essere immesse in commercio e si chiamano 'specialità medicinali'.
- Le 'specialità medicinali' non possono essere copiate fino a quanto sono protette da brevetto. Successivamente con gli stessi principi attivi si possono produrre 'farmaci generici'.
- Il farmaco 'generico' ha la stessa composizione, efficacia e tossicità della specialità medicinale contenente lo stesso principio attivo, ma ha un costo minore.
- Anche quando si adoperano 'sostanze naturali' o altre sostanze vendute per la cura o per il benessere, accanto a effetti positivi possono comparire effetti negativi. Spesso però tali sostanze non vengono sottoposte a particolari prove prima della commercializzazione e per tale motivo bisogna utilizzarle con grande prudenza.



LA SPERIMENTAZIONE CLINICA

È opportuno ricordare che gli studi effettuati sui principi attivi hanno lo scopo di documentare, da un lato, le azioni curative sulle malattie, dall'altro gli effetti tossici che sempre accompagnano l'uso di sostanze estranee all'organismo. Solo quando questi effetti sono ben conosciuti e, soprattutto, limitati rispetto ai vantaggi, un principio attivo viene "autorizzato", dalle competenti autorità, ad essere utilizzato come medicinale.

Nel corso degli studi, vengono anche definite le *dosi* adeguate al trattamento, le *precauzioni* necessarie durante l'uso, le *controindicazioni* e le possibili interazioni con altri farmaci o altre sostanze.

I risultati di questi studi (farmacotossicologici) dipendono da un lato dalle caratteristiche del farmaco (composizione chimica, distribuzione, assorbimento, affinità per organi speciali, ecc) e dall'altro dalle caratteristiche dell'organismo con cui vengono a contatto.

In realtà gli effetti dei farmaci, sia in termini di efficacia sia in termini di tossicità, sono condizionati da molti fattori che sono diversi nell'uomo e nella donna. Ad esempio la diversa distribuzione del grasso corporeo, il diverso metabolismo, la capacità di alcuni organi quali fegato e rene di smaltire le sostanze, la presenza di ormoni sessuali, la prevalenza di alcune malattie che hanno frequenza o decorso diverso nei due sessi. Ma anche altri fattori apparentemente meno rilevanti possono interferire sugli effetti dei farmaci. Ad esempio il transito intestinale nella donna è più lento e l'acidità gastrica può influire sull'assorbimento (vedi il caso delle benzodiazepine e dei barbiturici).

Ne deriva che un 'farmaco' efficace e sicuro per i soggetti di sesso maschile può non esserlo per le donne e che perciò un farmaco deve

essere studiato sia negli uomini sia nelle donne per ridurre i pericoli di effetti tossici indesiderati. Invece per anni i farmaci sono stati studiati esclusivamente negli uomini per effetto di una vera e propria ‘esclusione’ del sesso femminile dalle sperimentazioni cliniche considerate non etiche rispetto al ruolo procreativo delle donne.

Tale esclusione però si è rivelata controproducente perché lascia un vuoto di conoscenza che espone le donne e la loro prole a un rischio maggiore proprio perché sconosciuto.

Un esempio significativo è rappresentato dalle ‘statine’, farmaci ipolipemizzanti (che riducono il colesterolo) introdotti sul mercato sulla base di studi non centrati sul genere. Dopo alcuni anni di commercializzazione si è però rilevato che le statine possono essere meno efficaci e più pericolose quando utilizzate dalle donne. In particolare la ‘cerivastatina’, attualmente ritirata dal commercio, determinava gravi effetti a carico del muscolo (rabdomiolisi) e insufficienza renale con una frequenza più che doppia rispetto all’uomo.

Un altro settore in cui si vanno accumulando evidenze dell’influenza del sesso sulla risposta ai farmaci è rappresentato dai farmaci attivi sul sistema nervoso centrale: le donne rispondono più favorevolmente ad alcuni farmaci antidepressivi rispetto ad altri (farmaci triciclici), hanno più effetti collaterali se trattate con psicotropi, in menopausa hanno bisogno di dosaggi più bassi, i dosaggi devono essere modificati se si associa al trattamento con i contraccettivi orali.

Allargando l’analisi alle principali patologie che colpiscono le donne è ragionevole ritenere che la maggior parte dei trattamenti, misurati sull’uomo, avvengano in assenza di salde evidenze scientifiche ma che, raccogliendo i dati disponibili si possa incidere sulle abitudini del medico stimolandolo a porre l’attenzione su scelte terapeutiche adeguate per il sesso femminile.

I dati più recenti dicono che almeno il 30% dei nuovi farmaci vengono approvati dall’FDA (Food and Drug Administration) in assenza di informazioni specifiche che riguardano il sesso femminile. In Europa purtroppo questa percentuale è ancora più elevata per la mancanza delle iniziative legislative assunte nell’ambito di apposite ‘politiche

dell'inclusione'. Questa mancanza di informazioni si verifica anche a dispetto del fatto che in molte sperimentazioni cliniche le donne sono regolarmente inserite; ma poi tale inserimento non dà luogo ad un'analisi dei dati che valuti i risultati separatamente su uomini e donne.

In conclusione ci troviamo di fronte ad una situazione in notevole evoluzione in cui aumentano gli studi che riguardano le donne, aumenta la sensibilità a questo problema e aumentano i dati a disposizione per utilizzare i farmaci nel modo più opportuno. Purtroppo questi dati non fanno parte dei comuni strumenti di informazione sull'uso dei medicinali, ad esempio non compaiono nei fogli illustrativi, se non in una davvero ridotta percentuale dei casi. Un altro problema per le donne italiane è rappresentato dal fatto che la maggiore esperienza su questi argomenti è stata raccolta negli USA e solo per analogia si può applicare al resto del mondo.

Occorre perciò un impegno delle società scientifiche e delle istituzioni: una o più linee-guida diretta/e ai medici curanti (o anche alla popolazione) potrebbero essere di grande aiuto nel migliorare il livello di salute delle donne attraverso una corretta prescrizione e somministrazione dei farmaci di più comune impiego.

IN SINTESI

- I farmaci possono essere utilizzati in condizioni di sicurezza solo quando se ne conoscono gli effetti (positivi e negativi) in maniera differenziata per i due sessi.
- Per anni le donne sono state escluse dalla sperimentazione clinica in maniera indiscriminata. Oggi molti studi comprendono le donne, ma in meno del 30% dei casi negli USA e in misura ancora minore in Europa vengono forniti i risultati differenziati per uomini e donne.
- Questo si traduce nel fatto che non ci sono istruzioni per un uso corretto dei farmaci anche di comune impiego nelle schede tecniche o nei fogli illustrativi.
- I medici curanti dovrebbero porre maggiore attenzione agli effetti dei farmaci correlati al genere e correggere di conseguenza dosi e tempi di somministrazione.



UTILIZZO DI MEDICINALI IN GRAVIDANZA

Il principale motivo per cui le donne sono state escluse dallo svolgimento delle sperimentazioni cliniche è rappresentato dal timore che i farmaci sperimentali possano avere effetti negativi sulla prole o sul feto. Questi timori sono giustificati anche alla luce di gravi episodi verificatisi in passato.

Ad esempio risale agli Anni 60 l'esperienza della talidomide, un farmaco che si dimostrò capace di determinare gravi alterazioni nell'accrescimento degli embrioni (focomelia) il cui verificarsi colpì molto negativamente sia la comunità scientifica sia la pubblica opinione.

A seguito di tale episodio si è verificato però un effetto schizofrenico: da un lato (aspetto positivo) si sono introdotti, durante lo studio dei farmaci, *test* specifici sugli animali per valutarne gli effetti sugli embrioni, sulle cellule germinali, ecc., dall'altro (aspetto negativo) si sono escluse le donne fertili dalla conduzione delle sperimentazioni.

Questa esclusione oggi è meno rigida, ma tuttora, nella maggior parte dei casi, se una donna in gravidanza ha bisogno di assumere un farmaco, i cui effetti non sono noti, lo fa a suo rischio e pericolo, e solo se il medico curante se ne assume la responsabilità.

Nel complesso però, anche a seguito di modifiche introdotte da alcune agenzie regolatorie ed in particolare dall'FDA le informazioni disponibili sui rischi legati all'impiego di farmaci in gravidanza stanno aumentando ed è oggi possibile selezionare quei farmaci che possono essere assunti, se necessari, durante tutta la gravidanza, senza compromettere lo sviluppo e la salute del feto.

In linea di massima l'utilizzo di tutti i farmaci (come pure di altre sostanze esogene i cui effetti non siano stati adeguatamente studiati)

è sconsigliato durante le prime settimane di gravidanza o se si è in prossimità di una gravidanza, in quanto espongono con facilità all'aborto e aumenta il rischio di danni a carico del feto (malformazioni, danno genetico, insorgenza di particolari tumori compresa la leucemia in epoche più o meno precoci, ecc). Questi rischi sono maggiori tra il 33° e il 70° giorno di gravidanza e si riducono nelle settimane successive.

A questo riguardo è bene ricordare che analoghi effetti si possono riscontrare assumendo, in dosi particolari, sostanze che fanno parte di 'rimedi naturali' o 'integratori dietetici'. Ad esempio alcuni *bioflavonoidi*, contenuti in integratori alimentari di comune impiego, sono stati associati all'insorgenza di leucemie infantili, se assunti dalla madre durante le prime settimane di gravidanza.

APPROFONDIMENTO PER I MEDICI

Le informazioni disponibili sui fogli illustrativi non sono sufficienti perché in Europa non esiste l'obbligo di indicare il grado di rischio di un farmaco. La dizione 'si sconsiglia l'uso in gravidanza' è una dizione generica che corrisponde non all'esistenza di evidenze su possibili danni, ma all'assenza di informazioni adeguate.

Vale però la pena ricordare che la maggior parte dei farmaci 'è sconsigliata' in gravidanza non perché ne siano noti gli effetti tossici sul feto, ma semplicemente perché tali effetti non sono stati studiati. Anche farmaci e sostanze assunte dal padre possono determinare danno genetico, insorgenza di tumori, ecc. (ma solo in casi molto particolari).

Per un approfondimento delle specialità medicinali controindicate in gravidanza, suggeriamo una rassegna tratta dal sito <http://www.dica33.it> che espone con sufficiente chiarezza lo stato dell'arte sull'argomento.

Da questa rassegna si evince che esiste:

- una categoria di farmaci che è sempre controindicata in gravi-

danza o in vista di una gravidanza e che obbliga a seguire rigorose misure anticoncezionali ogni volta che il loro impiego dovesse rendersi necessario;

- una categoria di farmaci per i quali si sono accumulate sufficienti informazioni per cui possono essere utilizzati secondo precise indicazioni, tempi e modi di utilizzo senza rischi per il feto;
- un'altra ampia fascia 'grigia' di farmaci che non sono controindicati, ma per i quali le informazioni sono troppo scarse per poterli considerare sicuri. Si parla allora di farmaci sconsigliati.

Anche al termine della gravidanza e per tutta la durata dell'allattamento è utile osservare la massima prudenza nell'assunzione di medicinali ed altre sostanze di cui non si conosce a sufficienza la natura e la composizione. Per un approfondimento si può consultare il sito <http://www.farmacovigilanza.com> che riporta in un'apposita sezione l'elenco dei medicinali che possono presentare rischi se utilizzati durante l'allattamento.

CONSIGLI ALLE DONNE

- Se si decide di iniziare una gravidanza è bene non assumere farmaci di nessun tipo per tutta la durata del primo trimestre tranne quelli espressamente indicati dal proprio medico curante e dal ginecologo.
- Analogamente è consigliabile non assumere alcuna sostanza le cui proprietà non siano note, in particolare non fare diete e non assumere 'integratori'.
- Se c'è necessità di curare una malattia grave e si ha timore di compromettere la gravidanza non bisogna avere timore di discuterne approfonditamente con il proprio medico: oggi esistono molte fonti di documentazione per sapere esattamente quali rischi si corrono. Si può anche far ricorso a centri specializzati in questo campo.
- Nella grande maggioranza dei casi si può curare la madre senza danneggiare il feto. È però necessario conoscere le sostanze che si adoperano ed i tempi più opportuni per il trattamento.



IL CONSUMO DI FARMACI IN BASE AL SESSO

Da alcuni anni è possibile studiare i consumi dei farmaci in Italia anche in base all'età e al sesso. Esaminando ad esempio i risultati riportati dal progetto ARNO (<http://sanita.cineca.it>) possiamo individuare le categorie di farmaci più prescritti a uomini e donne nelle diverse fasce di età tra 15 e 44 anni.

Confrontando i dati di donne e uomini in questa fascia di età si osserva che:

- a) le donne utilizzano soprattutto ormoni sessuali, antinfiammatori (nimesulide) e antibiotici;
- b) gli uomini consumano di più omeprazolo (gastroprotettore per la terapia dell'ulcera e di altre patologie gastroduodenali) e somatotropina (ormone della crescita) che nel sesso femminile non compare tra i primi dieci principi attivi più utilizzati;
- c) il ferro è tra i primi dieci principi attivi più utilizzati dalle donne, assente nella lista dei primi 20 principi attivi per gli uomini;
- d) differenze importanti riguardano anche l'utilizzo degli antiasmatici (prevalenti negli uomini), dell'ormone tiroideo (prevalente nelle donne) mentre l'uso di antibiotici pressoché si equivale;
- e) dei venti principi attivi di maggiore utilizzo solamente 10 sono utilizzati pressoché nella stessa misura da uomini e donne.

Questi dati confermano la diversa prevalenza di patologie ad alta diffusione nei due sessi e ancora una volta giustificano il ricorso a protocolli, piani terapeutici o linee guida differenziati per sesso.

Anche nei consumi osservati in donne di età compresa tra 45 e 64 anni i farmaci più utilizzati da entrambi i sessi coincidono solo nel

50% dei casi. Non coincide invece la tipologia dei farmaci cardiologici e degli antinfiammatori. In particolare le donne utilizzano preferibilmente la nimesulide, il diclofenac ed il piroxicam mentre nessuno di questi tre principi attivi compare tra i primi venti più utilizzati nell'uomo.

IN SINTESI

- Anche i consumi dei farmaci cambiano in base al sesso soprattutto per effetto delle diverse malattie che più frequentemente interessano donne e uomini.
- È però evidente che accanto alla diversa morbilità esistono differenze che sono da mettere in relazione con altri fattori quali: le abitudini prescrittive, la tollerabilità, l'automedicazione, ecc.
- Queste differenze andrebbero meglio indagate in quanto possono spiegare l'insorgenza di reazioni avverse e patologie iatrogene (effetto della terapia) attualmente non riconosciute come tali.
- Il medico curante è il principale responsabile della scelta dei medicinali e può agire positivamente per indirizzare i consumi sui prodotti meglio tollerati e più efficaci.



FARMACI *OFF – LABEL* E FARMACI DA ABUSO. IL CASO DEL *DOPING*

Nella pratica corrente si assiste abbastanza frequentemente all'impiego di farmaci utilizzati in maniera non razionale. Le situazioni più caratteristiche sono rappresentate :

- ◆ l'uso *off-label*
- ◆ l'abuso o il maluso

☛ **L'uso *off-label*** si riferisce all'utilizzo di determinati farmaci al di fuori delle indicazioni o dosaggi o schemi terapeutici autorizzati di norma a seguito di una precisa prescrizione medica.

L'uso *off-label* non è proibito dalla legge, ma deve avvenire a condizione che il medico:

- dichiarare che quel medicamento è proprio indispensabile per l'ammalato, con particolare riferimento a condizioni gravi o di rischio per la vita;
- documentare che 'secondo tutte le evidenze scientifiche' non esistono alternative utilizzabili in forma di prodotti registrati e disponibili all'uso clinico per l'indicazione che intende trattare;
- sottoscrivere la sua decisione terapeutica assumendosene la responsabilità;
- informare il paziente della propria decisione e ne ottenga il consenso.

Ad alcuni medici queste previsioni normative appaiono molto (o troppo) vincolanti. Occorre però considerare che l'utilizzo di medicinali non documentati equivale a una sperimentazione clinica in assenza delle numerose condizioni di garanzia, previste dalle norme nazionali e internazionali, che spesso gli usi *off-label* si diffondono per effetto di mode o di convincimenti non consolidati sul piano

scientifico, e che, soprattutto, esse possono esporre il ricevente a rischi impropri ed eccessivi.

● **L'abuso di farmaci** può verificarsi anche quando il farmaco è utilizzato all'interno delle indicazioni registrate assumendo in tal caso una connotazione più quantitativa che qualitativa.

In generale nessuna categoria di farmaci può essere esclusa dal rischio di 'abuso' per cui ci limitiamo a sottolineare gli esempi più significativi.

● Un tipico caso di 'abuso' internazionalmente noto è quello legato all'utilizzo eccessivo di antibiotici. Le conseguenze in questo caso vanno oltre i possibili danni del singolo soggetto trattato, ma implicano la diffusione mondiale di batteri resistenti agli antibiotici più comuni, quali quelli contro la meningite, contro le infezioni trasmesse per via sessuale - come la gonorrea - e contro quelle contratte negli ospedali. In alcuni paesi, ceppi della tubercolosi sono diventati resistenti ad almeno due dei farmaci più usati e alcuni farmaci anti-malarici si sono dimostrati privi di efficacia.

● Un altro esempio ben noto è rappresentato dall'abuso di analgesici che, paradossalmente, porterebbe ad una cronicizzazione di una cefalea episodica (dando luogo ad una forma di emicrania "trasformata" o ad una cefalea di tipo tensivo cronica). Secondo dati europei, al 5-10% dei pazienti afferenti ai centri cefalee viene diagnosticata una cefalea da abuso, non solo di analgesici, benzodiazepine o morfino-mimetici, ma anche di ergotaminici e triplani per cui c'è chi propone di suddividere la cefalea cronica quotidiana in due sottotipi, proprio sulla base o meno di abuso di farmaci.

● All'interno dei farmaci per il sistema nervoso centrale recentemente segnalato è il frequente 'abusato' ricorso al metilfenidato (Ritalin) per bambini affetti da deficit dell'attenzione o comune irrequietezza! In senso più generale è allarme sulla diffusione di psicotropi proprio in età pediatrica.

Al di là dei numerosi esempi che ancora possono essere citati (FANS, aspirina, antiacidi, gastroenterici, ansiolitici e antidepressivi,

ecc.) ciò che contraddistingue la maggior parte dei casi di abuso su descritti è la forte tendenza ad assumere i farmaci ‘abusati’ attraverso autoprescrizione o ‘su consiglio’, comunque all’interno di ben consolidate prassi terapeutiche per l’autogestione di: febbre, dolori, cefalee, bronchiti, acidità, stati di ansia, al di fuori del ruolo e del controllo medico. Ma a carico dei prescrittori vi è da segnalare che spesso essi non inseriscono nella prescrizione un limite alla cura, precisamente indicato, segnalandone espressamente la pericolosità dell’abuso o dell’uso prolungato.

- Un caso particolare di uso *off-label* è rappresentato dal fenomeno del *doping* nello sport che secondo le più recenti statistiche europee interessa sempre più giovanissimi atleti e sempre più donne.

Nel *doping* molti farmaci vengono impropriamente usati da atleti, professionisti e non, durante lo svolgimento di attività sportive allo scopo di migliorare il risultato della prestazione sportiva.

Tali farmaci non potranno esercitare nessuna azione terapeutica positiva per il semplice motivo che non vengono assunti per curare una malattia. Eserciteranno invece una serie di effetti dannosi che risulteranno diversi a seconda delle categorie di farmaci e degli organi che sono particolarmente interessati dalla loro attività.

In particolare per le donne, il *doping* ha come un effetto specifico l’accentuazione di caratteristiche psicomorfologiche di tipo maschile e ciò ha importanti riflessi sulla costruzione di una propria identità di genere che può risultare gravemente compromessa.

Ma a ben riflettere, possiamo vedere, al di là del *doping*, una estensione della tendenza a utilizzare medicinali al di fuori di motivazioni sanitarie ossia non per prevenire, curare o diagnosticare delle malattie, ma per ottenere un risultato del tutto diverso, consistente nell’ampliamento, artificioso e spesso dannoso per la salute, delle prestazioni e capacità personali.

Senza parlare di *doping* possiamo intravedere questo rischio anche nella tendenza a medicalizzare le tappe biologiche della donna, dal menarca alla menopausa, stimolando il bisogno di ricorrere a farma-

ci (tutti quegli ormoni più usati dalle donne) per “aggiustare” processi fisiologici e renderli perfetti, o per “aggiustare” le proporzioni del proprio corpo secondo modelli sempre più astratti. Esempi di tale tendenza li ritroviamo nell’incentivare l’uso di: anoressizzanti nelle diete; antidepressivi per le prestazioni lavorative; tranquillizzanti per regolare il comportamento dei bambini; trattamenti chirurgici per allargare, restringere, sostenere ecc. ecc.

IN SINTESI

- Si definisce *off-label* l’uso di farmaci al di fuori di quanto è riportato nella scheda tecnica di autorizzazione e nel foglio illustrativo. L’uso *off-label* non è proibito, ma deve avvenire sotto la diretta responsabilità del medico curante e a seguito di consenso informato del paziente.
- L’abuso di farmaci si verifica di solito a seguito dell’autoassunzione di medicinali di uso comune in quantità e per tempi maggiori di quelli prescritti e autorizzati.
- L’abuso di farmaci espone a gravi pericoli e può essere ridotto attraverso una opportuna opera di educazione e prevenzione.
- Il *doping* è una particolare forma di uso *off-label* spesso associata ad abuso che interessa gli atleti anche amatoriali e si sta particolarmente diffondendo tra i giovanissimi e tra le donne. Non è etico, è illegale, ed espone chi lo pratica a gravi rischi per la propria salute. Nelle donne sono comuni gli effetti di virilizzazione.
- Al di là del *doping* oggi vi è la tendenza, sostenuta dalla medicina, ad assumere farmaci non a scopo terapeutico, ma per “migliorare” artificialmente le prestazioni e le capacità personali, la fisiologia e la fisionomia corporea. Tutto ciò ha una ricaduta negativa sui processi di formazione dell’identità e in particolare sulla formazione dell’identità femminile, che si vuole sempre più dipendente da modelli esterni gestiti dal mercato e dai mass-media, oltre a provocare danni per la salute a volte irreversibili.



COME RIDURRE L'USO IMPROPRIO DI FARMACI E IMPARARE A CURARSI MEGLIO

La società attuale si rivolge con sempre maggiore frequenza ai medicinali cercando, nel loro uso, la soluzione di tutti i mali. Purtroppo, nonostante gli indubbi progressi conseguiti dalla medicina, la riduzione della mortalità e della gravità delle malattie, ottenuta attraverso l'uso dei medicinali, non esiste “una medicina per ogni problema”, tanto più che ai medicinali si richiedono spesso compiti impropri quali, ad esempio, quello di “sentirsi sempre bene” e di “essere sempre in forma”, anzi, più in forma di quanto il proprio organismo sia strutturato ad essere.

Questa tendenza si è particolarmente affermata proprio in campo salutistico ove, ormai da anni, si assiste al diffondersi del ricorso a sostanze esterne per migliorare il benessere o, talora, solo l'estetica.

Di norma, i “responsabili” dell'impiego dei farmaci sono il medico, che li prescrive, e il farmacista, che li distribuisce ai pazienti. In rari casi, la legge consente al soggetto di acquisire i farmaci direttamente, senza la prescrizione. Si parla, in questi casi, di “farmaci da automedicazione” il cui impiego ufficiale nel nostro paese è pari a circa l'8% di tutti i farmaci. In realtà, il ricorso all'automedicazione non è così raro come queste cifre lascerebbero immaginare. Anzi, nel corso degli ultimi anni, esso si è andato sviluppando a seguito di varie condizioni tra cui:

- a) la maggiore informazione sui problemi di salute dei cittadini che intendono esercitare anche in questo campo una propria autonoma responsabilità di scelta;
- b) la tendente medicalizzazione di cui abbiamo già parlato in precedenza;
- c) la necessità di semplificare, ove possibile senza compromet-

tere la salute dei cittadini, il sistema sanitario che si alleggerisce, attraverso l'automedicazione, di carichi sanitari ed economici;

d) la facile reperibilità di notizie, non sempre controllate, su nuovi trattamenti e nuovi metodi di cura attraverso i mezzi informativi che spingono gli utenti 'a curarsi da soli'.

Se questi elementi sono in equilibrio, il ricorso consapevole a farmaci di provata sicurezza ed efficacia direttamente da parte del consumatore non rappresenta una evoluzione negativa. Qualora però la propaganda o il sentito dire prevalgano su di una corretta informazione, i rischi di un cattivo trattamento e, soprattutto, di inattese conseguenze dannose si fanno concreti. Ciò avviene, in particolare, quando si utilizzano i medicinali per scopi, dosaggi e frequenze d'uso diversi da quelli per i quali sono stati autorizzati e non si seguono le precauzioni indicate dal medico, dal farmacista o dal foglietto illustrativo.

Mantenere questo equilibrio è ancora una volta responsabilità precisa per molte donne. Infatti le donne esercitano da sempre un ruolo specifico nell'assicurare la correttezza delle cure in ambito domestico. Dall'alimentazione alla terapia di piccoli e grandi disturbi, molta attività di 'cura' si svolge infatti all'interno delle famiglie. Anche i piani sanitari nazionali e regionali stanno ulteriormente spostando sulle 'terapie domiciliari' quote importanti di attività, anche contando sulla disponibilità delle donne di farsi carico del corretto svolgimento delle terapie all'interno dell'ambiente domestico.

L'educazione alla salute e una corretta informazione diventano pertanto un presupposto irrinunciabile per favorire un uso razionale e responsabile di farmaci e altre sostanze utili al benessere delle persone, contrastando allo stesso tempo il facile ricorso a farmaci e sostanze inutili o dannose o semplicemente non necessarie.



APPROFONDIMENTO PER DONNE E MEDICI



Per realizzare una corretta informazione il primo passo è riconoscere le fonti a cui fare riferimento. Per quanto banale possa apparire, bisogna ribadire che l'unica fonte attendibile e accreditata di informazione sull'uso di ogni singolo farmaco è rappresentata: per quanto riguarda il paziente, dal 'foglio illustrativo'; e per quanto riguarda il medico prescrittore, dalla 'scheda tecnica'.

Entrambi questi documenti infatti sono documenti ufficiali che fanno parte del decreto emesso dal Ministero della Sanità attestante che l'uso di quel medicinale è consentito in base a ben definite caratteristiche di efficacia, sicurezza e qualità. La scheda tecnica e il foglio illustrativo vengono inoltre aggiornati periodicamente e riportano eventuali nuove informazioni successivamente pervenute.

Secondo quanto stabilito dalle leggi europee e nazionali il foglio Illustrativo deve essere diretto al consumatore, essere scritto in maniera chiara e facilmente comprensibile; deve riportare almeno le seguenti informazioni:

- ◆ le indicazioni terapeutiche,
- ◆ le controindicazioni,
- ◆ i dosaggi da utilizzare,
- ◆ le popolazioni di pazienti incluse o escluse dai termini della licenza,
- ◆ la durata del trattamento,
- ◆ le avvertenze per l'uso e per la conservazione,
- ◆ gli effetti collaterali e gli eventi avversi che si possono verificare ai dosaggi normali.

Il secondo strumento di corretta informazione è rappresentato dal dialogo con i professionisti della salute (medici, farmacisti, esperti di educazione e informazione sanitaria) che vanno sollecitati a non rinunciare al proprio ruolo di tutela e di comunicazione terapeutica con i propri assistiti.

Molte altre informazioni possono essere acquisite tramite numerosi siti *internet*, ma la ricchezza di notizie non è sempre garanzia di appropriatezza dell'informazione.

Talora l'autoapprendimento diventa anzi un ostacolo al libero dialogo con il medico o con il farmacista, compromettendo e non agevolando il buon risultato della cura.

In generale la pubblicità di facile accesso ad argomenti sensibili, come quelli della salute e della *performance*, può creare nell'utente un falso senso di sicurezza che lo può indurre con facilità a scelte non adeguate.

A questi rischi si può ovviare controllando sempre le informazioni acquisite con i responsabili sanitari e affidandosi a loro anche per la scelta di strumenti informatici controllati ed attendibili.

IN SINTESI

- Una corretta informazione è alla base di un uso corretto dei farmaci. Essa si basa sulla scelta delle fonti, prime tra tutte i fogli illustrativi che, per legge, sono destinati proprio al consumatore.
- Una/un paziente informato/a è in grado di assumere decisioni consapevoli e non semplicemente di adeguarsi a quanto gli viene prescritto. Questo nuovo sviluppo di competenza è positivo se si costruisce attraverso il dialogo con il proprio medico, con il farmacista, con gli operatori sanitari.
- La pubblicità di facile accesso ad argomenti sensibili come quelli della salute e della *performance* deve essere guardata in maniera critica in quanto capace di creare false sicurezze e indurre a scelte non adeguate.
- Per esercitare appieno la propria responsabilità nelle scelte di salute è però necessario disporre, non solo di molte e qualificate informazioni, ma di una vera e propria educazione alla salute che sviluppi senso critico e capacità di autocontrollo.
- Le donne esercitano da sempre un ruolo specifico nell'assicurare la correttezza delle cure in ambito domestico: campagne di educazione al buon uso dei farmaci prima che ad altri dovrebbero rivolgersi alle donne, su cui ancora oggi grava l'onere di occuparsi della salute di tutti i componenti dei nuclei familiari con particolare riferimento: ai bambini, agli anziani e alle anziane e alle persone con malattie croniche e invalidità.

CURA, AUTOCURA E PARTECIPAZIONE DELLE DONNE AL PROCESSO DIAGNOSTICO

Le donne vivono più a lungo, ma in peggiori condizioni di salute

È noto che la speranza di vita delle donne è maggiore di quella degli uomini. Tuttavia esse vivono in peggiori condizioni di salute. Secondo l'ultima indagine ISTAT, su “*Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari*”, riferita agli anni 1999 - 2000, già a partire dalle classi centrali di età, una percentuale più elevata di donne che di uomini ha una percezione negativa del proprio stato di salute e una quota maggiore di esse dichiara di soffrire di almeno una malattia cronica. In effetti, se si eccettuano le malattie respiratorie e l'infarto del miocardio, esse sono affette con maggior frequenza degli uomini da quasi tutte le patologie croniche e in particolar modo da patologie osteo-articolari, ipertensione arteriosa, vene varicose, osteoporosi e cefalea.

L'incidenza di tali patologie aumenta nettamente e costantemente con l'età fino a raggiungere valori molto elevati sopra i 65 anni; per esempio: ben il 60% delle donne di più di 65 anni (contro il 42% degli uomini) soffre di artrosi-artrite, il 27% di lombosciatalgia e il 39% di ipertensione arteriosa.

Vivendo mediamente più a lungo degli uomini le donne sono più soggette a patologie di carattere cronico, ma *la longevità spiega solo in parte il peggiore stato di salute* dato che il loro primato nei confronti degli uomini si registra per la maggior parte delle patologie a partire dai 45 anni se non addirittura già dai 25 anni. Quindi, il diva-

rio fra i sessi persiste anche a parità di età. Per esempio, soffrono di artrosi e artriti il 27% delle donne e il 17% degli uomini di 45-54 anni; il 44% delle donne e il 27% degli uomini di 55-64 anni; e tali percentuali salgono a ben 63% per le donne e 44% per gli uomini della classe di età 75-79 anni. L'ipertensione interessa il 27% delle donne e il 22% degli uomini di 55-64 anni; il 44% delle donne e il 36% degli uomini di 75-79 anni.

Le donne fanno un maggior ricorso al medico?

È chiaro che il numero di visite mediche aumenta con l'età dato che con essa aumentano le probabilità di soffrire di disturbi e malattie a carattere cronico degenerativo. Tuttavia, rispetto agli uomini, nel complesso, le donne effettuano un maggior numero di visite mediche in tutte le classi di età ad eccezione della classe 0-14 anni. Il divario maggiore tra i sessi si ha nelle classi centrali di età e in particolare tra i 25 e i 34 anni. In questo periodo numerose visite sono legate a gravidanze, infatti in questa fascia di età si riscontra anche il più elevato tasso di visite specialistiche ostetrico-ginecologiche. Ma il divario è notevole anche per la classe di età 45-64 quando i disturbi dell'apparato osteomuscolare assumono una rilevanza crescente.

Le donne si lamentano troppo?

La frequenza delle visite mediche e il tipo di sintomatologia presentata, non sempre chiaramente localizzabile su un organo, come può capitare nella descrizione di dolori osteomuscolari o per l'ipertensione, contribuiscono al diffondersi nei confronti delle donne di un pregiudizio non codificato, ma frequente nella pratica clinica, che influenza negativamente la relazione medico/paziente e di conseguenza anche anamnesi, diagnosi e cura di molte donne che fanno ricorso ai servizi sanitari. Si tratta della credenza diffusa secondo cui rispetto agli uomini le donne siano più *lamentose*, riferiscano molti sintomi vaghi, non collegabili facilmente ad un'unica patologia e

siano grandi consumatrici di farmaci. In sostanza esse vengono spesso considerate *malate immaginarie* e poco informate in tema di salute. D'altra parte la ricerca americana citata nel capitolo "Cuore di donna" ha mostrato come l'approccio diagnostico del medico sia fortemente influenzato dal modo in cui si presenta la donna.

Cerchiamo di verificare se vi sono elementi che possono contribuire a giustificare o a confutare tale pregiudizio, ma prima vediamo quali rischi ne possono derivare.

Quali sono i rischi di questo pregiudizio?

Questa visione preconcepita può comportare alcuni rischi per la salute della donna:

- una *scarsa disponibilità all'ascolto* nella costruzione dell'anamnesi;
- una *sottovalutazione di sintomi* e segni non chiaramente riconducibili a una patologia specifica, ma che trasformano un caso ordinario in un caso particolare, con il rischio di sbagliare diagnosi;
- la rinuncia da parte di molte pazienti a fare domande e discutere con il medico per timore che le proprie argomentazioni vengano viste come segni di malattia;
- la perdita di informazioni importanti su: realtà di vita, *stress*, problemi, ansie, violenza subita;
- la prescrizione di un numero eccessivo di accertamenti diagnostici;
- la prescrizione di farmaci non necessari per soddisfare una richiesta presunta della persona;
- la scarsa comunicazione tra medico e paziente per l'*assenza di un quadro di riferimento comune*: il primo ha una concezione organica legata a segni riconosciuti, la seconda una visione unificante che comprende oltre gli aspetti fisici, anche quelli psicologici e sociali.

Tutto ciò fa insorgere dei dubbi nella persona malata che tenderà a perdere fiducia nei confronti del medico, a non aderire alle sue prescrizioni e a volte a cercare aiuto altrove.

Le donne sono grandi consumatrici di farmaci?

Di farmaci si è parlato diffusamente in un capitolo apposito e anche in altri. Qui interessa aggiungere solo qualche dato ISTAT. Le donne consumano farmaci più degli uomini a partire dai 15 anni; un numero maggiore di donne, inoltre, fa uso giornaliero di antinevralgici, antidolorifici, tranquillanti, sonniferi e ricostituenti. D'altra parte l'uso di farmaci è strettamente connesso alla presenza di malattie croniche e/o disabilità e quindi aumenta nettamente con l'età per entrambi i sessi: l'88% degli uomini e il 92% delle donne anziane, con malattie croniche e/o disabilità, fanno uso di farmaci. In particolare, le percentuali più elevate di uso di farmaci si rilevano tra coloro che soffrono di artrosi-artrite, ipertensione e osteoporosi, quindi tra le donne. Va detto che chi assume farmaci, soprattutto se si tratta di persone anziane, lo fa essenzialmente dietro prescrizione medica.

Da ricordare anche che una quota rilevante di donne nelle classi centrali di età fa ricorso a terapie non convenzionali ed in particolare all'omeopatia, cui ricorrono anche per i loro figli. Inoltre, rispetto agli uomini, le donne risultano più attente alla data di scadenza dei farmaci e leggono personalmente le istruzioni prima di prendere un farmaco per la prima volta.

Perché le donne fanno un ricorso maggiore ai farmaci?

Per spiegare il maggior uso di farmaci da parte delle donne si possono avanzare alcune ipotesi:

- ◆ la particolare sintomatologia spesso dolorosa, sia nell'età fertile sia nell'età più avanzata (mal di testa, nevralgie, dolori mestruali, dolori osteomuscolari ecc.);
- ◆ il sovraccarico di responsabilità e compiti legato al doppio ruolo lavorativo;
- ◆ la maggiore propensione del medico a prescrivere farmaci alla donna, vuoi per una scarsa comprensione dei suoi problemi, vuoi perché pensa che ciò sia quello che si aspetta da lui.

A proposito degli psicofarmaci, si è osservato che non sono le donne a chiederli, anzi preferirebbero un supporto emotivo. Non è da escludere che ciò sia vero anche con riferimento agli altri farmaci. La ricerca sociologica, infatti, ha evidenziato che quei medici che per prassi chiedono al paziente se vuole o meno farmaci sono sorpresi dal numero di risposte negative.

Le donne sono malate immaginarie?

Si accennava prima alla credenza diffusa secondo cui le donne riferiscono sintomi vaghi non facilmente riferibili a una malattia specifica. Ciò può essere messo in relazione al tipo di patologie di cui soffrono in modo particolare le donne: le sintomatologie dell'ipertensione, di artrite-artrosi, di osteoporosi o comunque coinvolgente l'apparato osteomuscolare non sempre sono facilmente riconducibili ad un organo o ad una parte specifica del corpo. Questa presunta vaghezza nel riferire sintomi, non orienta in genere i medici a valutare una presenza di più problemi, che invece costituisce una condizione molto frequente nelle donne, ma incrementa l'idea che si tratti di patologie-non patologie, ovvero di problemi della sfera psichica e su questa base spesso non si approfondiscono altre condizioni.

Inoltre le donne - come si desume anche dalla lettura attenta che fanno dei fogli informativi dei farmaci - vogliono essere informate, capire quello di cui soffrono e le conseguenze che possono avere, quindi tendono a parlare, descrivere i propri sintomi, fare domande più degli uomini. A volte collegano mentalmente i propri disturbi a fatiche e problemi della loro vita quotidiana e vorrebbero confrontarsi con il medico su queste possibili connessioni. Invece, il medico, abituato dalla sua formazione a valutare i sintomi oggettivamente, tende a considerare proprio questa modalità colloquiale delle donne, come estranea al processo medicodiagnostico, attribuendolo negativamente a "un modo di essere della donna tipicamente logorroico, ipersensibile, isterico".

È probabile, infine, che molte donne nelle classi centrali di età

vadano dal medico per accompagnare i figli, o per chiedere, per conto loro o del marito, il rinnovo di ricette, certificati o altri atti amministrativi e in quella occasione accennino al medico di qualche loro problema di salute, che hanno fino ad allora trascurato per l'assenza di tempo. Ciò può ingenerare nel medico l'impressione che la paziente sia ipocondriaca e si lamenti indebitamente.

Va detto in proposito che, benché rispetto agli uomini le donne di più di 44 anni risultino subire limitazioni nelle attività quotidiane a causa di malattie acute, tuttavia per questi stessi motivi a partire dai 15 anni esse trascorrono un minor numero di giorni a letto: evidentemente esse non se lo possono permettere a causa delle quotidiane responsabilità familiari che non possono trascurare.

Infine, si sente spesso dire che le donne fanno troppe assenze dal lavoro, ebbene, secondo i dati ISTAT, benché rispetto agli uomini le donne, soprattutto di età superiore ai 45 anni, si assentino più frequentemente dal lavoro per malattia, tuttavia nel complesso esse si assentano dal lavoro per un numero inferiore di giorni.

Perché la salute delle donne è peggiore?

Che le donne non siano malate immaginarie risulta dal fatto che la loro salute è nel complesso peggiore di quella degli uomini. Quali le cause di ciò? Certamente vivendo mediamente più a lungo degli uomini esse sono nel complesso più soggette a malattie cronico-degenerative tipiche dell'età avanzata. Inoltre, esse si trovano più spesso in condizione di povertà e solitudine. Tra le cause della più intensa sintomatologia delle donne, oltre a fattori biologici, vanno ricordati anche alcuni rischi specifici:

- ◆ il lavoro domestico con i rischi che comporta in termini sia di esposizione ad agenti nocivi (acqua fredda, detersivi ecc.) sia in termini di incidenti domestici (il 70% dei quali riguardano le donne);
- ◆ la coesistenza di più ruoli lavorativi (domestico e professionale), con orari complessivi di lavoro che si prolungano fino 60-70 ore settimanali (addirittura circa 6 ore di lavoro retribuito e 7 ore di lavoro per la famiglia al giorno, se vivono in coppia con figli);

- ◆ l'esposizione alla violenza fisica, psicologica e sessuale di cui molte sono vittime dentro e fuori dalle mura domestiche;
- ◆ le donne adulte, poi, per il loro ruolo centrale nella famiglia in qualità di mogli-madri e figlie *sono più soggette a subire gli effetti debilitanti, infettivi, psicologici ed emotivi della patologia e delle tensioni familiari*;
- ◆ inoltre, grazie a tale ruolo, esse *prestano una quantità di lavoro per la salute agli altri membri della famiglia, nettamente superiore a quella che ricevono in cambio da essi, e hanno quindi meno tempo da dedicare alla cura di sé*.



INDICAZIONI ALLE DONNE E AI LORO MEDICI



È importante fornire al medico le informazioni in nostro possesso?

La visita medica è un'azione *consapevolmente* scelta dalla persona malata per ricevere aiuto. Essa riferisce sintomi perché questo è ciò che il medico si aspetta, ma tali sintomi possono anche non essere la causa principale della visita. D'altra parte, molti medici lamentano l'eccessivo numero di visite per affezioni di poco conto, quindi pensano che la persona che gli si rivolge dovrebbe essere in grado di valutare la gravità della propria sintomatologia, cioè dovrebbe essere ben informata in tema di salute. Ciò contrasta con l'aspettativa del medico che essa si rimetta completamente al suo giudizio. In definitiva da un lato si chiede alla paziente di partecipare nella fase iniziale di valutazione della patologia, dall'altro la si esclude poi dal processo diagnostico.

Come osservato in un precedente lavoro su questo tema (vedi E. Susi in *“Due per sapere due per guarire”*, pubblicato nel 1998 dalla Libreria delle Donne di Milano), la relazione terapeutica è *uno snodo*

essenziale in cui si possono incontrare due competenze, quella di chi cura e quella di chi chiede di essere curato. Quando tale relazione è efficace si produce un sapere nuovo che pur nel rigore della conoscenza scientifica comprende la ricchezza di sapere che ogni caso individuale porta con sé. Infatti, la ricerca sociologica mostra che, quando la persona malata può contribuire con le proprie conoscenze al processo diagnostico-terapeutico, si ha un minor ricorso alla specialistica, alla diagnostica strumentale e un minor uso di farmaci.

È vero che le donne non hanno la competenza per contribuire alla diagnosi?

Molte ricerche hanno mostrato che solo una minima parte dei sintomi percepiti dalla persona vengono portati all'attenzione del personale medico. Più spesso la persona cerca di curarsi da sola mettendo a frutto l'esperienza passata o rivolgendosi alla propria rete familiare-amicale di riferimento. Le indagini ISTAT sulle *“Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari”* hanno mostrato, soprattutto da parte delle donne, una crescente tendenza a pratiche di prevenzione secondaria (visite e accertamenti preventivi, controlli periodici di colesterolemia, glicemia, pressione arteriosa), a comportamenti salutari di *autotutela* della salute, ad assumere un'alimentazione più sana. Con riferimento all'alimentazione, per esempio, mentre gli uomini prediligono una dieta a base di carboidrati, uova, carne e salumi; la dieta delle donne si basa più frequentemente su frutta, verdura, ortaggi e latte. Inoltre, da tali indagini emerge una crescente tendenza ad autogestire disturbi e malattie e una *maggiore autonomia, e forse padronanza, nell'uso dei farmaci*, come mostra, tra l'altro, la maggior attenzione da parte delle donne ai foglietti informativi e alla data di scadenza dei farmaci sopra ricordata.

Del resto già da tempo il *ruolo vitale dell'individuo* nella conservazione della salute e nella cura della malattia viene sottolineato dall'OMS che considera l'*autocura* una risorsa importante per la sanità. Tale ruolo è considerato particolarmente importante nella gestione

quotidiana di malattie croniche che richiedono particolare attenzione alla dieta e all'assunzione di farmaci (come ad esempio nel diabete) o nelle condizioni che richiedono perseveranza per ottenere una riabilitazione ottimale (come nel caso dell'infarto). Anche l'auto-prescrizione di farmaci viene considerata *appropriata ed efficace* trattandosi di medicinali più blandi, ma sostanzialmente simili alle prescrizioni di un professionista per lo stesso tipo di disturbo. D'altra parte, è ormai diffusa la consapevolezza che per mantenersi in buona salute sia bene limitare il consumo di farmaci.

La cura dei malati in famiglia è sulle spalle delle donne?

La ricerca sociologica ha mostrato l'entità e la rilevanza qualitativa del lavoro svolto sia nel campo della cura, della riabilitazione e dell'assistenza, sia nel campo della conservazione della salute, dall'individuo e in primo luogo dalla *donna* come *responsabile della salute di tutto il nucleo familiare*. Di fatto ad essa è demandata buona parte della responsabilità per la salute dei membri della famiglia, per la cura di patologie croniche e acute, per il primo soccorso di traumi, ustioni, ferite, per l'assistenza sanitaria al malato, all'anziano, ai membri non autosufficienti della famiglia. I dati ISTAT, per esempio, mostrano che in oltre il 28% delle famiglie italiane vi è almeno un membro affetto da malattie croniche gravi: chi si occupa di loro se non le donne? Dai dati sui ricoveri emerge che il 32% delle persone ricoverate hanno bisogno di assistenza di notte che viene generalmente prestata da familiari: certamente ancora una volta si tratta quasi esclusivamente di donne.

Nello svolgimento di tutti questi compiti la donna ha acquisito una notevole competenza. Un'indagine condotta in Germania, per esempio, ha mostrato che i tre quarti di tutte le malattie vengono affrontate autonomamente nell'ambito della famiglia, senza il coinvolgimento di professionisti e che *il lavoro per il mantenimento dello stato di salute o il superamento della malattia coinvolge soprattutto le donne*,

mogli e madri. Esse risultano avere un ruolo dominante nell'assistenza e cura della malattia degli altri membri della famiglia (ne sono coinvolte il 73% delle donne occupate e l'82% delle casalinghe). Inoltre, questo lavoro di cura assume anche contenuti quasi professionali, comprendendo prestazioni quali: iniezioni, frizioni, trattamento di ferite, somministrazione di medicinali, introduzione di diete finalizzate, di particolari misure igieniche per evitare malattie specifiche, tentativi di autoindagine.

Alcuni dati sull'entità dell'autoaiuto

Una ricerca ripetuta tre volte nell'arco di sei anni (1988, 1991, 1993) su 100 famiglie di un comune delle Marche ha mostrato l'entità del lavoro svolto dalla donna per la cura e la conservazione della salute dei membri della famiglia e gli svariati ambiti in cui si esplica. Dalla responsabilità primaria per i comportamenti igienico-preventivi, alla scelta della dieta, alla cura dei primi sintomi di malattia e della maggior parte delle affezioni croniche; dall'assistenza al malato occasionale (in casa o in ospedale), all'assistenza continuativa agli anziani non autosufficienti, agli invalidi, ai portatori di *handicap*.

Il confronto fra le tre fasi dello studio ha mostrato, poi, una crescente consapevolezza dei rischi che derivano alla salute dalle condizioni ambientali, dal lavoro e dagli stili di vita prevalenti nella nostra cultura e dell'importanza di assumere azioni positive volte alla promozione della salute. Infatti, una quota consistente di donne ha modificato in positivo le proprie abitudini in direzione di un'alimentazione più sana, di una maggiore attività fisica, di un contenuto consumo di caffè e di bevande alcoliche, e molte hanno smesso di fumare. È aumentato, inoltre, il comportamento preventivo in particolare in campo odontoiatrico e in campo ginecologico. Tali mutamenti, tra l'altro, sono stati presi *per iniziativa autonoma* della persona piuttosto che dietro consiglio medico. Per quanto riguarda il consumo dei farmaci, poi, è emersa la crescente consapevolezza dei rischi insiti nel consumo indiscriminato dei medicinali e un comportamento autolimitatorio.

Con riferimento al lavoro di *autocura* lo studio ha mostrato in primo luogo che una quota consistente di donne si tengono informate sui temi della salute leggendo libri o riviste specializzate (44% nel 1993) o guardando programmi specifici in TV (82% nel 1993).

Oltre l'80% degli uomini e delle donne quando avvertono un disturbo insolito si rivolgono per primi a un familiare, mentre meno del 20% si rivolge direttamente al medico. Inoltre, lo studio ha mostrato che una quota consistente e crescente nel tempo di popolazione, in particolare di donne, offre volontariamente a familiari ed amici prestazioni sanitarie e di cura che pure comportano una certa competenza professionale. Così, per esempio, nel corso del 1993 il 39% delle donne ha trattato ferite ed ustioni; il 34% ha effettuato iniezioni intramuscolari; il 38% ha prestato assistenza ospedaliera e una quota rilevante ha effettuato massaggi.

Allora, che cosa posso fare io donna?

- In primo luogo devo prendere coscienza dell'entità del lavoro che io stessa svolgo quotidianamente per conservare la mia salute e quella dei miei familiari (dalla scelta della dieta, ai comportamenti igienico - preventivi); del fatto che comunque quando non mi sento bene sono io stessa a decidere se è il caso di rivolgermi al medico, o se posso provare a curarmi da sola sulla base delle esperienze già acquisite; questa consapevolezza aumenta la mia autostima e mi dà la forza di dialogare con il mio medico.

- Devo fornire al mio medico informazioni che mi riguardano e essere ascoltata, perché conosco il mio corpo, i miei problemi e la vita che conduco tutti i giorni e le informazioni che ho possono essere importanti per una giusta diagnosi dei miei disturbi.

- Chiedo al mio medico di fornirmi informazioni chiare e comprensibili sulla diagnosi e le terapie da seguire, gli eventuali effetti collaterali e sulle alternative possibili.

- Decido il percorso di cura da seguire insieme al mio medico e ad esso mi attengo fin quando di concerto lo riteniamo opportuno.

Che cosa può fare il medico

- In primo luogo il medico che voglia stabilire una relazione terapeutica efficace deve disporsi all'ascolto della paziente cercando di liberarsi da eventuali preconcetti nei suoi confronti; un buon modo per iniziare può essere chiedere: "Ha qualche opinione in merito alle cause dei suoi disturbi?"

- Può chiederle quali decisioni ha preso finora per affrontare il suo problema: ha già preso farmaci, ha cercato di riposarsi, ha fatto una dieta particolare...

- Se la paziente non lo ha ancora fatto, chiederle informazioni su: lavoro, fatica, problemi, motivi di ansia e *stress*, responsabilità assistenziali.

- Farla partecipare al processo diagnostico-terapeutico, magari con una frase del tipo: "Che ne pensa di questa spiegazione? Io consiglio questa terapia, Lei che cosa ne pensa?"

- Dare sempre spiegazioni chiare ed esaurienti sia sulla diagnosi sia sulla terapia suggerita, avendo cura di verificare se la paziente ha capito.

- Chiedere sempre se ritiene utile far ricorso a farmaci o vorrebbe avere altri suggerimenti: dieta, alternative di cura, consigli sullo stile di vita, ecc.

- Infine il medico dovrebbe riuscire a interpretare e selezionare tra le informazioni fornite dalla paziente quelle che ritiene significative per la diagnosi e quindi prendere le decisioni e farle accettare. Nella consapevolezza che: quando la relazione terapeutica è efficace si produce un sapere nuovo avvertito come tale dalle due parti.

Quale ruolo per il medico di medicina generale?

La legge 833 ha attribuito al medico di medicina generale un ruolo centrale e di filtro nei confronti degli altri servizi sanitari. Tale centralità andrebbe ribadita e rafforzata con nuove norme e responsabilità. Sugeriamo in proposito una serie di orientamenti.

- La formazione permanente rivolta, tra l'altro, ad acquisire le tecniche dell'ascolto e volte alla conoscenza della persona nella sua globalità: lavoro, stile di vita, problemi, esperienze di violenza, familiari malati o non autosufficienti di cui devono prendersi cura.
- Tutte le conoscenze acquisite sulla persona dovrebbero essere raccolte in una relazione clinica comprendente, oltre ai temi sopra citati: sintomatologia, diagnosi, farmaci prescritti e in uso, altre patologie, analisi e accertamenti diagnostici.
- In virtù della conoscenza acquisita il medico dovrebbe seguire la sua paziente in tutte le fasi della cura, mantenendo rapporti con i vari livelli del sistema sanitario, inviando allo specialista, terapeuta o responsabile del reparto ospedaliero la sua relazione clinica, oppure partecipando direttamente in ospedale con le sue conoscenze a: diagnosi, scelte di intervento e terapia.
- Dove possibile il medico dovrebbe poter lavorare in *équipe* con altre figure professionali, tra cui: lo psicologo, l'assistente sociale, il fisioterapista, il ginecologo, il cardiologo.

METTERE INSIEME I SAPERI E PROMUOVERE LA SALUTE DELLE DONNE CONTRO I PREGIUDIZI

279

METTERE INSIEME I SAPERI

Fa parte della cultura delle donne:

- mettere insieme conoscenze ed esperienze,
- intrecciare corpi, menti e sentimenti,
- entrare nel mondo scientifico portando con sé il bagaglio di esperienza della vita quotidiana.

Questo volume con la sua storia è un po' tutte queste cose insieme

La storia del gruppo di lavoro

Il gruppo di donne, che oggi ha dato vita a questo lavoro, si è formato come primo nucleo nel 1999, sulla base dell'adesione a una idea comune: per combattere il pregiudizio della scienza medica contro le donne, è necessario essere insieme ad altre donne, impegnate in tanti e diversi settori della medicina.

Il gruppo ha così cominciato a lavorare in autonomia dandosi una propria metodologia caratterizzata dalla connessione e integrazione delle singole prospettive, ovvero le diverse angolazioni e i diversi punti di vista che ciascuna rappresentava rispetto alla salute della donna.

Lavorando in questo modo si sono raggiunti i seguenti obiettivi:

- a. rappresentare in modo integrato i problemi complessivi di salute delle donne andando oltre quelli relativi alla riproduzione e alle tappe del ciclo biologico;
- b. cogliere le disparità di trattamento tra uomini e donne nell'approccio alle patologie emergenti tra la popolazione generale e in particolare rispetto alle patologie mentali, cardiovascolari e da *stress*; alle patologie da lavoro, tumorali, gastroenterologiche;
- c. evidenziare nella cultura medica la centralità del genere maschile come riferimento per la ricerca epidemiologica, la valutazione dei fattori di rischio, la sperimentazione di trattamenti (medici, chirurgici, farmacologici);
- d. confrontare i fattori eziologici e di rischio a carico della popolazione maschile con quelli della popolazione femminile per evidenziare la presenza di pregiudizi di genere nella sottovalutazione di alcuni fattori e/o nella sopravvalutazione di altri.

Nel percorso di sviluppo dei propri obiettivi di conoscenza e di allargamento di una base di consenso, il gruppo ha incontrato altre donne e altre competenze, ampliando così la sfera delle sue relazioni all'interno; ma ha anche incontrato altre donne all'esterno, presenti in ruoli chiavi delle istituzioni governative.

Il lavoro autonomo del gruppo è stato così sostenuto dalle ministre alle Pari opportunità che in questi anni si sono succedute alla guida del Ministero: Laura Balbo, Katia Bellillo, Stefania Prestigiacomo. Con il loro sostegno, il gruppo ha pubblicato il primo lavoro: "Una salute a misura di donna".

E ora con Marina Piazza, Presidente della Commissione nazionale parità, il gruppo ha lavorato a questo nuovo progetto di mettere l'informazione direttamente a disposizione delle donne, e dei loro medici curanti, scommettendo insieme sul fatto che: *la trasformazione dell'istituzione medica e sanitaria ha maggior senso e maggiore capacità di incidenza, se sono le donne stesse a chiedere e promuovere il cambiamento.*

La promozione della salute contro il pregiudizio

Il volume è un insieme di contributi, attraversati da un filo conduttore che è allo stesso tempo: lotta al pregiudizio medico contro le donne, e informazione per promuovere la salute e migliorare la qualità di vita delle donne.

Non tutti i problemi sanitari sono stati affrontati, molti sono ancora da esplorare, e non tutte le patologie sono state indagate. Abbiamo affrontato quelle che, a parer nostro, costituiscono oggi una emergenza, quelle che preoccupano maggiormente le donne, e quelle soprattutto in cui le donne sono impegnate con le loro pratiche a mostrare i pregiudizi e a svelare le differenze.

Tutti i contributi presentati hanno quindi fornito esempi concreti, ciascuno per il settore della medicina che rappresenta, dell'impatto che i pregiudizi hanno sulla salute della donna nella conduzione della pratica medica.

I problemi più frequentemente evidenziati dai singoli contributi sono stati:

- la carenza e/o più spesso la mancanza di interventi di prevenzione primaria;
- la mancanza o la carenza di ricerche sui fattori eziologici e di rischio con un *focus* sulle condizioni di vita delle donne: in particolare sulle condizioni di lavoro (intreccio tra lavoro produttivo e riproduttivo) e sulle varie forme di violenza;
- le pratiche diagnostiche e terapeutiche sviluppate sul modello maschile, ma applicate anche alle donne senza tener conto delle dovute differenze biologiche, psicologiche e sociali;
- l'assenza o l'inadeguata presenza delle donne nelle sperimentazioni cliniche, con il risultato ad esempio che nuovi farmaci vengono valutati quasi esclusivamente sui maschi, ma poi utilizzati per ambedue i sessi, con conseguenze ben evidenti nella pratica clinica di una minore efficacia o di maggiori effetti indesiderati;
- l'assenza di dati statistici disaggregati per sesso (escludendo i

dati sulla mortalità), che riduce notevolmente la possibilità di costruire profili di rischio per le donne e di valutare appieno l'entità del coinvolgimento delle donne nell'utilizzo dei servizi sanitari;

- il ritardo nell'identificare i fattori di rischio occupazionali o ambientali per alcune patologie femminili considerate principalmente ad eziologia ormonale. Esempi includono: tumori al seno o all'utero, patologie mentali, patologie cardiovascolari, gastroenterologiche, da lavoro; ma anche epatiche e tiroidee.

- la mancanza di risposte sanitarie adeguate ai problemi di salute delle donne;

- la mancanza di programmi di formazione medica sui temi della differenza di genere.

Tutti i temi affrontati in questi documenti hanno dato un segnale comune che è quello di intraprendere una battaglia culturale e non solo tecnicoscintifica; così le evidenze scientifiche presentate in tutti gli interventi da tecnicidonne hanno avuto un doppio obiettivo: allargare le conoscenze nel campo specifico, ma anche cooperare per una modifica di mentalità dei medici e delle donne che a loro si rivolgono.

Questa modifica culturale è essenziale per lavorare sul terreno della promozione della salute. Questo terreno è il terreno dei diritti delle persone, della equità di genere, della preservazione dell'ambiente naturale, della lotta ai pregiudizi e alle discriminazioni.

DUBITO ERGO SUM... IN SALUTE: COME DIFENDERSI DAI PREGIUDIZI DELLA MEDICINA

Cosa sono prevenzione e promozione della salute

LA PREVENZIONE è il riconoscimento e l'allontanamento degli agenti patogeni esterni; e non deve essere il cambiamento e la manipolazione della fisiologia del corpo.

LA PROMOZIONE DELLA SALUTE è il rafforzamento delle normali protezioni psicofisiche.

In conseguenza:

le tappe biologiche, le variazioni fisiologiche e le diversità del corpo femminile non possono essere di per sé una patologia o una causa di patologia.

ALCUNI DUBBI SALUTARI

- Dubitate se vi dicono che la causa di una patologia è in voi stesse, per come siete fatte o perché siete donne e non uomini, femmine e non maschi.
- Ma dubitate anche se non sanno dirvi le differenze uomo-donna rispetto a un fenomeno, a una patologia, al funzionamento di un organo.
- Dubitate se vi dicono che un organo del vostro corpo è utile in una fase e superfluo o dannoso in un'altra.
- Dubitate se dicono che il vostro corpo è più debole perché di sesso femminile; ricordatevi che le donne nascono meno numerose degli uomini, ma sopravvivono più a lungo.
- Dubitate se vi dicono che una patologia ha la sua origine in un determinato fenomeno (come nella presenza e variabilità del ciclo ormonale) e indifferentemente anche nella sua cessazione (ovvero nella menopausa).
- Dubitate se considerano il farmaco la soluzione unica di ogni vostro problema di salute.
- Dubitate se sottovalutano nella diagnosi l'apporto di fattori esterni ambientali e relazionali.
- Dubitate se sopravvalutano la vostra emotività, o "presunta fragilità psichica", nella diagnosi di qualsiasi sintomo o imputano ad essa qualsiasi tipologia di sintomi.

Chiedere sempre per conoscere ed essere informate: sappiate che avete diritto ad essere coinvolte nel processo decisionale che riguarda la vostra salute

- Chiedete un ascolto attento ai vostri sintomi e informazioni sulle loro possibili cause.
- Chiedete che un problema sia visto in funzione del vostro essere complessivo.
- Chiedete di sapere se un intervento, proposto come risolutore, abbia altri eventuali effetti negativi su altri organi ed apparati.
- Chiedete di conoscere il rapporto rischi/benefici e gli effetti di interventi chirurgici e farmacologici a breve e lungo termine.
- Chiedete di conoscere le varie opzioni terapeutiche e quelle scientificamente più accreditate per determinate patologie.
- Chiedete ampie spiegazioni prima di firmare il “consenso informato” a qualsiasi trattamento.
- Chiedete di essere ascoltate e “monitorate” nell’assunzione di ogni nuova terapia farmacologia in rapporto agli effetti collaterali.

La comunicazione è alla base di ogni intervento adeguato

- Aiutate i vostri medici a raccogliere le informazioni importanti che possono far identificare più precisamente i vostri disagi e i vostri disturbi.
- Riferite senza timore e vergogna anche condizioni non strettamente fisiche che possono influenzare il vostro stato di salute.
- Ricordate che influenzano la salute fisica e psichica fattori quali il lavoro familiare e quello retribuito, lo *stress*, i problemi familiari, le violenze subite.
- Riferite sempre le sostanze che state assumendo, di qualsiasi genere esse siano.

I denominatori comuni della prevenzione e della promozione della salute

Uno stile di vita orientato alla promozione della salute e alla prevenzione della malattie:

- riguarda tutte le età dall'infanzia alla vecchiaia,
- l'informazione in tal senso può cominciare in età scolare,
- migliora la qualità della vita delle persone,
- non riguarda solo la persona singola, ma anche la famiglia, la società e le loro organizzazioni.

RACCOMANDAZIONI GENERALI PER LA PREVENZIONE

A LIVELLO INDIVIDUALE	A LIVELLO FAMILIARE	A LIVELLO SOCIOLAVORATIVO
<p>Adottare una dieta equilibrata. <i>Ricordate l'importanza riconosciuta alla dieta mediterranea, ricca di frutta e verdura</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Mantenere il peso-forma ◆ Astenersi dal fumo ◆ Ridurre l'uso di alcool ◆ Praticare con costanza qualsiasi attività fisica-motoria, orientata alla cura di sé <p><i>Ricordate che il muoversi nell'ambito del lavoro domestico non costituisce un'attività fisica salutare</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Ricercare l'equilibrio tra il carico di compiti e gli spazi da dedicare alle esigenze personali. 	<p>Ricercare insieme agli altri le seguenti pratiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ la condivisione delle responsabilità di gestione ◆ l'equa distribuzione dei compiti tra i membri ◆ la solidarietà, il sostegno ◆ la promozione dell'autonomia personale e il rispetto dei diritti della persona ◆ la comunicazione sui problemi del corpo e della salute ◆ l'individuazione e il superamento delle condizioni di rischio. 	<p>Promuovere nella società:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ il diritto a un lavoro salubre, dignitoso ed equamente retribuito ◆ l'uguaglianza nella distribuzione delle risorse economiche ◆ le politiche di tutela dell'ambiente ◆ la riduzione degli sprechi delle risorse ambientali ◆ le politiche socioassistenziali adeguate ◆ le politiche di lotta all'esclusione, alla povertà e alla violenza ◆ le politiche di equità rispetto alle differenze di genere, etnia, cultura, sessualità, religione.

La promozione della salute: un valore della cura femminile

La donna culturalmente è oggi più che mai il soggetto adatto a sviluppare i principi della promozione e della prevenzione, a patto che abbia le informazioni giuste e soprattutto non trascuri la cura di sé e della propria salute.

Le indagini hanno mostrato soprattutto da parte delle donne una crescente tendenza a pratiche di prevenzione, a comportamenti salutarissimi di *autotutela* della salute, ad assumere un'alimentazione più sana; e una crescente tendenza ad autogestire disturbi e malattie.

Ma non solo: La ricerca sociologica ha mostrato l'entità e la rilevanza qualitativa del **lavoro assistenziale** svolto dalle donne sia nel campo della cura, della riabilitazione e dell'assistenza, sia nel campo della conservazione della salute.

Ma chi cura la curante?

La donna può potenziare la salute degli altri solo se ha le informazioni giuste, e queste informazioni devono contenere il principio della cura e della salvaguardia della propria salute.

Attenzione quindi a non sovraccaricare la donna di compiti relativi alla "cura della salute degli altri": se l'informazione si trasforma in maggiori responsabilità sulle spalle delle donne, ecco che avremo fatto un danno, non solo alla salute della donna, schiacciata da un carico in più, ma anche alla salute di quegli altri cui vorremo si indirizzassero le azioni di tutela della donna.

Una buona prevenzione indirizzata alle donne, è una prevenzione che deve mirare a semplificare e facilitare le relazioni tra le persone, e a ridurre tendenzialmente il carico di lavoro assistenziale delle donne, sia nell'attualità che in prospettiva.

Di conseguenza l'onere dell'assistenza non deve ricadere solo sulle famiglie e all'interno della famiglia esclusivamente sulle donne.

In particolare le responsabilità assistenziali relative a patologie gravi e croniche, competono alla organizzazione sanitaria e familiare nel loro complesso e non possono essere scaricate sulle spalle delle donne, senza arrecare danno grave proprio alla salute di queste ultime.

CHE COSA FARE PER ORIENTARE I SERVIZI SANITARI ALLA PROMOZIONE DELLA SALUTE DELLE DONNE E AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLA VITA

- *I servizi sanitari oggi*

👉 I servizi specifici rivolti alle donne, si occupano dell'area della sessualità e della riproduzione. Consultori, ambulatori di ginecologia e senologia sono servizi utili diretti alle donne, centrati sulla vita riproduttiva o sulle patologie connesse alla vita riproduttiva. Questi servizi tuttavia non praticano una visione complessiva della salute e sono molto limitati, nel perseguire gli obiettivi di salute delle donne, dal binomio indissolubile madre-bambino.

👉 Nei servizi sanitari, che non riguardano patologie specifiche e "monogenere", le donne soffrono spesso la sottovalutazione delle loro patologie, un approccio ai loro problemi di salute non correttamente impostato intorno alla differenza di genere, dovuto spesso all'incomprensione dei medici, che tendono a riportare tutti i disturbi delle donne alle fasi ormonali della vita riproduttiva.

- *I servizi sanitari possibili*

Per le donne occorrono servizi che tengano insieme, nella loro organizzazione, alcune nuove competenze e alcuni nuovi orientamenti:

- 👉 coniugare la salute secondo le differenze di genere, in ogni ambito di attività (preventiva, diagnostica, curativa, riabilitativa);
- 👉 valutare ogni problema di salute in modo multifattoriale,

senza lasciarsi “avvincere” dalla specifica funzione riproduttiva della donna e dai suoi cicli biologico-ormonali;

- inserire i principi di parità ed equità uomo-donna nella conduzione delle osservazioni cliniche e delle ricerche. In particolare è necessario che i fattori eziologici e di rischio, il cui studio è indispensabile per raggiungere un’adeguata prevenzione, siano indagati per uomini e donne, prendendo in considerazione le loro diverse condizioni di vita;

- stimolare gli operatori ad ampliare, con il punto di vista di genere, le loro pratiche e conoscenze, utilizzando anche strumenti istituzionali quali: corsi di aggiornamento obbligatorio (ECM); corsi di laurea; corsi di specializzazione;

- costruire linee guida preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative, orientate alle differenze di genere.

E PER FINIRE UN SALUTO ALLE NOSTRE LETTRICI E ANCHE AI NOSTRI LETTORI

Abbiamo scritto questo libro come professioniste della salute appartenenti ad ambiti disciplinari molto diversi perché ognuna di noi ha avuto modo di riflettere sui pregiudizi e sulle diverse realtà della salute delle donne.

Ci siamo confrontate a partire da un disagio comune come donne e come tecnici che abitano un mondo scientifico carico di pregiudizi e abbiamo scoperto che un approccio di genere è possibile.

Soprattutto abbiamo visto, nella nostra pratica di operatrici, ricercatrici, ed esperte del mondo sanitario, come tale approccio sia fruttuoso e denso di implicazioni tutte positive per le donne; intravediamo poi un futuro dove, da tali frutti, anche *l'altra metà del cielo* potrà trarre vantaggio per la propria salute.

Crediamo e ci auguriamo che questo libro possa essere di aiuto alle donne, ma anche a chi opera nella sanità e per la salute, al fine di aumentare la consapevolezza delle complessità sociali e stimolare un cambiamento nel rispetto di tutte le differenze.

ALLE LETTRICI E AI LETTORI

È possibile prendere contatto con le autrici agli indirizzi e-mail per quanto riguarda le referenze bibliografiche dei loro contributi o per qualsiasi altra esigenza di approfondimento delle tematiche trattate

MATILDE ANGELINI ROTA

Medica, specialista in medicina legale e in ematologia. Ha insegnato medicina legale e bioetica presso la facoltà di medicina e chirurgia dell'Università "La Sapienza" di Roma. La sua produzione scientifica ha riguardato problemi di medicina legale, con particolare attenzione alla bioetica, alla ematologia e genetica forense.

matildear@libero.it

GIUSEPPINA BOIDI

Psichiatra. Dirige il Servizio psichiatrico di diagnosi e cura del Dipartimento di salute mentale ASL 3 di Genova. Si interessa di ricerca sulla schizofrenia nei due sessi e all'approccio di genere in psichiatria di comunità. È consigliere regionale della Società di psichiatria e presidente della Commissione psichiatria dell'Ordine dei medici di Genova.

nucciab@tin.it

ANNAMARIA COLAO

Endocrinologa. Ha frequentato il Laboratorio di medicina sperimentale Aix II Marsiglia - Francia. È professore associato presso il Dipartimento di Endocrinologia e Oncologia molecolare e clinica - Facoltà di Medicina e Chirurgia - Università "Federico II" Napoli, dottore di ricerca in Scienze endocrinologiche e metaboliche, docente presso la Scuola di specializzazione in endocrinologia e malattie del ricambio. *Visiting professor* presso importanti Università europee e americane. I suoi temi di ricerca riguardano le patologie ipofisarie, del ciclo femminile e l'obesità.

colao@unina.it

EMILIA DE FILIPPO

Medica, specialista in scienza dell'alimentazione, dottore di ricerca in nutrizione clinica e preventiva, aiuto presso il Dipartimento assistenziale di Clinica medica, Università "Federico II" di Napoli, responsabile dell'ambulatorio per le malnutrizioni secondarie e disturbi del comportamento alimentare.

maldca@unina.it

ADRIANA CECI

Docente della Università di Bari presso il Dipartimento di Farmacologia e Fisiologia umana. È Direttrice del Consorzio valutazioni biologiche e farmacologiche dell'Università di Pavia e della Fondazione S. Maugeri.

È stata ed è componente di numerose commissioni del Ministero della Salute, del Ministero dell'Ambiente, del Ministero del Bilancio e della Presidenza del Consiglio dei Ministri. È esperta dell'EMEA

(Agenzia europea valutazione farmaci). Ha promosso ed è Segretario Nazionale del GdL della Società italiana di pediatria.

adriceci@libero.it

LAURA CORRADI

Sociologa (Ph.D. University of California), è docente presso l'Università della Calabria dove insegna "Fondamenti sociali della salute e della malattia" e "Studi sulla costruzione sociale del genere." È autrice di numerosi articoli e libri sulla salute delle donne, su malattie specifiche quali cancro ed Aids, sulla prevenzione. Ha svolto ricerche in Europa e Stati Uniti in contesti urbani e campi profughi; in Messico e in India fra tribù indigene.

laura.corradi@unical.it

ANNAROSA FLOREANI

Professore associato di Gastroenterologia presso il Dipartimento di Scienze chirurgiche e gastroenterologiche dell'Università di Padova, segretario nazionale dell'UNIGASTRO (Coordinamento dei professori universitari di gastroenterologia), membro della Commissione scientifica della società italiana di gastroenterologia (SIGE). Si interessa in particolare delle malattie croniche del fegato soprattutto di quelle ad eziologia autoimmune.

annarosa.floreani@unipd.it

IRENE FIGÀ TALAMANCA

Professore ordinario di Igiene industriale dell'Università "La Sapienza" di Roma. Ha interessi di ricerca nell'epidemiologia della riproduzione in rapporto ai fattori ambientali e lavorativi. È studiosa del rapporto tra esposizioni lavorative e ambientali e la salute ripro-

duttiva. È *Chair of the Scientific Committee on Reproductive Hazards in the Workplace of the International Commission on Occupational Health (ICOH)*.

irene.figatalamanca@uniroma1.it

TERESA GRIMALDI

Cardiologa, coresponsabile del centro Bene - Essere Donna, istituito nel 1996 presso la Cardiologia del Policlinico di Modena, dedicato alla prevenzione, diagnosi e terapia delle possibili patologie legate alla postmenopausa.

teresagrimaldi@interfree.it

TERESA MANENTE

Avvocata penalista, responsabile dell'ufficio legale dell'associazione Differenza donna che a Roma gestisce i centri antiviolenza del Comune e della Provincia. Ha diretto il primo centro antiviolenza del Comune di Roma. Fa parte della Commissione salute donna presso il Ministero della Salute. È autrice di varie pubblicazioni sui temi della violenza alle donne e ai minori. Ha collaborato alla stesura del "Trattato completo degli abusi e delle dipendenze" (PICCIN 2002) affrontando il tema: "la violenza domestica nel sistema giuridico italiano".

mariateresamanente@inwind.it

GEMMA MARTINO

Medica, è stata direttrice di divisione all'Istituto tumori di Milano. Dirige METIS Centro studi in oncologia - formazione e terapia che opera a Milano, Lugano e Parigi; insegna nei *master* di Senologia

dell'Università di Medicina a Siena, è autrice di più di 200 pubblicazioni scientifiche. Nel Consiglio della Scuola italiana di Senologia; coordina i gruppi di studio di psicologia, terapia del dolore, riabilitazione, qualità di vita e in/formazione nella Forza operativa nazionale sul carcinoma mammario (FONCaM).

gemma.martino@metisonline.it

RAFFAELLA MICIELI

Medica di medicina generale, responsabile nazionale Area salute dalle donne, membro del Consiglio nazionale di Presidenza della Società italiana di medicina generale; fa parte della Commissione ministeriale linee guida menopausa. Ha pubblicato su riviste internazionali come segretaria generale dell'UEMO (Unione europea medici di medicina generale) e *Chairman of Equal Opportunity Working Group*. Coordinatrice editoriale della rivista Medicina della donna (CIC edizioni internazionali), ha pubblicato diversi articoli relativi alla menopausa, contraccezione, osteoporosi, sessualità maschile e femminile. È docente ai Corsi biennali di Formazione specifica per i medici di medicina generale.

ramichi@tin.it

DARIA MINUCCI

Docente di Ginecologia oncologica e primario del servizio di Oncologia ginecologica e citodiagnostica dell'Università di Padova. Dirige il corso di perfezionamento in colposcopia e patologia cervico-vaginale. È autrice di numerosissime pubblicazioni che trattano prevalentemente temi di fisiopatologia della riproduzione e di oncologia ginecologica soprattutto preventiva.

daria.minucci@unipd.it

MARIA GRAZIA MODENA

Cardiologa. Professore ordinario di Cardiologia dirige la cattedra e la divisione di Cardiologia del Policlinico di Modena. A Modena ha creato il Centro “Bene Essere Donna” dedicato alla prevenzione, diagnosi e terapia delle malattie cardiovascolari nella donna. È *Chairperson of Women European Cardiology Committee* della Società europea di cardiologia. È coordinatrice del Gruppo di studio italiano delle patologie ischemiche e vascolari delle donne.

modenamariagrazia@unimo.it

NADIA PALLOTTA

Medica, specialista in gastroenterologia ed endoscopia digestiva. Dottore di ricerca in Scienze gastroenterologiche. Svolge attività di ricerca e assistenziale presso il Dipartimento di Scienze cliniche, Policlinico “Umberto I”, Università “La Sapienza”, Roma. Interessi di ricerca: a) disturbi cronici gastrointestinali: epidemiologia e meccanismi fisiopatologici; b) Impiego delle metodiche non invasive per lo studio della motilità gastrointestinale.

nadia.pallotta@uniroma1.it

MARIA TERESA PINI

Medica, specialista in igiene e medicina preventiva e fisiopatologia della riproduzione umana (ginecologia). Direttrice del Dipartimento materno-infantile della ASL Napoli 2; componente del comitato tecnico regionale per gli interventi di prevenzione nell’area materno-infantile. Si è dedicata in particolare alla programmazione ed attuazione di programmi di prevenzione e tutela della salute delle donne: percorso nascita, progetto di casa della maternità, *screening* dei tumori femminili, procreazione responsabile, ecc. Ha collaborato con

l'Istituto superiore di sanità per lo studio di fattori di rischio socio-sanitario in gravidanza. Ha operato in qualità di esperta nel programma di prevenzione dell'*handicap* (gravidanza, nascita), realizzato dal Ministero degli Esteri in Colombia.

lunamate@libero.it

ELVIRA REALE

Psicologa. Dirige come primario dal 1978 un servizio territoriale per la salute mentale della donna, oggi Centro prevenzione salute mentale donna della ASL Napoli 1. Ha collaborato per 15 anni con il CNR (Consiglio nazionale delle ricerche) in attività di ricerca; i principali temi sono: malattia mentale e ruolo della donna (CNR, 1982); *Stress* e vita quotidiana della Donna: un'indagine sperimentale sui rischi di malattia (CNR, 1998); maschio e femmina: i principali fattori di rischio nell'adolescenza (2001). Collabora attualmente con l'OMS sui temi della violenza, salute mentale e fattori di rischio psicosociali nella donna; è autrice di numerose pubblicazioni sulla salute mentale della donna. Ha coordinato il lavoro per il Ministero Pari opportunità "Una salute a misura di donna" (Roma, 2001). È componente della Commissione salute donna del Ministero della Salute. È membro di un *network* europeo sulla salute delle donne (EWHMET).

erealena@tin.it

PATRIZIA ROMITO

Psicologa. Ha un dottorato in psicologia (Università di Ginevra) ed è ricercatrice presso la Facoltà di Psicologia (Trieste), dove insegna Metodi di ricerca psico-sociale. Svolge inoltre un corso su Violenza alle donne e ai minori alla Scuola di specializzazione in psicologia del ciclo di vita, e, dall'anno accademico 2003-4, anche alla Facoltà di Medicina. Oltre a numerosi articoli ha pubblicato:

“La depressione dopo il parto” (Il Mulino, 1992); “Violenze alle donne e risposte delle istituzioni”; “La violenza di genere contro donne e minori. Un’introduzione” (entrambi Angeli, 2000); “Il *counselling* in adolescenza” con C.Fuligni, (McGrow-Hill, 2002). È attualmente *Visitor scholar* presso l’*Institute for Research on Women and Gender, University of Stanford, California*.

romito@univ.trieste.it

SILVANA SALERNO

Medica, specializzata in Medicina del lavoro presso la Clinica del lavoro “L. Devoto” di Milano. Ha svolto attività di medico competente e del lavoro nei servizi pubblici di prevenzione. Svolge attività di ricerca presso la Divisione di Biomedicina ambientale dell’ENEA sulla relazione tra lavoro e salute con particolare attenzione alla salute delle donne. È professore ad incarico presso l’Università “La Sapienza” di Roma, con cui collabora attivamente.

silvana.salerno@casaccia.enea.it

VITTORIA SARDELLI

Psicologa, è responsabile presso il Centro prevenzione salute mentale donna della ASL Napoli 1 del Servizio prevenzione per adolescenti.

Coordina attività di gruppi di sostegno, di *self-help* e di autostima. Svolge progetti di formazione nelle scuole per insegnanti e genitori. È coautrice con Elvira Reale di numerosi articoli e pubblicazioni.

info@salutementaledonna.it

SILVIA SAVASTANO

Endocrinologa. Ha frequentato il Dipartimento di Immunologia del *Middlesex Hospital Medical School* - Londra. È ricercatrice presso il Dipartimento di Endocrinologia e oncologia molecolare e clinica - Facoltà di Medicina e Chirurgia- Università “Federico II” di Napoli, dottore di ricerca in Scienze endocrinologiche e metaboliche e docente presso la Scuola di specializzazione in endocrinologia e malattie del ricambio. I suoi temi di ricerca riguardano le patologie tiroidee, del ciclo femminile e l’obesità.

sisavast@unina.it

PAOLA VINAY

Sociologa. Ha svolto ricerche su: la divisione sessuale delle attività lavorative retribuite e non, il ruolo della donna nella promozione della salute e il suo potenziale innovativo nella sanità. Ha pubblicato, tra l’altro: *Primary Health Care: concezioni e pratiche della salute nei medici di base e nei servizi territoriali*, in Ingrosso “Dalla prevenzione della malattia alla promozione della salute”, Angeli 1987; *From Informal Flexibility to the New Organization of Time*, in Garcia Ramon - Monk, “Women of the European Union. The politics of work and daily life” Routledge 1996; *Gender, Power and Change in Health Institutions of the European Union*. European Commission - Employment & Social Affairs, 1999; *Presenza femminile e spostamenti di prospettiva nella Sanità*, in Prospecta “Sanità: Quando le Donne Fanno Differenza”, 2000.

m.paci_VP@libero.it

PUBBLICAZIONI DELLA COMMISSIONE NAZIONALE
PER LA PARITÀ E LE PARI OPPORTUNITÀ
TRA UOMO E DONNA

Nelle Collane dirette da *Giacomo F. Rech*, per la Commissione nazionale per la parità e le pari opportunità tra uomo e donna, presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri sono stati pubblicati i volumi(*):

- *Codice Donna - Norme interne e atti internazionali*, 1985, 1990, 2000, 2003;
- *120 anni di cammino verso la parità*, 1985 (esaurito);
- *Le donne italiane in cifre*, 1985 (esaurito);
- *Immagine donna*, 1985;
- *Strategie future d'azione per il progresso delle donne e misure concrete per superare gli ostacoli alla realizzazione, entro l'anno 2000 degli scopi e degli obiettivi del Decennio delle Nazioni Unite per la donna: uguaglianza, sviluppo e pace*, Conferenza Mondiale di Nairobi, 1985;
- *Raccomandazioni per un uso non sessista della lingua italiana*, 1986 (esaurito);
- *Un programma di azione positiva*, 1986;
- *Immagini maschili e femminili nei testi per le elementari*, 1986, 1999;
- *Autrici italiane - Catalogo ragionato dei libri di narrativa, poesia, saggistica: 1945/1985*, 1986;
- *La stampa periodica delle donne in Italia*, 1987;
- *Donna e tecnologie*, 1986;
- *Il sessismo nella lingua italiana*, 1987, 1992, 1999;
- *Indagine sulle donne elette nelle regioni, province, comuni*, 1987;
- *La criminalità femminile in Italia*, 1987;

(*) I volumi si possono acquistare rivolgendosi a: Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato - Funzione editoria - Piazza Verdi, 10 - 00198 Roma. Tel. 0039.06.85082307 - Fax. 0039.06.85084117 - E-mail: vendite@ipzs.it, oppure: editoriale@ipzs.it

- *Piano di azione nazionale*, 1987;
- *Donne e diritto – Due secoli di legislazione: 1796/1986*, 1987 (esaurito);
- *Decimo anniversario della Convenzione delle Nazioni Unite sulla eliminazione di tutte le forme di discriminazione nei confronti delle donne*, 1989 (esaurito);
- *Primo rapporto del Governo italiano sulla Convenzione per la eliminazione di tutte le forme di discriminazione nei confronti delle donne*, 1989 (esaurito);
- *La donna dei media – Sportello immagine donna*, 1992, 1993, 1999 (anche in inglese, 1994);
- *Le donne nel mondo 1970/1990: statistiche e idee*, 1993;
- *Secondo Rapporto del Governo italiano sull'applicazione della Convenzione delle Nazioni Unite per la eliminazione di tutte le forme di discriminazione nei confronti delle donne (1979)*, 1993 (anche in francese);
- *Ruolo e prospettive delle donne nell'economia*, 1994;
- *Tempi diversi – L'uso del tempo di uomini e donne nell'Italia di oggi*, 1994, 1999 (anche in francese, inglese e spagnolo, 1995);
- *Né più né meno*, Bollettino bimestrale, dal 1995;
- *Rapporto italiano per la Quarta Conferenza mondiale sulle donne (Pechino 1995)*, 1995 (anche in francese, inglese e spagnolo);
- *Pechino 1995: Dichiarazione e Programma di azione*, 1996, 1997;
- *Le donne per il rinnovamento della politica e della società - Atti della Conferenza europea, Roma, 16/18 maggio 1996*, 1997 (anche in francese e inglese);
- *Le donne nel mondo 1995: numeri e idee (World's Women 1995)* 1997;
- *Donne, paesaggio e ambiente*, 1999;
- *Competitività aziendale e pari opportunità - Casi di buone pratiche*, 1999;
- *Pechino + 5*, 2000;
- *Ragazze, vi racconto la nostra storia*, 2000;

- *Ragioniamo di maternità - Maternità, paternità e riforma del Welfare*, Atti del Convegno, 2000;
- *Le Mediterranee – Diritti universali e culture diverse*, 2001;
- *Relazione al Presidente del Consiglio sull'attività svolta (1997-2000)*, 2001;
- *Per un nuovo equilibrio tra lavoro e vita: una rete tra i progetti*, 2003;
- *50.000 firme per la parità*, 2003;
- *Curare ed essere curati: una opportunità, un diritto*, 2003;
- *Le donne nel mondo 2000: tendenze e statistiche (World's Women 2000)*, 2003
- *Pari è di più: bollettino d'informazione (in preparazione)*;
- *Chi insegna a chi – Ricognizione delle esperienze di formazione politica per le donne*, 2003;
- *Relazione al Presidente del Consiglio sull'attività svolta (2000-2003)*, (in preparazione)

LE GUIDE

- *Pagine Rosa - Guida ai diritti delle donne*, 1991, 1993, 1999;
- *Arcobaleno – Guida ai diritti delle donne straniere in Italia*, 1994, 1999 (anche in arabo, francese, inglese e spagnolo, 1995);
- *Itinerari - Nuova guida ai diritti delle donne straniere in Italia*, 2000 (in preparazione le traduzioni in inglese, francese, spagnolo, arabo e cinese);
- *Orizzonti - Guida ai diritti delle donne italiane all'estero*, 2000;
- *Pari è di più: Il Kit della candidata*, 2001, 2002;
- *La mente, il cuore, le braccia e Guida alla salute delle donne*, 2003

QUADERNI ROSA

- *Elettrici ed elette – Storia, testimonianze e riflessioni a cinquant'anni dal voto alle donne*, 1995;
- *Alle origini della Repubblica: Donne e Costituente*, 1996;

- *Per non dimenticare Graziella Fumagalli*, 1996;
- *Le donne a Pechino - Uno sguardo sul mondo*, 1996, 1998;
- *Questioni di bioetica: la sterilità e la procreazione medicalmente assistita*, 1997;
- *Violenza sessuale - Venti anni per una legge*, 1998;
- *E dicono che siamo poche... Scrittrici italiane dell'ultimo Novecento* (in preparazione).

QUADERNI RIFORME E VITA QUOTIDIANA

- *Pubblica amministrazione*, 1998, 1999;
- *Regioni: quali statuti e quali leggi elettorali*, 2003;
- *Donne e politica, vincoli e opportunità - Ricerca CENSIS* (in preparazione).

I DIRITTI UMANI DELLE DONNE

- *CEDAW - La Convenzione delle donne*, 2002;
- *CERD - La Convenzione contro il razzismo*, 2002;
- *Donne, migrazioni, diversità - L'Italia di oggi e di domani*, 2002;
- *I diritti delle donne sono diritti umani: la Conferenza mondiale di Pechino del 1995 e il Pechino + 5*, 2003.

Finito di stampare nel mese di settembre 2003