

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 (medicines 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 'farmaco' 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.