

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 MICHELÌ	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 MICHIELI, 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, MOBBING, 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-

durere 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 FISIOLOGIA 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.

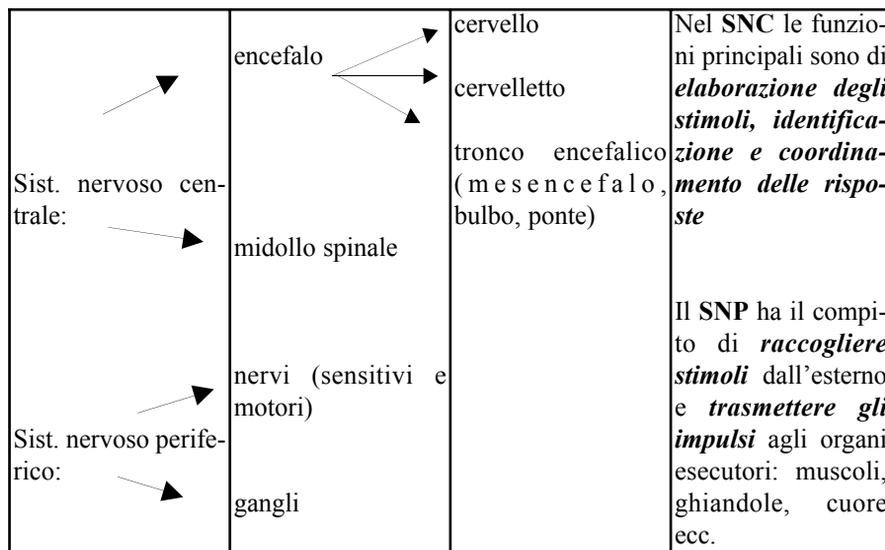
Nelle patologie psichiche l'inizio del ciclo mestruale è considerato fattore di rischio per le ragazze più di quanto lo sia la pubertà per i maschi; le variazioni ormonali in gravidanza e soprattutto nel *post-partum* sono considerati fattori di rischio per la donna adulta; così come la cessazione del 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"/> SÌ</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.

<p>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>	<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,

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,

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-

quando 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.