

---

## LA STORIA DEL PROGETTO

# per una salute a misura di donna

<i>La storia del Progetto” una salute a misura di donna” inizia nel 1998.</i>	<i>Nel 1999 si costituisce il primo gruppo nazionale che lavora intorno alle disparità di genere della medicina.</i>	<i>Nel 2001 alla Sala del Cenacolo del Parlamento è presentato il primo report del lavoro del gruppo nazionale.</i>	<i>Nel 2001 nasce la prima iniziativa al livello regionale: è dell'Assessorato alla Sanità della regione Campania.</i>
---	--	---	--

Nel settembre 1999, dopo un anno di preparazione del progetto, un nuovo gruppo di lavoro era stato formalmente costituito presso il Ministro per le Pari Opportunità con l’obiettivo di “disegnare una salute a misura di donna”. Il gruppo di lavoro, coordinato dalla psicologa Elvira Reale, includeva donne con diverse professionalità mediche rappresentative sia del mondo della clinica che della ricerca. Queste erano: psicologhe, psichiatre, cardiologhe, oncologhe, epidemiologhe, farmacologhe, gastroenterologhe, esperte in medicina del lavoro ed in medicina legale, sociologhe, endocrinologhe, ginecologhe e mediche di famiglia.

Gli obiettivi generali del gruppo di lavoro erano quelli di:

- creare un campo unitario ed integrato di osservazione sulle varie patologie che minacciano la salute delle donne,
- focalizzare l’attenzione sui bias di genere che ostacolano il diritto alla salute nelle donne;
- di proporre linee-guida ed interventi per costruire un sistema sanitario più centrato sui bisogni di salute delle donne.

Gli obiettivi specifici del gruppo erano:

- a. rappresentare in modo integrato i problemi di salute delle donne andando oltre quelli relativi alla riproduzione e alle tappe del ciclo biologico (menarca, gravidanza, parto, menopausa);
- b. cogliere le disparità di trattamento tra uomini e donne nell’approccio alle patologie emergenti tra la popolazione generale ed in particolare rispetto alle patologie mentali, cardiovascolari e da *stress*, patologie da lavoro, patologie tumorali, patologie gastroenterologiche;
- c. evidenziare la centralità del genere maschile nella ricerca ed in particolare nelle procedure e nelle metodologie che riguardano:
  - la raccolta dei dati statistici ed epidemiologici,
  - la valutazione dei fattori eziologici e di rischio,
  - la sperimentazione di trattamenti (medici, chirurgici, farmacologici, ecc.);
- d. confrontare i fattori eziologici e di rischio a carico della popolazione maschile e femminile per evidenziare la presenza di pregiudizi di genere nella sotto- valutazione di alcuni fattori e/o nella sopravvalutazione di altri;
- e. valutare la carenza, nei programmi di ricerca finalizzati, della prospettiva di genere su ogni problematica che indaga le condizioni di salute della popolazione;
- f. prospettare alcune ipotesi di sviluppo di programmi di intervento e di ricerca per inserire un approccio ai problemi di salute delle donne che tenga conto delle differenze di genere e dell’equità del trattamento tra i due sessi.

Il gruppo, durante tre anni ha raccolto i risultati del proprio lavoro di ricerca in un *Report sulla salute della donna* e in una Guida rivolta sia alle donne che ai loro medici. I risultati hanno mostrato come vi siano, rispetto alle donne, mancanza di attenzione, risposte inadeguate, carenze trasversali, sottovalutazioni dei problemi in tutti i settori medici osservati

Il gruppo ha pubblicato con il Ministero per le Pari Opportunità due lavori: “Una salute a misura di donna”, nell’ottobre 2001, ed una “Guida alla salute delle donne”, nel settembre 2003, mettendo in rilievo i problemi e pregiudizi che segnalano il limite della medicina nell’approccio alla salute della donna.<sup>1</sup> I temi maggiormente rilevanti delle due pubblicazioni sono: i nuovi fattori di rischio legati alla vita della donna e cioè la violenza ed il lavoro oltre l’ambiente; e l’aumento del trend di molte patologie come quelle cardiovascolari, psichiche, tumorali, tiroidee, respiratorie, ecc.

## **La ricerca sulla salute e la raccolta dei dati**

L’assenza di dati genere-specifici sulla salute è il primo problema da menzionare.

È noto che le donne, a parità di condizione socioeconomica, siano più longeve degli uomini. Tuttavia, hanno una salute più precaria a causa dell’età, di fattori biologici, di fattori di rischio specifici, della povertà e della solitudine. Secondo i dati dell’Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT, 2000°; ISTAT 2001) in Italia l’aspettativa di vita è di 82 anni per le donne e di 75.8 per gli uomini. Questa discrepanza tra donne e uomini diminuisce se si considerano l’aspettativa di vita dopo i 65 anni e l’aspettativa di vita libera dalla disabilità. All’età di 65 anni, l’aspettativa di vita è di 20 anni per le donne e di 16 per gli uomini, che è una differenza di 4 anni, ma se consideriamo l’aspettativa di vita senza disabilità, questa differenza si riduce ad un solo anno (15 anni per le donne di 65 anni, 14 per gli uomini). A 75 anni, la differenza nell’aspettativa di vita libera dalla disabilità tra donne e uomini diventa irrilevante: solo 0.3 anni (Ministero della Sanità, 2000). Inoltre, a paragone degli uomini, le donne riportano un maggior numero di malattie e di disagi (soprattutto artriti, osteoporosi, ipertensione, depressione): i dati di una ricerca di tipo self-report sulla salute mostrano che vi è un maggior numero di donne che riportano almeno una malattia cronica rispetto agli uomini e che 23 su 28 categorie di malattie hanno una maggiore prevalenza nella donne. (ISTAT 2000a; ISTAT 2000b)

Il report de nostro gruppo di lavoro riporta dati sulla prevalenza maschile e femminile e l’ammontare di incidenza per i diversi disagi. Laddove i dati nazionali ufficiali non erano riscontrabili, gli esperti del gruppo li hanno estratti da dati internazionali o da dati provenienti da ricerche da loro condotte e da lavoro clinici.

Gli uomini muoiono di più per cancro al polmone ma in Italia durante gli anni dal 1984 al 1994 la mortalità delle donne dovuta a tale causa è aumentata del 18% mentre quella degli uomini è diminuita del 4%. L’organizzazione mondiale della sanità ha stimato che il cancro al polmone (insieme con quello alla trachea e ai bronchi) rappresenta la terza causa di morte nella popolazione europea. Inoltre, l’emergenza del cancro al polmone per le donne è prevista in aumento per la prossima decade. La mortalità per AIDS tra le donne ha superato quella degli uomini: infatti, l’AIDS costituisce la

---

<sup>1</sup> Ambedue le pubblicazioni sono rintracciabili sul sito: [www.salumentaledonna.it](http://www.salumentaledonna.it) (collegamenti dalla home page del sito).

principale causa di morte per le donne nell'età compresa tra i 15 e i 44 anni e in quest'arco di anni la loro percentuale di mortalità è maggiore rispetto agli uomini.

Come dimostra il report della salute mondiale, tutti i tipi di disordine mentale, tranne l'alcolismo e l'abuso di droga, sono maggiori e più comuni tra le donne; in particolare, il disturbo depressivo unipolare è al quarto posto per le donne e all'ottavo per gli uomini in termini di principale causa di disagio a livello mondiale. La depressione è più frequente da 2 a 3 volte tra le donne rispetto agli uomini ed è la principale causa di disagio per le donne tra i 15 e i 44 anni. In Italia, uno studio recente ha dimostrato la maggiore prevalenza di tutti i disordini psichiatrici tra le donne e che il picco per la depressione si ha tra i 35 e i 44 anni. Nonostante il fatto che la depressione sia più diffusa tra le donne, nel nostro paese non ci sono ricerche orientate secondo il genere né programmi di intervento per la prevenzione e il trattamento (Reale, 2001 e 2003). Fino a tempi recenti, la schizofrenia era più frequentemente diagnosticata tra gli uomini, ma dati più recenti mostrano una marcata maggiore incidenza tra le donne, sebbene tra di esse questo tipo di disturbo mostra una minore incidenza di tratti di indesiderabilità sociale rispetto agli uomini. (Boidi 2001, 2003: Report sulla salute mondiale, 2000).

Oggi anche la percentuale di morte per disturbi cardiovascolari è maggiore tra le donne rispetto agli uomini. Secondo il report della salute mondiale, essi rappresentano la prima causa di morte in tutti i paesi occidentali e, in tempi recenti, anche in quelli in via di sviluppo. In Italia, secondo i dati dell'istituto nazionale di statistica, nel 1991 i disordini cardiovascolari sono stati la causa di morte per il 48% di donne adulte e per il 39% di uomini adulti. L'ipertensione, il più importante fattore di rischio, è più frequente negli uomini al di sopra dei 45 anni, mentre nelle donne è più frequente dopo i 50. Una ricerca recente della provincia di Modena condotta su donne dai 45 ai 60 anni mostra che il 38.2 soffre di ipertensione, tuttavia è stimato che solo il 34% riceve un trattamento adeguato. C'è una crescente evidenza nella letteratura medica di una tendenza a sottostimare la diagnosi di ischemia cardiovascolare nelle donne. (Modena, 2001, 2003).

Nonostante il fatto che vi siano notevoli differenze di genere riguardo importanti patologie, in Italia manca un sistema nazionale strutturato capace di monitorare le differenze sociali; più specificamente, a parte per la mortalità e l'incidenza del cancro, i dati e le ricerche sulla differenza di genere sono assenti e i dati sulla salute non sono sistematicamente raccolti e differenziati a seconda del sesso. Le informazioni fornite dagli ospedali e dagli enti locali sono incomplete, non suddivise tra i sessi e spesso non reali. Non vi sono chiare normative a livello nazionale per includere il genere quale variabile di base in tutte le raccolte di dati (Vinay, 2001, 2003).

È evidente da se che la ricerca sensibile al genere a la raccolta di dati sono molto importanti per promuovere la salute delle donne. Il citato documento tecnico del WHO enfatizza tale aspetto mediante queste parole:

*“prima di tutto e cosa più importante, è essenziale che la situazione delle donne sia più accuratamente studiata nelle ordinarie raccolte statistiche sulla salute. C'è frequentemente una complicità da parte dei politici sul fatto che molte statistiche non siano suddivise tra i sessi. Ciò rende difficile comprendere la situazione specifica della donna (o dell'uomo) e muoversi in modo da considerare queste differenze (ad esempio, facendo progetti sensibili al genere). Se fosse rimediato a ciò, si avrebbe bisogno di particolari cure sia per la raccolta che per l'analisi dei dati e per la loro presentazione. Per comprendere la specificità dei bisogni della donna è*

*particolarmente importante avere dati suddivisi a seconda del sesso e dell'età, nonché della classe sociale”.*

## **La ricerca gender-sensitive sui fattori di rischio**

Un altro problema importante sottolineato dal report è l'assenza di ricerche sensibili al genere sui fattori di rischio occupazionali e ambientali. È stata data poca attenzione a questi fattori per la depressione, l'ischemia, il cancro al seno e all'utero, dal momento che per tali disturbi si sono fino ad ora considerati soprattutto eziologia di tipo ormonale. Facciamo alcuni esempi.

Il fumo è il principale fattore di rischio per il cancro al polmone. Le donne cominciano a fumare prima degli uomini e hanno maggiori difficoltà a smettere. Tuttavia, la prevenzione dal fumo è cieca rispetto al genere, cioè, a parte il periodo della gravidanza, non vi sono messaggi specifici rivolti a ragazzi e ragazze. Al contrario, una prevenzione primaria efficace dovrebbe investigare fattori di genere e socio-culturali che sono associati all'inizio del fumo e alla sua cessazione.

Nel campo della salute mentale, la ricerca sull'eziologia e sui fattori di rischio è orientata soprattutto verso la valutazione di fattori biologico-ormonali, omettendo il genere per le donne (ma non per gli uomini) l'investigazione dei fattori psico-sociali e di lavoro. Sembra esserci un pregiudizio di genere nella psichiatria per cui si sottolineano le considerazioni sulle variazioni ormonali come i maggiori fattori di rischio per la depressione e altri disordini psichiatrici nella donna. Come in medicina generale dove c'è un improprio processo di medicalizzazione degli stati fisiologici della vita delle donne, anche in psichiatria c'è un processo di psichiatrizzazione della fisiologia femminile: questo è particolarmente vero per la depressione. Tra le donne c'è stata una chiara sottovalutazione dei fattori ambientali e psico-sociali così come dell'impatto della vita quotidiana sulla loro salute mentale. Inoltre, nello studiare l'eziologia e i fattori di rischio per i disordini mentali delle donne, il Programma Nazionale per la Salute non ha previsto target specifici (Reale, 2001, 2003).

Nella ricerca sui fattori di rischio per l'ischemia, per le donne sembra esserci una sopravvalutazione dei fattori biologici e ormonali e una sottovalutazione dei fattori ambientali e di stress; lo stress è considerato il principale fattore di rischio per l'ischemia cardiaca solo per gli uomini (Reale et al. 1998; Modena, 2001, 2003)

La salute occupazionale resta un'area in cui non abbiamo conoscenze sugli rischi lavorativi e sui loro effetti per la salute delle donne: spesso questi dati non sono suddivisi per sesso oppure vi sono informazioni insufficienti sulle donne. Tuttavia, in molte delle occupazioni che sono considerate tipicamente femminili, il rischio è molto alto: nel settore della salute il 54% degli incidenti coinvolge le donne. Come in molti lavori femminili, le lesioni occupazionali sono in aumento tra le donne (+ 8.4% dal 1994 al 1997) e in decremento tra gli uomini (- 9.8% durante lo stesso periodo). C'è bisogno di un numero maggiore di studi per valutare se l'esposizione lavorativa ha effetti diversi sulle donne lavoratrici rispetto agli uomini lavoratori. Un esempio sono i lavori fisici pesanti, che sono meno tollerati dalle donne. Questo è in parte dovuto al fatto che l'organizzazione del lavoro è basata su misure standard designate per gli uomini lavoratori. Le donne italiane soffrono più frequentemente di disordini muscoloscheletrici a paragone degli uomini, anche nello stesso ambiente lavorativo. Ciò è dovuto al fatto che alle donne sono dati compiti ripetitivi in una posizione

ergonomica fissa e inadeguata che mette in eccessiva tensione la loro muscolatura più piccola e vulnerabile (Figà Talamanca, 2001, 2003).

Nello studiare i fattori di rischio per il cancro, il tipo di lavoro è sempre preso in considerazione per gli uomini mentre la stessa enfasi sul lavoro non è sempre considerata per le donne. Tuttavia, alcuni studi recenti hanno mostrato la correlazione esistente tra alcune forme di tumore (polmone, leucemia, linfoma) e l'esposizione a solventi e idrocarburi tra le donne lavoratrici. Quindi, anche nel campo della salute occupazionale, c'è un'assenza di informazioni, il modello di riferimento e l'uomo lavoratore medio e (tranne per la gravidanza) non ci sono linee guida per misurare gli azzardi per le donne (Figà Talamanca, 2001, 2003)

Come sappiamo, un fattore di rischio molto importante per le donne è lo stress e la tensione legate a lavori multipli fatti per la famiglia e per il lavoro. Il nostro gruppo di lavoro ha sottolineato che nella ricerca medica e nella pratica clinica, è data una grande importanza al lavoro come uno dei maggiori fattori di rischio nelle analisi, nella prevenzione e nel trattamento delle malattie nell'uomo, ma per le donne è data poca attenzione a questo fattore e ad altre condizioni di vita. In particolare, poca o nessuna attenzione è posta alla coesistenza per le donne di diversi ruoli, responsabilità e compiti legati alla loro professione e alla vita familiare. Il rischio di burn-out fisico e psicologico è negato e i parametri in grado di misurare i rischi e le soddisfazioni dei lavori familiari non sono disponibili (Reale-Vinay, 2001; Reale 2003).

Numerosi studi sociologici hanno sottolineato l'ammontare del lavoro fatto dalle donne all'interno della famiglia nelle sue varie forme. Questo lavoro invisibile, infatti, va molto oltre ciò che è comunemente chiamato lavoro domestico, ma comprende anche la produzione di beni e di servizi per il consumo familiare; le attività burocratiche necessarie per l'uso dei servizi pubblici; le attività di promozione della salute e la cura dei primi sintomi di malattia; così come le attività necessarie per l'educazione, la socializzazione e la cura dei bambini, degli anziani, dei malati e dei membri disabili della famiglia.

Rispetto a ciò – a causa della mancanza di servizi pubblici e alla tradizionale divisione dei ruoli all'interno della famiglia – il sovraccarico lavorativo per le donne italiane sembra essere molto elevato. Gli studi sull'uso del tempo quotidiano nella famiglia hanno sottolineato che in media, le donne italiane trascorrono 5 ore al giorno di lavoro pagato e 8 ore di lavoro non pagato, mentre gli uomini passano 8 ore a lavoro pagato e un'ora per quello non pagato (ISTAT 1993). Inoltre, il modo in cui gli uomini utilizzano il tempo non varia in modo significativo a seconda dei diversi tipi di famiglia in cui vivono, mentre l'uso del tempo da parte delle donne è molto influenzato dalla presenza di bambini o di un compagno all'interno della famiglia. Sotto tale aspetto, le donne con bambini sembrano essere avvantaggiate piuttosto che svantaggiate, dalla presenza di un compagno in famiglia (Sabbadini – Palomba 1993). Infine, come le deputate della commissione per le pari opportunità hanno sottolineato, considerando sia il lavoro pagato che quello non pagato, più del 50% delle donne lavoratrici italiane lavorano 60 ore a settimana e oltre un terzo lavora 70 ore a settimana, mentre meno di un terzo degli uomini lavora più di 60 ore a settimana (Piazza, 1999). Così, il lavoro familiare con la sua caratteristica di cura per gli altri (opposta alla cura per se) può ben essere considerato come uno dei maggiori fattori di rischio per la salute delle donne. Infatti, una ricerca sullo stress e sulla vita quotidiana delle donne (Reale et al. 1998) suggerisce una relazione tra l'ipertensione, il cancro al seno e la depressione e l'aumento delle responsabilità nel lavoro domestico.

La violenza è un'esperienza frequente nella vita delle donne ed è considerata un fattore di rischio per l'impoverimento della salute tra le donne. Secondo uno studio italiano sull'uso dei vari servizi socio-sanitari, una sulle dieci donne del campione e il 18% di quelle di età compresa tra i 18 e i 24 anni, ha subito violenza fisica o sessuale nei 12 mesi precedenti la ricerca. I perpetratori della violenza erano spesso uomini vicini alle donne: i loro compagni, il padre, il fratello, compagni di scuola o colleghi di lavoro (Romito 2000). È raro che una donna sia ascoltata, creduta o aiutata in modo adeguato da chi lavora nei servizi sociali e sanitari a cui si rivolgono (Romito 2001, 2003).

Il documento tecnico del WHO dice a proposito della violenza (WHO 2000):

“la violenza degli uomini contro le donne, soprattutto a casa, ha le maggiori conseguenze dannose per la salute delle donne, comprese le lesioni intenzionali. (...) in molte comunità le donne sembrano essere gravemente a rischio di violenza da parte dell'uomo con cui hanno una relazione e da parte di altri uomini che conoscono e la violenza contro donne e ragazze accade più frequentemente all'interno del “paradiso” della famiglia. Gli effetti dannosi sulla salute fisica e mentale delle donne possono essere estremamente pervasivi e andare oltre le lesioni”.

Gli effetti della violenza si manifestano in disturbi comuni per ogni donna che cerca un servizio di cura. Uno studio italiano sulla relazione tra i disturbi gastrointestinali e la violenza fisica o sessuale suggerisce che la violenza degli uomini contro le donne ha le maggiori conseguenze dannose per la salute. Queste includono molti tipi di disordini, soprattutto quelli senza una chiara causa oggettiva (Pallotta 2001, 2003). In molti paesi, studi epidemiologici hanno mostrato che la prevalenza di una storia di abuso fisico e/o sessuale varia dal 30 al 60% delle donne con un disturbo gastrointestinale cronico. In Italia, gli studi su paziente dei servizi pubblici specializzati in disordini gastrointestinali ha mostrato una prevalenza del 32% per l'abuso fisico e/o di violenza sessuale. Hanno anche suggerito che la gravità dei sintomi, la risposta ai trattamenti terapeutici e la qualità della vita sono direttamente collegate alla gravità della violenza subita. In un altro studio è stato trovato che l'86% delle donne che richiedono l'assistenza di un centro antiviolenza riportano almeno due sintomi gastrointestinali (Baccini-Pallotta-Badiali et al. 1998; Calabrese-Baccini-Pallotta et al. 1999). Tutto questo suggerisce che la violenza fisica e sessuale rappresentano un importante fattore nel declino delle condizioni di salute delle donne.

## Le differenze di genere nella diagnosi e nel trattamento

Un altro problema importante sottolineato dal nostro gruppo di lavoro è l'inadeguata considerazione delle differenze di genere nelle diagnosi e nelle pratiche terapeutiche. queste pratiche si sono sviluppate tradizionalmente su un modello maschile e applicate anche sulle donne senza prendere in considerazione le differenze sociali e bio-psicologiche tra i due sessi. Rispetto a ciò, l'assenza di considerazione delle differenze di genere nella ricerca può causare problemi legati allo sviluppo di strumenti e tecniche per la diagnosi e il trattamento delle malattie nelle donne. Alcuni esempi renderanno più chiaro questo punto.

La frequenza della schizofrenia tra le donne è stata sottostimata. Per questo disordine psichiatrico, la priorità è data ai casi più gravi dal punto di vista di un problema sociale. Le donne con schizofrenia hanno spesso sintomi subdoli che conducono ad una mancanza di riconoscimento del problema. Spesso ricercano aiuto più tardi

rispetto agli uomini a parità di condizioni e hanno minori ospedalizzazioni rispetto agli uomini schizofrenici (Boidi 2001).

Per i disturbi cardiovascolari, in particolare per l'ischemia cardiaca, tutte le tecniche diagnostiche come le radiografie e i test sotto stress solitamente usati sono state create sulla base di un modello maschile e sono meno efficaci per le diagnosi delle donne. Gli strumenti chirurgici per la rivascolarizzazione coronaria (by-pass, angioplastica coronaria) sono gli stessi di quelli usati per gli uomini e poca attenzione è stata data al fatto che le donne hanno delle coronarie e dei vasi sanguigni più piccoli. Non ci sono linee guida che definiscano i sintomi tipici dell'infarto miocardico nelle donne: il dolore al torace che le donne riportano è considerato anomalo mentre il dolore riportato dall'uomo è considerato tipico. La diagnosi dell'ischemia cardiaca è basata sulle capacità cliniche del singolo medico, vista l'assenza di linee guida diagnostiche specifiche per le donne. Esiste, inoltre, l'evidenza di una sotto-utilizzazione della terapia trombolitica nelle donne affette da infarto miocardico acuto, il che conduce ad un'alta mortalità femminile nel primo stadio dell'infarto. Per tutte queste ragioni le donne sono accolte negli ospedali specializzati più tardi rispetto agli uomini e sperimentano un'alta percentuale di fallimenti terapeutici e chirurgici (Modena, 2001, 2003).

Dall'altro lato, per altri disturbi specifici delle donne, notiamo una eccessiva medicalizzazione e interventi chirurgici. Questo accade soprattutto nel caso di cancro al seno e all'utero e ad altri tipi di disturbi. Ad esempio, l'isterectomia è largamente utilizzata, ma la percentuale varia molto da un paese all'altro (una donna su tre oltre i 60 anni negli USA e Australia, una su 5 oltre i 65 anni in Gran Bretagna). In Italia i dati non sono disponibili, ma secondo molte ricerche regionali la tendenza sembra essere in aumento. Nel Veneto, ad esempio, il numero di isterectomie è aumentato tra il 1993 e il 1996; secondo i dati raccolti, in questa regione una donna su 4 è sottoposta ad un'isterectomia nel corso della vita. Importanti variazioni tra paesi e medici si ritrovano anche rispetto alla scelta del tipo di isterectomia – se limitata alla cervice uterina o totale, e se coinvolge anche i tessuti sottostanti. Altre variazioni riguardano se l'intervento è fatto a livello addominale o vaginale e il tipo di tecnica chirurgica utilizzata – tradizionale, laparoscopica o mista (Minucci 2001, 2003).

Spesso l'isterectomia è associata alla rimozione delle ovaie per indicazioni cliniche non chiare, rendendo quindi questa pratica il solo caso in cui un organo è intenzionalmente rimosso. Esiste l'evidenza di un uso esteso ed inappropriato dell'isterectomia, non supportato da standard efficaci; infatti, in tale campo non sono disponibili protocolli validi e linee guida per valide indicazioni chirurgiche. Bisogna ricordare che l'isterectomia può avere molte conseguenze, legate soprattutto all'impatto ormonale, fisico e psicologico dovuto alla perdita dell'utero e di altri organi riproduttivi. Quindi, l'isterectomia è appropriata solo quando è la sola strada possibile per prevenire o per rimediare a condizioni di salute e in ogni caso dovrebbe essere limitata alla rimozione della più piccola parte dell'organo, applicando meno la procedura invasiva. Molte ricerche dimostrano che solo il 10-15% delle isterectomie sono legate ad un tumore maligno, mentre l'85-90% sono legate a condizioni benigne che potrebbero essere ben trattate senza chirurgia. C'è bisogno di protocolli chiari che definiscano le situazioni cliniche per le quali è appropriata l'isterectomia e quelle per le quali è adeguata una terapia medica o una chirurgica di tipo preservativo. La diffusa pratica dell'isterectomia sottovaluta il criterio di integrità individuale, in quanto considera l'utero solo per le sue funzioni riproduttive (Minucci 2001, 2003).

## L' esclusione delle donne dalla sperimentazione clinica

Un problema molto importante introdotto dal gruppo di lavoro è l'esclusione o l'insufficiente presenza delle donne nella sperimentazione clinica. Nonostante le differenze fisiologiche e patologiche tra maschi e femmine, fino ad ora nelle ricerche mediche e farmacologiche non è stata data un'attenzione adeguata alle donne. Negli esperimenti clinici condotti per testare nuovi prodotti farmaceutici sono presenti soprattutto uomini adulti. Ciò significa che alle donne non è garantito lo stesso diritto di una terapia efficace e sicura – come stabilito dalle normative europee e nazionali – dal momento che non vi sono modi per sapere se un prodotto che si è dimostrato efficace e sicuro per gli uomini lo sa anche per le donne. Inoltre, anche quando le donne sono utilizzate, i dati non sono analizzati a seconda dei sessi (Ceci 2001, 2003).

L'esclusione delle donne dalla sperimentazione farmacologica può comportare problemi legati al dosaggio, all'efficacia e agli effetti collaterali. Ci sono molti esempi che possiamo citare. Le donne sono state escluse dalla più vasta popolazione studio mai avuta, lo studio sull'aspirina, designato per valutare l'impatto dell'aspirina nella prevenzione delle malattie cardiovascolari. A causa del numero insufficiente di donne presenti negli studi sui prodotti farmaceutici per ridurre il colesterolo, questi prodotti si sono dimostrati poco efficaci per la popolazione femminile come documentato dagli studi clinici nella popolazione maschile (Ceci, 2001).

Tutti gli esperimenti clinici per il trattamento dell'ischemia cardiaca sono stati connoti sulla base di modelli maschili. Nell'esempio del trattamento farmacologico delle trombosi cardiache, le dosi inappropriatamente basate sulla relazione tra la superficie corporea e il peso nei maschi, ha comportato frequenti complicazioni emorragiche tra le donne (Modena, 2001, 2003).

Le donne sono prima tra i consumatori di psicofarmaci; a causa della loro inadeguata rappresentazione negli esperimenti clinici, la conoscenza degli effetti collaterali e dell'efficacia degli psicofarmaci sulle donne è più limitata rispetto agli uomini. Anche nel trattamento farmacologico dei disordini psichici (ansia, depressione, schizofrenia) le donne soffrono molto più spesso per gli effetti collaterali dovuto all'alto dosaggio rispetto agli uomini (Boidi, 2001, 2003).

In ogni RE clinica vi sono esempi di farmaci testati prevalentemente sugli uomini ma che sono prescritti con uguale dosaggio anche per le donne, sollevando potenziali elevati rischi di inefficacia o effetti collaterali più gravi tra le donne trattate con questi farmaci. Questo punto rende necessarie delle linee guida europee specifiche per il genere per la sperimentazione degli agenti farmaceutici prima che essi siano messi in commercio e siano prescritti indiscriminatamente sia per gli uomini che per le donne.

## Conclusioni

In conclusione, il gruppo di lavoro ed il Ministero ha sottolineato soprattutto due criteri inappropriati nell'approccio al problema del genere.

A. la mancanza di attenzione alla differenza sessuale - nella complessiva valutazione del *bios* femminile (non limitato quindi alla sfera riproduttiva).



Si è osservato che questa mancanza di attenzione può essere ascritta ad un processo riduzionistico della medicina nei confronti delle donne (aver ridotto cioè le differenze biologiche alle differenze di un unico apparato, quello riproduttivo).

In pratica nella scienza e nella pratica medica e si è osservato come l'uomo e la biologia maschile siano stati presi come unico riferimento negli studi clinici: ciò costituisce evidentemente una procedura metodologica inappropriata che tende ad inficiare la validità di molte ricerche e l'utilità di molte statistiche.

Esempi della scorretta omologazione del corpo femminile al corpo maschile si sono osservati nel campo delle patologie cardiovascolari, della oncologia, della medicina del lavoro e della farmacologia: l'efficacia di test diagnostici e dei trattamenti è misurata essenzialmente sugli uomini.

Si è valutato che dalla marginalizzazione, se non esclusione, del *bios* femminile dall'osservazione medica sono derivati problemi, segnalati da effetti di scarsa efficacia e di maggiore nocività delle prassi medico-sanitarie, nei seguenti ambiti:

- nella determinazione degli strumenti di intervento diagnostici e terapeutici;
- nella sperimentazione dei farmaci, nella determinazione dei dosaggi e degli effetti collaterali in quasi tutti i settori della medicina e specificamente nella cardiologia, e nella psichiatria;
- nella formulazione di linee guida per la prevenzione ed il trattamento;
- nell'analisi dei fattori di rischio psico-sociali dove il modello centrale è il maschio con il suo specifico stile di vita.

B. La disparità di trattamento nell'osservazione delle patologie maschili e femminili.

Si è valutato che un altro problema metodologico attraversa la ricerca sanitaria ed in particolare quella sui fattori eziologici e di rischio.

Non avere a disposizione i dati sanitari per il sesso femminile, significa non poter contare su una rappresentazione adeguata di un fenomeno patologico: del tipo di diffusione ad esempio, o della tipologia dei fattori maggiormente coinvolti nella eziopatogenesi.

Ma il problema della disparità di trattamento non si esaurisce nella mancanza di dati. Anche infatti quando i dati sulle donne sono raccolti e sono disponibili, non sempre promuovono valutazioni adeguate.

Esistono molti dati sulla emergenza sanitaria "al femminile" (sulla depressione, una vera epidemia femminile; sulle violenze e le loro conseguenze sulla salute; sulle morti da HIV; sulle morti da patologie cardiovascolari e da tumore, ecc.).

Questi dati però in molti casi sono sottovalutati, non vengono presi in adeguata considerazione, e non vengono trattati come emergenze.

Il senso di tutto ciò sembra riferirsi alla percezione del fenomeno patologico nelle donne che, associato alla eziopatogenesi di tipo prevalentemente biologico, viene considerato un evento naturale e perciò stesso poco modificabile e poco rispondente ai presidi della prevenzione primaria.

La disparità di trattamento si individua allora nel pregiudizio scientifico che attribuisce alla donna una prevalenza di fattori biologici nella valutazione eziologica e nella individuazione dei fattori di rischio, e all'uomo una prevalenza di fattori eziologici e di rischio di tipo ambientale, sociale e lavorativo.

Le ricerche nel campo dello *stress*, delle malattie cardiovascolari, del cancro, della depressione, delle malattie professionali indicano tutte un forte *bias* di genere più difficilmente evidenziabile; esso si riferisce non tanto alle procedure di misurazione e

quantificazione dei fenomeni, quanto alle impostazioni generali e alle ipotesi assunte nell'allestimento del campo di ricerca.

Alcuni contributi hanno evidenziato come vi sia una precisa linea di demarcazione che divide il campo della ricerca: da un lato lo studio sulle patologie a prevalenza maschile con i rischi connessi di tipo ambientale, sociale e lavorativo; dall'altro lato le patologie a prevalenza femminile con i rischi prevalentemente ed in maggior misura attribuiti a fattori biologico-ormonali.

L'effetto complessivo di questa pre-clusione del campo della ricerca dei fattori di rischio ambientale e sociale alle donne deve essere ampiamente sottolineato in quanto procura il maggiore danno: tende ad escluderle dal campo importantissimo della prevenzione primaria.

E così vediamo che nelle patologie ad alto impatto tra la popolazione femminile l'eziologia prevalente è quella biologica - ormonale: ciò vale per i tumori al femminile, per la depressione, ed anche ultimamente per le patologie cardiovascolari.

Anche oggi quando vi è una nuova attenzione su alcune patologie come quelle cardiovascolari (considerate fino a poco tempo fa a prevalenza maschile), il rischio principale per le donne viene ascritto principalmente alla tappa biologica temporalmente connessa, ed in questo caso specifico, alla tappa della menopausa che è responsabile della perdita dello scudo protettivo ormonale.

Sul piano tecnico - operativo il pregiudizio è presente nella scelta di un duplice criterio - un criterio per gli uomini ed un altro per le donne - che sovrintende sia alla impostazione del campo di ricerca che alla valutazione ed interpretazione dei dati. Ricordiamoci a questo proposito che la storia della scienza ci insegna che i dati nuovi non sono sufficienti a modificare criteri ed impostazioni se non vi è un osservatore in grado di leggerli e di rappresentarli, e che ha un interesse (sociale) in questo.

Riteniamo questo problema di grande importanza per cui ci soffermiamo brevemente su di esso nel proporre alcune misure correttive.

Per finire, come citato nel documento tecnico del WHO:

*“c'è ora un insieme di evidenze che indicano che la ricerca medica ha fatto una attività di genere. I luoghi scelti, i metodi usati e le analisi dei dati riflettono una prospettiva maschile in molti campi importanti. (...) il pregiudizio di genere è evidente non solo nei campi di ricerca ma anche nella formulazione di un largo numero di studi. Laddove le stesse patologie colpiscono sia gli uomini che le donne, molti ricercatori hanno ignorato le possibili differenze tra i sessi rispetto agli indicatori diagnostici, ai sintomi, alla prognosi e alla effettiva efficacia dei diversi trattamenti. (...) fintanto che i ricercatori continueranno ad usare come modello gli uomini, le cure mediche delle donne continueranno ad essere compromesse”.*

## Propositi e suggerimenti

Il gruppo di lavoro nazionale ha sottolineato la necessità che per la medicina di assumere per intero il principio dell'integrazione della prospettiva di genere in tutti i campi di azione, dalla pratica clinica alla ricerca, dalla diagnosi alla prevenzione. In questa prospettiva il gruppo di lavoro ha invitato il ministero e le Regioni a promuovere azioni positive in questa direzione per integrare nella programmazione sanitaria regionale l'approccio gender sensitive ai problemi di salute degli uomini e delle donne.

## References

- AAVV: *Una salute a misura di donna*. In ( a cura di) E. Reale, Atti del gruppo di lavoro " Medicina Donne Salute", Ministero Pari Opportunità, 2001, Roma.
- AAVV: *La mente, il cuore, le braccia e....Guida alla salute delle donne*. In ( a cura di) E. Reale, Atti del gruppo di lavoro " Medicina Donne Salute", Commissione Nazionale Pari Opportunità, 2003, Roma.  
<http://www.salumentaledonna.it/publicazione.htm>
- Ballard T. - Corradi L. (2001), *Una prospettiva di genere su epidemiologia e prevenzione primaria dei tumori al polmone: i limiti di una prevenzione gender-blind*, in Dipartimento Pari Opportunità – Reale E. editor, “Una Salute a Misura di Donna - Atti del gruppo di lavoro Medicina Donna Salute”, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per l’Informazione e l’Editoria, Roma.
- Baccini F. - Pallotta N. - Badiali D. et al. (1998) *Prevalenza dei maltrattamenti fisici e/o sessuali in pazienti con disturbi cronici gastrointestinali*. Neurogastroenterologia; 3:102-106.
- Boidi G. (2001), *La schizofrenia e la differenza di genere*, in “Una Salute a Misura di Donna” ivi.
- Calabrese E. - Baccini F. - Pallotta N. et al. (1999) *I maltrattamenti subiti influenzano la sintomatologia nei pazienti con disturbi organici gastrointestinali cronici?* Neurogastroenterologia 3:108-112.
- Ceci A. (2001), *La specificità di genere nella conduzione delle ricerche cliniche*, in “Una Salute a Misura di Donna”, ivi.
- Corradi L. (2001), *Per una prevenzione dell’AIDS gender-oriented*, in “Una Salute a Misura di Donna” ivi.
- Figà Talamanca I. (2001), *La salute della donna in medicina del lavoro*, in “Una Salute a Misura di Donna” ivi.
- ISTAT (1993), *Indagine Multiscopo sulle Famiglie- Anni 1987-91, 4 - L’Uso del Tempo in Italia*, Roma.
- ISTAT (2000a), *“Le condizioni di salute degli Italiani – Anno 1999”*, 13 dicembre,  
<http://www.istat.it/Anumital/Astatset/sanit.htm>.
- ISTAT (2000b), *Rapporto annuale – Situazione del Paese 1999*, Roma.
- ISTAT (2001), *Tendenze della mortalità in Italia nel periodo 1995-1998*,  
<http://www.istat.it/Anotizie/Aaltrein/statinbrev/tendomort-95-98.html>.
- Ministero della Sanità (2000), *Relazione sullo stato sanitario del Paese 1999*, Servizio Studi e Documentazione, Roma.
- Minucci D. (2001), *Le patologie dell’utero e il pregiudizio di genere*, in “Una Salute a Misura di Donna”, ivi.
- Modena M. G. (2001), *Malattie cardiovascolari*, in “Una Salute a Misura di Donna”, ivi.
- Pallotta N. (2001), *Violenza e salute: la ricerca sulle patologie gastroenterologiche*, in “Una Salute a Misura di Donna” ivi.
- Piazza M. (1999), *Le buone pratiche europee: i padri nelle organizzazioni*”, paper presented at the conference “Padri e Relazione di Cura Vita Quotidiana e Organizzazioni, Venezia november 19th-20th.
- Reale E. et al. (1998) *Stress e vita quotidiana della donna*, Progetto Finalizzato CNR: Prevenzione e Controllo dei Fattori di Malattia (FATMA), Sottoprogetto Stress, Roma.
- Reale E. (2001), *Differenze di genere nella depressione ed in altri disturbi psichici*, in “Una Salute a Misura di Donna” ivi.
- Reale E. - Vinay P. (2001), *Gli studi sullo stress ed il lavoro familiare*, in “Una Salute a Misura di Donna” ivi.
- Romito P (ed.) (2000) *Violenze alle donne e risposte delle istituzioni. Prospettive internazionali*. Angeli, Milano.
- Romito P. (2001), *Violenze contro le donne, conseguenze sulla salute e ruolo dei servizi socio-sanitari*, in “Una Salute a Misura di Donna” ivi.
- Sabbadini L.L. - Palomba, R. (1993) *Differenze di genere e uso del tempo nella vita quotidiana*, in M. Paci (ed.) “Le dimensioni della disuguaglianza”, Il Mulino, Bologna.
- Vinay P. (2001), *Note su genere e statistiche sanitarie in Italia*, in “Una Salute a Misura di Donna” ivi.
- World Health Organization, The Department of Women’s Health (2000) “*Gender and Health Technical Paper*”, in internet WHO- FHD - Gender and Health Technical Paper.
- World Health Organization (2000), *The World Health Report*.