

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 organistica 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?

269

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

277

- In primo luogo il medico che voglia stabilire una relazione terapeutica efficace deve disporsi all'ascolto della paziente cercando di liberarsi da eventuali pregiudizi 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. Suggeriamo 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.