

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

La tutela della salute della donna

A cura del Comitato Pari Opportunità
dell'Istituto Superiore di Sanità

ISSN 1123-3117

Rapporti ISTISAN

03/28

Istituto Superiore di Sanità

La tutela della salute della donna.

A cura del Comitato Pari Opportunità dell'Istituto Superiore di Sanità
2003, iii, 43 p. Rapporti ISTISAN 03/28

Il rapporto contiene le relazioni presentate al Convegno *La tutela della salute della donna*, svoltosi presso l'Istituto Superiore di Sanità il 14 dicembre 1999 e promosso dal suo Comitato Pari Opportunità. L'approccio è basato sulla consapevolezza che ai Comitati Pari Opportunità è affidato, tra gli altri, il compito dell'educazione alla salute e della prevenzione. I temi trattati nel rapporto riguardano le malattie trasmissibili sessualmente, i tumori, la menopausa, le sostanze d'abuso, i disturbi del comportamento alimentare, gli incidenti domestici e la violenza contro le donne.

Parole chiave: Donne, Salute, Prevenzione, Pari opportunità

Istituto Superiore di Sanità

Woman and health.

Edited by Equal Opportunity Committee of the Istituto Superiore di Sanità
2003, iii, 43 p. Rapporti ISTISAN 03/28 (in Italian)

This report contains the papers presented at the conference *Safeguard of women's health* held at the Istituto Superiore di Sanità (the National Institute of Health) on December 14, 1999. The Conference was promoted by Equal Opportunity Committee. The overall approach is based on the awareness that the Equal Opportunity Committee is entrusted with the task of health education and prevention. The main issues approached in the report deal with sexually transmitted diseases, tumours, menopause, drug abuses, and also nutritional behaviour diseases, household accidents and violence against women.

Key words: Women, Health, Prevention, Equal opportunities

Comitato Pari Opportunità

Maria Orlando[†], Francesca Anna Aulicino, Patrizia Campagna, Maria Rosaria Dupuis, Luciana Gramiccioni, Donatella Maffi, Laura Mancini, Valeria Martini, Serena Risica, Marina Torre, Antonella De Sanctis, Letizia Sanpaolo, Rossella Mantovani.

Alla realizzazione di questo rapporto hanno partecipato anche: Maria Gabriella Paolizzi, Vanessa Piccinini, Paola Tortora (*Laboratorio di Biochimica Clinica, Istituto Superiore di Sanità, Roma*).

Per informazioni su questo documento scrivere a: cpo@iss.it

Il rapporto è accessibile online dal sito di questo Istituto: www.iss.it/publicazioni.

Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità e Direttore responsabile: *Enrico Garaci*
Registro della Stampa - Tribunale di Roma n. 131/88 del 1° marzo 1988

Redazione: *Paola De Castro e Sandra Salinetti*
La responsabilità dei dati scientifici e tecnici è dei singoli autori.

© 2003 Istituto Superiore di Sanità (Viale Regina Elena, 299 - 00161 Roma)

INDICE

Premessa	iii
Saluto di benvenuto	
<i>Maria Chiaia</i>	1
Introduzione	
<i>Maria Orlando</i>	3
Donne: educazione alla prevenzione. Cosa offrono le istituzioni	
<i>Pamela Pantano</i>	5
La prevenzione dei tumori femminili: programmi di screening e diagnosi precoce	
<i>Egle Parisi</i>	7
Prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili: aspetti psicologici	
<i>Maria Carta</i>	11
Prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili: aspetti epidemiologici	
<i>Giovanni Rezza</i>	13
Disturbi del comportamento alimentare: anoressia e bulimia	
<i>Adolfo Petziol</i>	16
Donna e sostanze d'abuso	
<i>Marisa Malagoli-Togliatti</i>	20
Impatto delle malattie cardiovascolari e fattori di rischio nelle donne	
<i>Simona Giampaoli</i>	26
Salute fisica e psicologia in menopausa	
<i>Giuseppe Benagiano</i>	29
La violenza contro le donne	
<i>Magda Brienza</i>	33
Gli incidenti domestici della donna: un'espressione particolare di un sistema complesso	
<i>Franco Taggi</i>	38

Premessa

Il rapporto contiene le relazioni presentate al del Convegno *La tutela della salute della donna* svoltosi presso l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) il 14 dicembre 1999, ma riviste ed aggiornate dagli Autori nel 2003.

Si tratta del primo convegno organizzato dal Comitato Pari Opportunità (CPO) dell'ISS, che ha avuto poi seguito negli anni seguenti con iniziative analoghe (*La sicurezza dei giocattoli e articoli per l'infanzia* il 18 dicembre 2000, *Salute della popolazione e qualità degli alimenti* il 5 dicembre 2001 e *La donna e l'alcool* il 3 dicembre 2002). Questi convegni, assieme ad altri seminari organizzati in questi anni su temi di attualità per la salute della popolazione, sono nati dalla consapevolezza che al CPO è affidato, tra gli altri, il compito dell' educazione alla salute come previsto dalla Circolare n.12 del 24 marzo 1993 del Dipartimento per la Funzione Pubblica, Servizio II "Studi e legislazione", Ufficio per la condizione femminile. Essi sono stati inoltre voluti per individuare un appuntamento annuale nel quale incontrare il personale e le rappresentanti di altri CPO e confrontarsi su questi temi.

Questa pubblicazione ha luogo con molto ritardo rispetto al convegno stesso, ma il CPO dell'ISS ha voluto tenere fede, nonostante molte difficoltà ed impedimenti, ad un impegno assunto con Maria Orlando, allora Presidente del Comitato e tristemente scomparsa il 29 maggio 2002, che aveva fortemente voluto questa iniziativa e vi aveva lavorato con grande impegno e passione.

Nel ricordo di Mariella, nostra presidente per alcuni anni, con la quale abbiamo inventato, con tanto entusiasmo e spontanea amicizia, le attività di questo CPO, ci auguriamo che anche questa iniziativa editoriale possa essere uno stimolo alle colleghe ad occupare sempre di più in Istituto e nella società il ruolo che ci spetta in quanto *altra metà del cielo*.

*Il Comitato Pari Opportunità
dell'Istituto Superiore di Sanità*

SALUTO DI BENVENUTO

Maria Chiaia

Commissione Nazionale per le Pari Opportunità, Roma

Il tema della salute della donna è entrato tra gli interessi primari della Commissione Nazionale Parità da quando a Pechino si è svolto un ampio dibattito su questo aspetto della condizione femminile, considerato a livello mondiale una delle aree nevralgiche più scoperte che esigono da parte dei Governi una molteplicità di interventi per garantire alle donne il godimento dei più alti livelli qualitativi di salute durante l'intera durata della loro vita alla pari con gli uomini.

La salute nella sua accezione più ampia, intesa come condizione di completo benessere psico-fisico e non semplice assenza di malattia, viene oggi riconosciuta universalmente come uno dei diritti umani fondamentali che propone specifiche esigenze e domande negli uomini e nelle donne.

Le donne vivono più a lungo, ma il loro stato di salute sembra essere peggiore non solo in termini di percezione soggettiva e di qualità della vita in conseguenza delle diverse patologie legate all'età, ma anche per l'evidente svantaggio sociale derivante dal maggior carico di lavoro di cura e dalle minori risorse culturali ed economiche.

La complessità della problematica, che investe sul piano della programmazione e dell'investimento di più ampie risorse non solo l'ambito sanitario ma anche quello socio-assistenziale, ha sollecitato la Commissione a creare un gruppo di lavoro *ad hoc*, il tavolo *Donna e salute*, che comprende tra i membri anche un rappresentante del Ministero della Sanità al fine di promuovere nuove politiche di welfare e di avviare una corretta informazione sulle questioni più urgenti.

La riflessione ha messo in luce che la tutela della salute della donna abbraccia un campo assai più vasto della semplice fecondità e della sessualità biologica ed interferisce con il carattere specifico di una corporeità che si esprime in tutte le età della vita con le sue caratteristiche psicologiche e relazionali, mirando al raggiungimento di un benessere e di un equilibrio che faccia anche da supporto alla piena realizzazione della persona sotto il profilo non solo familiare, ma anche professionale, culturale, politico.

Sembra pertanto riduttivo concentrare prevalentemente l'attenzione sulla salute riproduttiva come espressione primaria di benessere femminile, anche se va rimossa nel nostro Paese la tendenza a sanitarizzare la maternità e a disumanizzare il parto, riducendo il numero dei parti cesarei, e incrementando i supporti a tutela della maternità specie per l'assistenza *post-partum*, nonché ogni azione efficace nei riguardi della prevenzione dell'aborto, che mantiene una tendenza in crescita tra le donne immigrate e le minorenni.

Il Piano Sanitario Nazionale, insistendo sull'importanza degli stili di vita e della prevenzione, esalta indirettamente il ruolo della donna come "educatrice" alla salute e non solo come colei che cura nel momento del bisogno la malattia: la donna è chiamata a svolgere sotto molteplici aspetti un'azione propedeutica creando i presupposti per condizioni di salute sempre più consone alle esigenze della propria persona e dei familiari.

Tra le prospettive che incideranno positivamente sul futuro benessere femminile figura l'attuazione del Piano materno-infantile, predisposto dal Ministero della Sanità, che prevede insieme all'istituzione dei Dipartimenti il rilancio dei Consultori e il potenziamento dei punti-nascita, oggi forse non molto attrezzati né equamente distribuiti su tutto il territorio nazionale.

Secondo la Direttiva Prodi del 1997, che stabilisce le linee guida del Governo in applicazione del Programma di Azione della Conferenza Mondiale di Pechino, la tutela della salute delle donne e degli uomini passa attraverso azioni mirate riguardanti la prevenzione delle possibili patologie in tutte le fasi della vita, e individua tra le strategie utili da adottare lo sviluppo di indagini statistiche orientate a evidenziare le differenze di genere nella salute con particolare riferimento a fattori di rischio, cronicità, disabilità, salute riproduttiva.

A tale proposito si evidenzia, specie per alcuni prodotti farmaceutici, l'opportunità di testarne gli effetti perché si possa riscontrare ogni eventuale differenza nella loro assunzione sia da parte di uomini che di donne. Per quanto riguarda la prevenzione e la cura della sterilità si tratta di un problema importante, su cui l'attenzione è ancora troppo limitata, anche perché la procreazione viene generalmente considerata un fatto privato, con la conseguenza che sussistono ritardi e inadempienze nella promozione sul piano socio-assistenziale di condizioni favorevoli per libere e responsabili scelte di maternità e di paternità .

L'attuale Convegno, organizzato dal Comitato per le Pari Opportunità e dal Laboratorio di Biochimica Clinica dell'Istituto Superiore di Sanità, è un'occasione preziosa per affrontare attraverso un ampio ventaglio di contributi scientifici il tema della salute della donna.

Esso si svolge in concomitanza con la partecipazione della Commissione Nazionale al Tavolo europeo delle donne in vista del "follow-up" su Pechino, che si terrà a New York nel giugno del 2000. Tra i temi in agenda quello della salute, intesa come diritto essenziale delle donne e dell'intera popolazione mondiale. Una coincidenza significativa a conferma della ricerca di traguardi comuni.

INTRODUZIONE

Maria Orlando^{†1}

Comitato Pari Opportunità, Istituto Superiore di Sanità, Roma

L'attuale Comitato per le Pari Opportunità dell'Istituto Superiore di Sanità si è insediato nel 1998, facendo seguito ad un Comitato che è stato presieduto, nel 1993, da Aurelia Sargentini.

Il titolo del convegno è "Tutela della salute della donna". Perché l'Istituto è un organo del Servizio Sanitario Nazionale e sarebbe poco appropriato se non ci occupassimo, noi per primi, in casa nostra, dei problemi collegati alla salute delle donne, delle lavoratrici. Inoltre, perché il Decreto Legislativo del febbraio 1993, che ha recepito la carta dei diritti dei lavoratori ed, in particolare, ha compreso anche le direttive dell'Unione Europea per le politiche delle Pari Opportunità e la gestione delle risorse umane, ha indicato, tra i temi prioritari da svolgere nei Comitati, quelli dell'educazione alla salute e delle proposte per l'adozione di programmi di miglioramento della sicurezza e della salute sul lavoro.

Noi, essendo un organo del Servizio Sanitario Nazionale, abbiamo voluto ampliare la tematica a tutto quello che riguarda le delicate fasi e i diversi momenti della vita della donna.

Il concetto della salute, oggi è un po' modificato rispetto a quando si pensava solo alla salute in termini di assenza di malattia. Oggi, per salute, si intende benessere complessivo della persona. La salute è un diritto fondamentale e, come tale, non può essere sottoposto a nessuna barriera di sesso, di età, di tipo sociale o culturale. Soprattutto di tipo culturale, perché la salute, oggi, è anche dare la possibilità a tutti i cittadini di scegliere la terapia cui si vuole essere sottoposti, di conoscere quali siano i rischi cui si va incontro per poterli controllare e, quindi, per adottare stili di vita e comportamenti che consentono di ridurli.

Ecco perché noi in questo Convegno, proprio per fare informazione, per dare conoscenza, per consentire di fare una prevenzione consapevole, responsabile, abbiamo voluto affrontare alcune patologie, tra le molte, che influenzano la vita della donna, oggi.

Abbiamo scelto, quindi, di affrontare alcuni temi sulla prevenzione, in particolare la prevenzione dei tumori femminili; attraverso le relazioni di alcune persone che si sono offerte di parlare, abbiamo voluto portarvi a conoscenza, per verificare con voi, di alcune patologie che influiscono sulla vita quotidiana della donna, cioè patologie di tipo sociale come l'anoressia e la bulimia, e patologie chiaramente e tradizionalmente femminili, quali quelle legate alla menopausa, o anche patologie, tradizionalmente non riconosciute tali, ma che influenzano la vita della donna, in particolare le patologie cardio-vascolari. Queste ultime colpiscono soprattutto l'uomo, ma vedremo che questo non sempre è vero, se facciamo riferimento ad alcune fasi della vita della donna. Esiste, poi, tutta una serie di altre problematiche, che abbiamo voluto prendere in considerazione. Si tratta di problemi di tipo sociale che influenzano la salute della donna e che sono legati alla società industrializzata in cui noi oggi viviamo, in particolare, gli incidenti domestici e la violenza contro le donne. Infine abbiamo preso in considerazione un altro problema legato allo stress quotidiano. Si tratta del problema della gestione dei tempi, di rilevanza soprattutto nelle grandi città. Sappiamo benissimo come per una donna la gestione dei tempi, la divisione tra lavoro e famiglia siano fonte continua di stress.

Quindi il Convegno, con una visione a largo raggio, non vuole, evidentemente, essere esaustivo, ma vuole semplicemente dare degli input ed essere un primo momento di incontro,

^{†1} Presidente del Comitato Pari Opportunità

nell'attesa che, speriamo dalle discussioni di oggi, venga fuori qualche nuovo input da ampliare, magari su questi stessi temi, magari su temi diversi come seminari *ad hoc*.

Prima di passare la parola alle autorità presenti e alle rappresentanze della Ministra per le Pari Opportunità della Salute e alla rappresentante della Commissione Pari Opportunità non posso non ricordare una gran donna italiana, scomparsa proprio in questi giorni e che credo noi tutte dobbiamo ringraziare per quello che ha fatto per noi donne, e cioè Nilde Iotti. È stata una delle persone che ha partecipato alla creazione della nostra Repubblica, ha avuto anche interessi sociali oltre che politici ed ha portato avanti la sua missione su questa terra con uno stile, un'eleganza, un equilibrio, che le hanno fatto superare tutte quelle che potevano essere delle barriere ideologiche fino ad ottenere un gran riconoscimento. È stata, infatti, la prima donna nella Repubblica Italiana ad avere una delle più alte cariche dello Stato, la terza, cioè quella di Presidente dell'Assemblea di Montecitorio.

DONNE: EDUCAZIONE ALLA PREVENZIONE. COSA OFFRONO LE ISTITUZIONI

Pamela Pantano

Assessorato alle politiche per la città delle bambine e dei bambini, Comune di Roma

Ippocrate nel V secolo avanti Cristo consigliava a tutti coloro che arrivavano in una nuova città di informarsi per accertare se quella città fosse un luogo sano o insano per viverci. Secondo Ippocrate ciò poteva dipendere dalla sua posizione geografica rispetto ai rifornimenti d'acqua, dal comportamento e dalle abitudini degli abitanti, se amassero bere o mangiare smodatamente, se fossero inclini all'indolenza o al contrario amanti del lavoro. Oggi, affermerei che questo è assolutamente sempre più vero. Il profilo della salute di una città dipende da come è fatta la città e da come si comportano i cittadini dentro questa città. Quindi la salute si cura attraverso le scelte politiche.

Affermerei che le cause di molte malattie oggi socialmente più rilevanti, come le malattie cardio-vascolari e i tumori, hanno ormai molteplici fattori di rischio che predispongono alla loro insorgenza. In piccola parte sono fattori genetici, ma in gran parte sono legati allo stile di vita, vedi il fumo, l'alcool, le droghe, l'uso eccessivo di farmaci, l'uso prolungato di terapie ormonali, la mancanza di esercizio fisico, la dieta, le norme igieniche, le condizioni socio-economiche e l'ambiente. A ciò si aggiungono: la qualità dell'aria, quella dell'acqua potabile, lo smaltimento delle acque, l'inquinamento da rumore, le radiazioni, la qualità del cibo, l'organizzazione della città e la qualità delle abitazioni.

L'ambiente influenza la nostra salute anche per altri motivi. Prendiamo ad esempio il cancro della mammella. Sappiamo che il cancro alla mammella in Italia colpisce una donna su nove. Questa malattia non è attribuibile ad un singolo fattore, ma ad una combinazione di fattori di rischio distinti, legati all'ambiente e allo stile di vita. La maggior parte di questi fattori di rischio ha un elemento in comune; essi contribuiscono all'esposizione totale, cumulativa di una donna a tutte le possibili sorgenti di estrogeni durante l'arco della vita. Ormai è stato visto che questo contatto con gli estrogeni è già importante nella vita embrionale. Alcuni studi hanno evidenziato che una madre, che abbia un alto contenuto nel sangue di estrogeni, può influenzare lo sviluppo del suo embrione. Soprattutto la presenza eccessiva di estrogeni nella pubertà e prima della gravidanza questo contatto è importante. Queste sorgenti includono non solo gli estrogeni endogeni prodotti dalle proprie ovaie, ma anche estrogeni farmacologici e soprattutto sostanze estrogeno-simili presenti nei cibi sotto forma di conservanti e pesticidi. Si tratta dei cosiddetti xenoestrogeni. L'agenzia ambientale degli Stati Uniti ha fatto uno studio che è durato tre anni proprio per evidenziare la presenza di questi xenoestrogeni sia come inquinanti chimici, contenuti nei carburanti e nelle plastiche, sia come prodotti farmacologici. Dopo tre anni di studi la situazione si è rivelata assolutamente aperta, nel senso che non si è riusciti a dire né che questo era assolutamente falso, né che era assolutamente vero, quindi il problema è ancora totalmente aperto.

Un'altra cosa importante è che nell'incidenza delle malattie l'ambiente ha un ruolo importante. Per esempio, ritornando al tumore al seno: la sua incidenza in Giappone è dieci volte più bassa che negli Stati Uniti. Ma una donna giapponese portata in America, nel giro di una generazione, acquista la prevalenza del Paese in cui si è trasferita. Anche in Italia, in Calabria, l'incidenza del tumore al seno è metà di quella delle donne settentrionali, ma se una

donna calabrese va ad abitare in Lombardia dopo una generazione avrà la stessa percentuale di rischio di tumore al seno delle donne lombarde.

Cerchiamo di evidenziare quali siano i fattori di rischio per il tumore al seno della donna.

L'incidenza del cancro della mammella aumenta con l'età, infatti raddoppia ogni dieci anni fino alla menopausa e poi diminuisce. Incidono anche la localizzazione geografica e l'età della prima gravidanza. È stato, ad esempio, notato come la nulliparità o la prima gravidanza in età superiore ai 28/30 anni siano un fattore che può aumentare il rischio. Anche l'aborto spontaneo o l'interruzione della prima gravidanza potrebbe aumentare leggermente il rischio, come conseguenza di un'incompleta differenziazione delle cellule della ghiandola mammaria. È stato verificato, inoltre, come siano più a rischio di sviluppare la malattia donne nella cui storia familiare risultino presenti casi di cancro alla mammella. In particolare, donne le cui madri, sorelle o figlie abbiano sviluppato cancro al seno prima dei cinquanta anni, vedono aumentare il rischio della malattia di 2,5 volte. Donne con un'iperplasia epiteliale severa atipica presentano un rischio quattro cinque volte maggiore di sviluppare un tumore alla mammella. L'esposizione a radiazioni raddoppia il rischio di tumore alla mammella, specialmente in donne adolescenti, nelle quali le cellule della mammella sono in fase di attiva proliferazione ed è più facile che si formino errori del DNA cellulare. Lo stile di vita e l'alimentazione hanno una forte influenza. La correlazione tra l'incidenza del cancro alla mammella ed elevati consumi di grassi alimentari, in molti Paesi, è nota. Alcuni grassi, come quelli presenti nell'olio di cereali stimolano la proliferazione delle cellule mammarie; altri grassi come quelli presenti nell'olio di pesce sembrano inibirne la proliferazione. L'obesità dopo la menopausa aumenta di due volte il rischio. Anche il consumo di alcool, il fumo e l'assunzione della pillola anticoncezionale per più di quattro anni aumenterebbero il rischio.

Qual è l'impegno che deve avere un amministratore? È quello di riuscire a mettere in pratica tutte queste conoscenze che ha facendo un grossissimo lavoro di educazione alla prevenzione dei rischi. Quando? Nei momenti in cui la donna incinta si avvicina ai servizi sanitari, oppure nei consultori, oppure appena la madre ha partorito e si reca in un servizio per la prima infanzia, come asilo, o scuola materna. In questi momenti occorre fornire immediatamente alle donne informazioni corrette, avendo cura di evitare atteggiamenti di imposizione. La donna deve essere lasciata libera nelle sue decisioni avendo la coscienza di sé e della propria salute e del fatto che è l'artefice della propria salute. Contemporaneamente è importante creare nell'ambiente cittadino le condizioni di una prevenzione sostenibile.

Come assessore agli asili nido curo diversi aspetti connessi ad una politica di prevenzione: dall'applicazione di tabelle dietetiche per una corretta combinazione dei cibi, all'uso di cibi a basso contenuto di grassi animali e anche all'uso di cibi biologici, etc. Mi preoccupa anche che i nuovi asili siano costruiti in materiali bio-compatibili. Credo proprio che l'impegno consista nel cercare di creare condizioni ambientali mirate alla prevenzione. Sebbene la medicina sia in grado di risolvere efficacemente molti problemi di salute è necessario operare nel campo della prevenzione primaria delle malattie, cioè nell'evitare che una malattia insorga. Ciò implica un'associazione nuova fra i servizi sanitari e tutti coloro le cui decisioni influenzano i determinanti dell'incidenza.

I determinanti principali della malattia sono principalmente di natura economica e sociale, di conseguenza anche i rimedi devono essere economici e sociali. Pertanto, la medicina e la politica non possono e non devono essere tenute separate.

LA PREVENZIONE DEI TUMORI FEMMINILI: PROGRAMMI DI SCREENING E DIAGNOSI PRECOCE

Egle Parisi¹

Commissione Oncologica Nazionale, Ministero della Sanità, Roma

Il Decreto Legislativo 502, che riguarda il riordino del sistema sanitario nazionale, aveva previsto che la programmazione sanitaria avvenisse tramite l'elaborazione di un documento di programmazione che era il Piano Sanitario Nazionale (PSN). Per dare corposità e contenuti al PSN nel 1993 fu istituita per la prima volta la Commissione Oncologica Nazionale, che in tutti questi anni ha svolto l'incarico datogli dal ministero di occuparsi dei problemi oncologici. L'istituzione della Commissione, avvenuta nel 1993, era fondamentalmente dettata dalla necessità di fornire, per il capitolo del piano di allora, 1994-1996, elementi programmatici in campo oncologico. Successivamente alla costituzione della commissione fu elaborato il PSN che all'epoca era suddiviso in una parte generale e in capitoli specifici, i cosiddetti progetti obiettivi, che avevano, quindi, una duplice veste: sanitaria e sociale. Il ministero intendeva raggiungere in determinate patologie, che riteneva di particolare rilevanza sociale, obiettivi precisi. Tra le varie azioni programmate individuate dal piano c'era l'azione programmata prevenzione e cura delle malattie oncologiche. Il piano mostrava alcune necessità che dovevano essere raggiunte e prevedeva tra l'altro la costituzione nuovamente di questa commissione oncologica alla quale era demandato il compito di assumere iniziative nell'ambito dei temi che io ho evidenziato.

Uno dei punti di questo piano riguarda gli interventi di diagnosi precoci delle neoplasie a maggiore diffusione, cioè viene dato mandato sostanzialmente alla commissione oncologica di elaborare linee guida o atti di indirizzo, da fornire poi alle regioni, su temi specifici dell'oncologia che vanno dalla prevenzione primaria all'organizzazione dell'assistenza domiciliare o ai programmi di screening, laddove possibili e così via.

Dopo due anni di attività sono state elaborate da questa Commissione alcune linee guida, successivamente pubblicate sulla Gazzetta Ufficiale. Le linee guida non hanno lo stesso peso di un Decreto legislativo o di un Decreto ministeriale. Esse sono raccomandazioni fornite alle regioni nel caso degli screening, con la finalità di attivarle nell'organizzazione di programmi di screening. Successivamente vedremo quali tipi di patologie sono state indicate.

Scaduto il primo mandato, la precedente Commissione oncologica è stata ricostituita, in questo caso, con un mandato ancora più ampio, cioè quello di scrivere il piano oncologico nazionale, l'equivalente del piano sanitario nazionale, ma, in questo caso, monotematico, cioè esclusivamente orientato a individuare i bisogni e le necessità in campo oncologico.

Intanto è stato elaborato il secondo piano sanitario nazionale 1998-2000, che introduce novità sostanziali. In particolare, nell'obiettivo due, che si riferisce ai tumori, il piano sanitario nazionale sancisce che non si tratta più di raccomandazioni. Infatti, gli interventi di diagnosi precoce saranno inseriti nei livelli uniformi di assistenza, quindi nelle *garanzie*, che il sistema sanitario nazionale deve fornire all'universalità dei cittadini. Le prestazioni verranno inserite nelle campagne di screening.

In questa pagina del piano viene detto che, oltre agli interventi di prevenzione primaria e quelli sugli stili di vita, devono essere assolutamente attivate le campagne di screening per la

¹ Segretaria della Commissione Oncologica Nazionale

diagnosi precoce di due patologie. Si tratta della diagnosi precoce dei tumori della mammella e del collo dell'utero e, per alcune popolazioni, dell'apparato digerente. In quest'ultimo caso ci si riferisce ad alcune forme di neoplasie del colon-retto. Il piano prevede, per la diagnosi precoce dei tumori della mammella, l'estensione a tutto il territorio nazionale dello screening mammografico con periodicità biennale per le donne tra i 50 e 69 anni e, per i tumori dell'utero, il pap-test con intervallo triennale per le donne tra i 25 e 64 anni. L'ultima voce è relativa alle patologie eredo-famigliari invasive, soprattutto con attenzione alle neoplasie del colon-retto.

Queste sono tutte note ricavate dal piano e laddove invece si evidenziano livelli uniformi di assistenza viene sostanzialmente ribadito questo concetto, cioè della necessità di tutte quelle prestazioni legate all'attivazione e alla promozione di programmi di screening in ambito regionale, in quanto prestazioni essenziali efficaci e fondamentali. In realtà a livello ministeriale è successo dell'altro. La finanziaria del 1996 e l'art. 33 comma 34 prevedevano che una quota del fondo sanitario nazionale potesse essere vincolato a progetti specifici cioè ad obiettivi di piano. Quindi questo finanziamento, che era stato di L.1.200.000.000 sia per l'anno 1998 che per il 1999, per il 2000 doveva essere impiegato in progetti specifici, concordati in sede di conferenza Stato/Regione. Lo scenario è sostanzialmente cambiato nel senso che nel 1994, quando abbiamo iniziato a parlare di screening così come anche di assistenza domiciliare, era dato tutto per scontato. Così non è oggi. C'è una sensibilità diversa da parte di tutti ad affrontare questo problema.

Il fatto che i programmi di screening siano riconosciuti nei livelli uniformi di assistenza per il ministero significa che, attraverso la quota capitaria (finanziamento normale), le amministrazioni regionali, con le quote relative alla prevenzione, devono attrezzarsi per attivarli. Considerate, però, alcune priorità di intervento, e proprio per promuovere queste iniziative, per il triennio 1998/2000 concordato in sede regionale, sono stati individuati questi obiettivi considerati prioritari. Le regioni hanno presentato questi progetti, quindi, questi finanziamenti sono a loro destinati e accantonati per questi progetti. L'obiettivo sarebbe, una volta implementati, di farli procedere da soli, senza finanziamenti *ad hoc* perché l'obiettivo è di fare diventare il progetto routine. Visti i finanziamenti richiesti dalle regioni, sostanzialmente una volta visti i progetti, lì dove è stato ritenuto, da parte del ministero, che i progetti fossero carenti, sono state aiutate le regioni a presentare progetti di screening maggiormente rispondenti alle linee guida pubblicate dal Ministero tramite l'attività della commissione oncologica. Il finanziamento per l'anno 1998 è già partito e il programma prevede che, a distanza di sei mesi-un anno, le regioni dovranno presentare al Ministero un piano di attività che, se ritenuto valido, consentirà l'accesso al finanziamento per l'anno successivo. Quindi questo è stato l'iter seguito dalle regioni le cui richieste sono state accettate. Veneto, Molise e Campania hanno chiesto quel finanziamento da utilizzare nel triennio, mentre per le altre regioni il finanziamento che è stato ottenuto è valido solo per l'anno 1998. Esse verranno eventualmente rifinanziate con la stessa cifra per gli anni successivi.

Nel frattempo la Commissione oncologica, attualmente attiva, sta riscrivendo il piano oncologico nazionale. Questo piano è costituito da una serie di capitoli, che riguardano i problemi inerenti all'organizzazione dell'assistenza: viene, cioè, disegnato quello che è il modello organizzativo, cioè quello della rete oncologica. C'è un capitolo dedicato alla prevenzione secondaria con una maggiore puntualità anche sui modelli organizzativi. Adesso su tesi viene riproposto un documento sugli screening dove sostanzialmente le basi scientifiche restano le stesse. Cioè si riconferma la necessità di estendere preferibilmente alle donne tra i 50 e 69 anni lo screening mammografico e alle donne tra 25 e 64 anni lo screening per il cervico carcinoma uterino. Esistono ancora delle perplessità in termini di costi-benefici, di intervallo, di screening o di tipo di esame da proporre per quanto riguarda il colon-retto, pure riconoscendo l'efficacia dello screening.

In relazione ai valori di incidenza e prevalenza, abbiamo i seguenti dati: per il carcinoma della mammella nel 1994 sono stati registrati 11.000 decessi; nell'80% dei casi il decesso si registra in donne oltre 50 anni.

Il cancro della mammella, fortunatamente, risulta tra quelle patologie tumorali che meglio rispondono ai trattamenti chirurgici, radioterapici e chemioterapici. Si situa, quindi, tra i tumori che hanno una prognosi favorevole. Certo, in determinate condizioni. Per esempio, individuare un carcinoma della mammella con un diametro di un centimetro o meno permette una prognosi che sicuramente è migliore. La mortalità per carcinoma della mammella più o meno è rimasta invariata, mentre è aumentata l'incidenza. Un po' diversa è la mortalità per i tumori dell'utero. I dati ISTAT, in relazione alla mortalità per cancro del collo dell'utero, pur non distinguendo collo e corpo, indicano un decremento. Il tumore dell'utero, inoltre è meno responsivo del tumore della mammella.

Sarebbe stato anche interessante farvi vedere come cambiano l'incidenza e la mortalità rispetto alle aree geografiche. Per le neoplasie esiste un gradiente Nord-Sud pesante e l'unica eccezione riguarda proprio la neoplasia del collo dell'utero. Questo dimostra indirettamente quanto nel Sud sia poco usato lo screening e l'altra eccezione è l'epatocarcinoma, che sembra legato al fatto che nel Sud ci siano più casi di epatite B. Vorrei concludere con alcune osservazioni. In realtà non è un caso che il piano oncologico e le linee guida precedentemente pubblicate dal Ministero sull'attivazione dei programmi di screening riguardino esclusivamente queste due patologie, cioè il carcinoma della mammella e il collo dell'utero. Che cosa è uno screening in oncologia? Lo screening in oncologia è un'anticipazione diagnostica, che consiste nell'individuazione di un tumore in una fase precoce, cioè in assenza di qualunque manifestazione clinica. L'anticipazione diagnostica anticipa molto spesso le manifestazioni cliniche anche di 4-5 anni. Ciò significa fare vivere una persona con una diagnosi di cancro anticipandogli la diagnosi molto tempo prima. Obiettivo principale di un'attività di screening è di anticipare la diagnosi assumendo che, quanto più precoce è la diagnosi tanto più alta è la possibilità di modificare la storia naturale della malattia. Significa, cioè, riuscire a incidere attraverso gli ausili chirurgici, radioterapici o quello che sia, su quello che sarebbe l'andamento della patologia. Quello su cui ha puntato molto il Ministero è la necessità che siano attivati programmi di screening organizzato. Un programma di screening organizzato significa che una struttura deputata ad attività di tipo sanitario (amministrazioni regionali e, di conseguenza, le aziende sanitarie) si prenda carico attivamente delle donne invitandole ad attività di screening spontaneo ma organizzato. In questa ottica i programmi di screening sono interventi pianificati di sanità pubblica, che consistono nell'offerta attiva di una chiamata diretta, di un invito ad una popolazione definita *target*. Abbiamo individuato le fasce di età apparentemente sana. In questa fascia sono comprese persone che spontaneamente non si rivolgerebbero a strutture pubbliche, perché non hanno sintomi, per le quali sarebbe promossa la partecipazione ad un test diagnostico sicuro, economico e con la garanzia di un eventuale iter diagnostico e terapeutico secondo protocolli predefiniti. Ci deve essere un test che dia garanzie di poter dire con la maggiore affidabilità possibile alle persone che vi si sottopongono se corrono il rischio di essere affette da cancro. In questo caso lo screening non viene definito un test diagnostico; la diagnosi verrà fatta con interventi di secondo livello. La diagnosi di secondo livello va esclusa, comunque, nel caso in cui siano identificati tumori le cui manifestazioni cliniche, si ritiene, siano differite nel tempo o per i quali non sia disponibile alcun trattamento o, ancora, il trattamento anticipato non sia efficace, per i quali, quindi, la diagnosi non modificherebbe la prognosi in quanto tumori non responsivi. In questi casi, infatti, non potrebbe essere modificata la storia naturale della malattia e una diagnosi genererebbe inutili ansietà e non sarebbe eticamente accettabile in quanto non efficace. Di conseguenza, prima della introduzione di un test di screening deve esserne determinata l'efficacia in termini di aumento della sopravvivenza

e di miglioramento della qualità della vita. In base alle conoscenze scientifiche che abbiamo, le uniche due neoplasie che corrispondono a questi criteri sono il cancro della mammella e del collo dell'utero. Si tratta delle uniche due neoplasie per le quali è possibile proporre interventi di screening organizzato perché, in effetti, anche dal punto di vista etico, anticipare la diagnosi di così tanto tempo rispetto alla manifestazione clinica si accompagna ad una reale capacità di controllo della malattia. Di fronte ad una neoplasia polmonare per esempio, ammesso che noi avessimo gli strumenti tecnologici per fare uno screening, cioè per "screenare" una popolazione sana da una malata, in realtà non riusciremmo a modificare la malattia, quindi non è nemmeno etico fare questo.

PREVENZIONE DELLE MALATTIE SESSUALMENTE TRASMISSIBILI: ASPETTI PSICOLOGICI

Maria Carta

III Clinica medica, Policlinico Umberto I, Università degli studi "La Sapienza", Roma

Mi occupo principalmente di AIDS e delle persone che ne sono portatrici. Ciò che io e l'equipe con la quale lavoro abbiamo notato è che la popolazione di donne che afferisce al nostro servizio, come prima istanza, si preoccupa del proprio partner.

Tale stato di cose può sembrare abbastanza strano considerata l'attuale possibilità di ricevere informazioni, attraverso la televisione, i mass-media e i servizi messi a disposizione del pubblico, cosa che consente la possibilità di conoscere e, quindi, di evitare Malattie Sessualmente Trasmissibili (MST), come ad esempio l'AIDS.

Da una ricerca effettuata attraverso la somministrazione di 1000 questionari, abbiamo appurato che le donne partner dei nostri pazienti sono informate dei rischi che corrono. Il problema è che non riescono a gestire la possibilità di evitare la situazione di rischio; hanno paura di mettere il loro uomo in difficoltà attraverso un rifiuto. Questo dato emerge anche in altre culture, come ad esempio quella africana.

Dai questionari somministrati risulta che le coppie continuano a non usare il profilattico anche quando non conoscono il passato del loro partner. Solo il 15% lo usa. Ultimamente abbiamo notato che le persone che afferiscono al nostro Servizio e usufruiscono del *counselling* informativo e preventivo in occasione dell'effettuazione del test HIV, quando tornano per sottoporsi al test successivo, sembrano aver assimilato informazioni che risultano essere fondamentali per modificare i comportamenti a rischio.

Abbiamo messo a punto un *counselling* per permettere agli utenti di incamerare in tempi brevi (il test si fa due o tre volte, a seconda dei casi, in tre-sei mesi) informazioni capaci di introdurre cambiamenti a lungo termine. Probabilmente sottoporsi al test è così angosciante per le persone che mettono in atto dei meccanismi di difesa.

La decisione dell'uso del profilattico è generalmente appannaggio dell'uomo, poiché le donne che dovessero decidere di prendere l'iniziativa vengono generalmente considerate troppo emancipate, cosa che spesso è ritenuta essere indice di poca serietà. Ciò può rendere sempre più isolato il gruppo di donne che decide di usare il profilattico, assumendosene la responsabilità. Si pensa che il profilattico sia un mezzo contraccettivo che permette di controllare la maternità, inconsciamente viene quindi rifiutato da entrambi i sessi, non solo per un discorso morale. Se poi viene visto come uno strumento di lavoro delle prostitute, spesso la donna che chiede l'uso di questo tipo di contraccettivo viene identificata come una persona che tende ad avere molti partner occasionali.

Ad ogni modo, nel momento in cui la coppia stabilisce una discreta intimità smette di usare il profilattico, ma non dopo aver effettuato un test di coppia, come viene consigliato per la prevenzione dall'AIDS, bensì semplicemente si accantona il profilattico e lo si sostituisce o con la pillola contraccettiva, oppure si rinuncia a qualsiasi metodo contraccettivo. Quindi una parte dei pazienti HIV positivo è costituita da persone che si sono contagiate perché dopo alcuni mesi di relazione di coppia hanno sospeso l'uso del profilattico e non sapevano che il partner era sieropositivo.

Più spesso è la donna a non sapere che il proprio partner è sieropositivo e si contagia all'interno di rapporti stabili. Anche le donne che conoscono esattamente qual è la situazione di

salute del proprio partner, cioè sanno che il loro partner è sieropositivo, non usano comunque il profilattico. Esse pensano che il proprio partner possa rimanere sconvolto da tale richiesta. Sono molte le donne che riportano atteggiamenti “protettivi” di questo tipo. Ultimamente stiamo facendo notare ai nostri pazienti sieropositivi che il rischio non è solo per il partner, che si può contagiare con l’HIV, ma anche il loro, in quanto potrebbero contrarre dalla compagna/o HIV negativo altri tipi di malattie sessualmente trasmissibili. Chiediamo ai nostri pazienti di preoccuparsi per la propria salute e lavoriamo con loro per aiutarli nella cura di sé.

L’uso dei profilattici nei nostri pazienti è raddoppiato dal 15% al 30%. Alcune di queste persone hanno cominciato ad usare il profilattico per tutelare la propria salute.

La cosa interessante è che questo ha funzionato principalmente con i pazienti HIV positivi maschi e meno con le pazienti femmine.

Abbiamo somministrato 500 questionari a studenti dell’Università La Sapienza, casalinghe, personale dell’ATAC (prevalentemente maschi) e allievi di vari licei (prevalentemente donne) e abbiamo notato che solo il 15% della popolazione usa il profilattico. Probabilmente lo scarso uso del profilattico è da attribuirsi anche all’eccessivo costo dello stesso.

Abbiamo notato che i conducenti dell’ATAC usano il profilattico nel 30% dei casi, tutelandosi nei rapporti sessuali occasionali, ma spesso lo stesso comportamento non viene proposto in rapporti che nascono come possibilmente stabili. Ciò non succede tra gli studenti universitari che lo usano nel 15% dei casi, né tra gli studenti del liceo, che giustificano i loro comportamenti a rischio adducendo a ciò la loro giovane età e che l’AIDS è una realtà lontana, che non li riguarda. In un altro studio, realizzato con la cattedra di Puericultura, ci si è occupati di coppie che hanno un bambino, i cui membri potevano essere sieropositivi entrambi, o uno solo dei due. Si è notato che se ad essere sieropositivo era solo il padre, questi veniva comunque accettato ed integrato nel sistema familiare della moglie, senza troppe resistenze. Al contrario, quando era la madre ad esserlo, raramente veniva accettata dalla famiglia del marito. Alcune di loro dicevano che il risultato del test era stato un errore di laboratorio, e che quindi non erano sieropositive, con lo scopo di poter essere accettate dalla famiglia del partner. I bambini sieropositivi che nascono da queste famiglie sono solo il 3% circa, anche per l’effetto delle terapie farmacologiche antiretrovirali, somministrate alle madri sieropositive durante la gravidanza.

Avremmo bisogno di ampliare questo lavoro di ricerca per progettare una campagna preventiva, mirata alle donne.

PREVENZIONE DELLE MALATTIE SESSUALMENTE TRASMISSIBILI: ASPETTI EPIDEMIOLOGICI

Giovanni Rezza

Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Parlando di Malattie Sessualmente Trasmesse (MST), il pensiero corre alla prima grande epidemia di sifilide riportata nella storia; alla fine del '400, quando le truppe di Re Carlo VIII, scendendo verso Napoli dalla Francia, vennero attaccate dal morbo e, evidentemente, lo trasmisero alle donne delle popolazioni visitate.

La sifilide è ancora diffusa nel mondo ed ha una grave recrudescenza in molti Paesi dell'ex Unione Sovietica. Il suo impatto in termini di allarme sanitario è però limitato, oggi, considerato che si tratta di una malattia curabile, sensibile alla penicillina e ad altri antibiotici. Nell'epoca contemporanea la sifilide è stata soppiantata da altre patologie a trasmissione sessuale, in modo particolare da alcune infezioni virali, quali l'infezione da virus dell'immunodeficienza umana (HIV), virus del papilloma umano (HPV), o Herpes Simplex Virus (HSV), che assumono un'importanza sempre maggiore.

Dopo la grande rivoluzione culturale e sessuale che è avvenuta negli Stati Uniti negli anni '60-'70, in Europa abbiamo iniziato ad osservare un impatto maggiore di patologie virali. Dapprima si è avuta l'epidemia da herpes genitale, che negli anni '70 iniziò a destare allarme per la sua rilevante diffusione negli Stati Uniti. Come conseguenza dell'aumento della promiscuità sessuale, si verificò anche un aumento della diffusione dell'infezione da HPV. In particolare, l'HPV inizia a preoccupare soprattutto allorché si rileva il suo ruolo di possibile determinante del tumore della cervice uterina. Ma è negli anni '80, allorché insorge l'epidemia di HIV/AIDS, che l'attenzione sulle MST cresce enormemente. Infatti, anche se in Italia, nella prima fase dell'epidemia, l'HIV ha colpito soprattutto i tossicodipendenti, in seguito ha, sempre più, assunto un connotato di malattia a trasmissione sessuale.

Naturalmente, quando andiamo a valutare i dati sulla diffusione delle MST in Italia, sappiamo già di trovarci di fronte a pesanti sottostime del fenomeno. I dati ISTAT, infatti, permettono di seguire l'andamento della sifilide e della gonorrea, ed anche per queste due patologie tendono ad essere estremamente carenti. I dati del sistema di sentinella coordinato dal nostro Reparto, che si avvale della collaborazione dei centri MST italiani, sottostimano soprattutto i casi di MST che si verificano nelle donne, molte delle quali si rivolgono a ginecologi privati. Nelle donne, in particolare, sono frequenti, oltre alle lesioni HPV-correlate, infezioni batteriche o da Clamidie, quali ad esempio le cervico-vaginiti. Negli uomini predominano altre patologie, come ad esempio i condinomi acuminati.

Perché sono importanti le malattie a trasmissione sessuale?

Non solo è importante l'HIV, perché è una patologia potenzialmente letale, non solo l'HPV, per il suo legame col tumore della cervice uterina, ma anche altre patologie a trasmissione sessuale sono molto importanti soprattutto per le loro sequele. Tra le complicanze più gravi ricorderemo ad esempio l'endometrite *post-partum*, le possibili gravidanze ectopiche, la sterilità, l'aborto e l'aumento del rischio di mortalità per e pre-natale che possono essere condizionate da patologie neonatali. Esiste quindi un'ampia gamma di complicanze che rende l'impatto di tali infezioni più pesante di quanto si sia indotti a pensare.

Ma veniamo ora a considerare l'infezione da HIV. Si stima che siano più di 34 milioni le persone infette da HIV nel mondo; la gran parte di queste persone vive nell'Africa Sud-

Sahariana; l'epidemia si sta però diffondendo molto velocemente nel Sud-Est Asiatico, in Paesi come l'India, la Thailandia, la Birmania, la Cambogia, nel Sud della Cina. In questi Paesi, per lo più poveri di risorse e che non possono permettersi un facile accesso alle terapie, l'epidemia è molto diffusa tra le donne, che rappresentano circa il 50% dei casi. Il contagio eterosessuale, in queste aree del mondo, rappresenta la principale modalità di trasmissione. Quello che è importante considerare, quando si fa riferimento alla situazione africana, è non solo il carico di sofferenze e di vittime fra donne, ma anche il fatto che le donne fanno bambini e la trasmissione materno-fetale, sia durante la gravidanza che durante l'allattamento, rappresenta un problema. Per cui non solo si ammalano le donne, non solo l'infezione può essere trasmessa ai bambini, ma ci sono anche milioni di orfani, dovuti al fatto che milioni di donne stanno morendo in questi Paesi.

Il problema della prevenzione della trasmissione verticale è in questo momento particolarmente rilevante. L'allattamento al seno, che da noi può essere evitato e sostituito dall'allattamento artificiale, nei Paesi del terzo mondo costituisce invece un problema reale. Sostituire il latte materno con il latte artificiale può comportare un aumento di malattie di tipo diarroico, dal momento che l'acqua che si usa per diluire il latte può essere contaminata. Allo stesso tempo il bambino non prende gli anticorpi materni; ciò causa un aumento di diversi tipi di infezione, determinando un eccesso di mortalità considerevole. Il rischio di trasmissione verticale dell'infezione da HIV può oggi essere ridotto con la somministrazione di farmaci anti-retrovirali, anche in singola dose, alla madre ed al bambino. Facilitare l'accesso a questo tipo di trattamento può quindi aumentare le speranze di ridurre il rischio di infezione nei neonati.

In Italia la situazione è certamente migliore. Comunque, si stima che circa una donna in gravidanza su mille sia infetta, e che in alcune città, come ad esempio a Roma, la prevalenza di infezione sia maggiore, arrivando a due per mille. Questo dato sottostima la prevalenza di infezione da HIV nelle donne, in quanto molte donne sieropositive ricorrono all'interruzione di gravidanza volontaria o magari decidono di non intraprendere una gravidanza; per questo motivo, il dato sulle donne gravide a termine sottostima la prevalenza reale di infezione. La maggior parte delle infezioni riscontrate in donne è dovuta a rapporti sessuali con tossicodipendenti, ma con l'aumentare della trasmissione sessuale, si perdono i connotati dei classici gruppi a rischio.

L'infezione da HPV merita anche un cenno particolare. Si ritiene che circa il 20% delle donne testate con PCR (*Polymerase Chain Reaction*) sia positiva per sequenze di DNA virale a livello cervicale. Naturalmente, non tutte queste donne sono infette con ceppi di HPV oncogeni. Solo alcuni ceppi di HPV sono infatti considerati ad alto rischio. Di fatto, il tumore del collo dell'utero, di cui l'HPV è causa necessaria ma non sufficiente, è in diminuzione, essendo una malattia prevenibile. Di fatto, laddove sistematicamente adottato, lo screening delle donne con pap-test ha ridotto notevolmente l'incidenza e la mortalità per carcinoma del collo dell'utero.

Una nota finale merita l'infezione da herpes genitale, molto pesante dal punto di vista psicologico. Essa infatti tende a recidivare, talora anche più di 6 volte l'anno, ed il trattamento antivirale è solo in grado di ridurre il numero di recidive ed abbreviarne la durata e la severità dei sintomi. Circa il 7% delle donne in gravidanza risultano avere un test sierologico positivo per HSV-2, ma negli Stati Uniti l'infezione sembra essere molto più diffusa.

Qual è il principale rimedio per le malattie a trasmissione sessuale? Un rimedio, anche se non l'unico, è sicuramente il profilattico. L'Organizzazione Mondiale della Sanità sta anche cercando di diffondere l'uso del profilattico femminile, le cui modalità di uso sono simili a quelle del profilattico maschile. Tale presidio potrebbe essere utile soprattutto laddove si ritiene che l'uomo non voglia farsi carico della prevenzione delle MST. In Italia non viene ancora commercializzato e non è noto quanto le donne possano accettare, soprattutto dal punto di vista psico-attitudinale, tale strumento di prevenzione.

Per concludere, le campagne di informazione possono far molto per ridurre la diffusione delle MST, ma creare un'attitudine positiva verso il cambiamento comportamentale è cosa ben più difficile da ottenere, specie quando sono in causa i comportamenti sessuali.

DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE: ANORESSIA E BULIMIA

Adolfo Petiziol¹

Società Europea di Psichiatria Sociale, Roma

Il cibo è il risultato di un'organizzazione del lavoro dell'uomo, sacralizzato nelle varie forme religiose come punto di contatto e di equilibrio fra uomo, natura, Dio. Oggi, più che mai perno centrale dell'organizzazione sociale, politica ed economica di ogni Stato, è un simbolo coniugato negli usi e costumi delle diverse culture. Il cibo è il luogo ideale di proiezione di questi conflitti e contraddizioni intragenerazionali, espressione dei mutamenti della visione generale della vita e del mondo. Il momento del pasto, per tradizione, viene a connotare fra l'altro l'unità del nucleo familiare. Non si cominciava a mangiare se tutti non erano a tavola, attorno alla quale i membri condividevano la ritualità del consumare gli alimenti tanto che questo rito diventava un lessico attraverso cui i singoli membri esprimevano la loro gioia, la loro integrazione, la loro accettazione, il loro ruolo, il loro amore e, viceversa, il loro rifiuto, la loro disapprovazione, la loro insubordinazione e anche l'odio.

Con l'evoluzione e la diffusione delle conoscenze scientifiche, sul ruolo svolto dall'alimentazione per la conservazione dello stato di salute e tali conseguenze sulla moda delle diete e della cura estetica del corpo, viene a determinarsi un cambiamento radicale del significato assunto dal cibo. Il corpo, simbolo di salute e di gusto estetico, incarna, come espressione di questo ideale, il mito della magrezza. Il mito della magrezza determina la base di questo conflitto, che si articola e si sviluppa sul significato che il cibo assume sui livelli sociale, familiare, individuale. Il cibo diviene, così, indirettamente responsabile delle angosce vitali più profonde dell'adolescente perché simboleggia la crescita non solo dal punto di vista corporeo ma anche della responsabilità che il mondo degli adulti comporta. Così, proprio nell'adolescenza, ha luogo quella distorsione della percezione dell'immagine corporea, del concetto di bellezza che conduce in genere una ragazza nel vedere bello ciò che è poco femminile perché ciò che è femminile è angoscia.

Se è vero che l'anoressia ha cominciato ad acquisire una propria fisionomia poco più di un secolo fa, abbiamo numerosi esempi nella letteratura. Il corpus ippocratico parla del *morbis*, cioè atrofia, cachessia e tisi. Casi di rifiuto pressoché assoluto del cibo per ascetismo sono stati invece ripetutamente segnalati dalla letteratura religiosa. Fin dal periodo paleocristiano nasce il filone dei miracoli alimentari dei numerosi santi, San Nicola e Santa Caterina da Siena, Santa Rosa da Lima ed altri nutriti esclusivamente con l'ostia consacrata. Si realizza un dualismo anima-corpo. Il digiuno si configura come atto propedeutico di penitenza e di purificazione, la purificazione dell'anima passa attraverso la penitenza e la mortificazione del corpo e della sessualità. È noto che in epoca medioevale vi furono casi di donne che si privavano volontariamente del cibo. Si evidenzia la dimensione spirituale di queste cosiddette sante anoressiche per le quali servire Dio significava anche non essere schiave di nessuna autorità maschile e così in una continua lotta estenuante per la vittoria della mente del corpo e si sentivano padrone di se stesse. Veniva così messa in rapporto la santa anoressia con la anoressia attuale dove però, mentre per la prima viene posto l'accento sulla dimensione ascetica, con il digiuno come autoprivazione, per la seconda sulla perfezione corporea intesa come magrezza e

¹ Presidente della Società Europea di Psichiatria Sociale

sull'autocontrollo inteso come controllo della propria identità, anche se ovviamente fittizia. Di anoressia si è parlato sin dal 1500-1600: Morton descrive dei casi di anoressia con amenorrea, dimagrimento, White parla di disturbo dei nervi dello stomaco e Simmons parlano della natura del legame paziente-famiglia. È chiaro che la traduzione letterale del termine, dal greco *a* = mancanza, *orexis* = appetito, sembrerebbe essere riferito alla mancanza del bisogno di nutrizione. In realtà si tratta di una spinta a privarsi volontariamente del cibo, nonostante venga conservato l'interesse per il cibo ed il senso della fame. Questo rigido controllo rappresenta una lotta disperata nei confronti dei propri sentimenti e bisogni negati. L'incidenza preponderante dell'anoressia mentale nella cultura occidentale potrebbe essere dovuta ad alterazioni di sviluppo dello schema corporeo legate a rappresentazioni sociali. Ad ogni modo di essere donna corrisponde una determinata immagine corporea: la donna che accetta pienamente la propria femminilità è la madre prosperosa con le forme delle sculture primitive della vera madre.

Attualmente, il modello è quello androgino, delle forme prepuberali, un'immagine della repressione narcisistica il cui modello sarebbe quello dell'indossatrice magra, amazzone combattiva e iperattiva dei nostri tempi. È ipotizzabile, comunque, che la crisi della pubertà sia più forte nella cultura occidentale a causa di tutte le inibizioni e tabù ad essa inerenti. D'altro canto bisogna attribuire importanza alle mutate condizioni della donna nel corso degli ultimi decenni. Viviamo in una società in cui le donne sono di fronte ad un conflitto di valori: da una parte sono vittime di condizionamenti al passato, dall'altra sono chiamate a svolgere nuovi compiti: essere belle, giovani, colte, sessualmente soddisfatte, attive, competitive per raggiungere il successo. Diventa evidente l'ambivalenza.

Il ruolo femminile è messo a dura prova nel percorrere il cammino che passa attraverso valori e opzioni divergenti, una contraddizione evidente che porta alla conclusione del conflitto; ad esempio, la proposta culturale che pur sostenendo il corpo magro come immagine ideale, vincente di perfezione e quindi maggiormente accettato, al contempo spinge al consumismo e alla opulenza.

Certo è che una persona con un *Io* fragile, al momento di affrontare una fase particolarmente critica della vita, può tentare di trovare rifugio nei modelli culturali proposti come soluzione alle incertezze relative al ruolo sessuale e all'identità ricorrendo però al rischio di scivolare nella patologia del comportamento alimentare. In fondo essere anoressica le serve e quindi le sembra di avere un potere e quindi un'identità.

Purtroppo l'anoressica confonde se stessa con il sintomo e se da una parte, con la perdita di peso ottiene che i genitori diventino protettivi e meno esigenti, dall'altra accade paradossalmente che la loro aumentata tensione rafforzi il problema impedendo lo sviluppo della vera autonomia.

Nella storia di queste pazienti, infatti, si riscontrano genitori con difficoltà di autorealizzazione, sia personale che di coppia, ed assente lavoro di elaborazione dei vissuti; nello specifico: un padre o marito anaffettivo che si riconosce unicamente nel successo finanziario all'interno della sua classe di appartenenza e una madre o moglie, la cui affettività è vincolata dal sacrificio personale e, quindi, ricattatorio. In un quadro di questo tipo, la coppia genitoriale, incapace di capire e tantomeno di soddisfare i bisogni, da una parte viene vissuta come perfetta per ciò che di materiale ha saputo dare, dall'altra come assolutamente fragile emotivamente.

La bambina o il bambino accetta la finzione familiare ed entra a far parte della recita assumendo su di sé il gravoso compito di mantenere in piedi quei giganti di argilla che dietro la maschera nascondono il fallimento.

Di recente si è constatata un'incidenza crescente di questi problemi, non tanto in famiglie di livello sociale medio alto, quanto in famiglie dove prevale una spinta rapida verso una evoluzione migliorativa a livello economico.

Le attuali condizioni sociali portano spesso ad un grosso divario tra livello socioculturale e economico. Si è raggiunta una crescita economica non parallela alla crescita culturale e le richieste affettive dei figli vengono scambiate per richieste di materiali fisici, cui si dà risposta con una crisi mistica di potenza che blocca il loro processo di indipendenza. È da considerare che l'anoressia è rara laddove restrizioni alimentari rappresentano l'elemento connotante lo stile di vita della maggioranza delle persone nelle quali l'immagine ideale del corpo è costituita dalla floridezza come espressione di benessere e di possibilità di soddisfazione dei bisogni. Si è visto che durante la guerra si riscontrano rari casi di anoressia come del resto di tutte le malattie psichiche perché l'individuo è impegnato a conservare la vita. Quindi le malattie, non importanti, soprattutto quelle nevrotiche, non appaiono durante periodi di guerre.

La constatazione del dimagrimento nell'anoressica eccita una sensazione di potenza e di dominio sul proprio corpo e sulla propria fame. Poiché l'anoressica è un'affamata che lotta con la propria fame, a volte si abbandona a crisi bulimiche che cerca di compensare con iperattività fisica o procurandosi il vomito. Dietro tale comportamento alimentare secondario si nasconde l'essenza psicopatologica reale dell'anoressia: il disturbo del pensiero. L'ideazione è di tipo ossessivo, incentrato sulla propria immagine corporea e sul controllo del cibo. È di tipo fobico verso il proprio corpo con timore di sentirsi grassa, verso il cibo sentito come pericoloso che trasforma, fantasticamente gravitante. Da tale situazione nascono i rituali di controllo dell'aspetto e della quantità di cibo. Se la consapevolezza dell'estraneità di tale ideazione prevale, il disturbo del pensiero diventa egosintonico e la convinzione del proprio stato si fa prettamente delirante.

Caratteristiche peculiari della sfera razionale con immaturità di pensiero, della critica e del giudizio possono essere alla base di comportamenti, atteggiamenti e sintomi che fanno parte del quadro anoressico quando la malattia è in atto e che connotano la personalità premorbosa fin dall'infanzia.

Perdita di autonomia, difficoltà a prendere decisioni e iperconformismo sono elementi che, lungi dal ridurre il livello intellettuale, determinano un aumento della performance scolastica, pur rendendosi manifesta una disarmonica maturazione delle funzioni intellettive con alterazioni nel pensiero quotidiano e nella rigida interpretazione delle appellazioni umane, nell'autovalutazione e nel concetto di sé.

Per rispondere ai criteri diagnostici dell'anoressia nervosa le donne dopo il menarca devono avere l'assenza di almeno 3 cicli mestruali secondo quello che suggerisce il manuale diagnostico dell'Associazione Americana degli Psichiatri.

Si distinguono due tipi di anoressia, il primo con restrizioni durante l'episodio di anoressia; il soggetto riduce il cibo ma non presenta regolarmente abbuffate o condotte di eliminazione attraverso il vomito o l'uso di lassativi o diuretici, il secondo tipo con abbuffate o condotte di eliminazione, ad esempio autoinducendosi il vomito o facendo uso di lassativi odieretici.

I sintomi bulimici possono manifestarsi come disturbo a sé stante della bulimia nervosa o come parte dell'anoressia; i soggetti con anoressia o bulimia sono eccessivamente preoccupati del peso del cibo e della forma del proprio corpo.

Dal punto di vista epidemiologico si stima che l'anoressia si manifesti tra lo 0,5 e l'1% circa delle ragazze adolescenti e 10-20 volte più frequentemente nelle donne, con trend in aumento nei maschi.

Per quanto riguarda la patogenesi, vi sono implicati fattori biologici, sociali, e psicologici. Sembra che l'anoressia sia una richiesta posta dagli adolescenti di essere più indipendenti sostituendo le normali preoccupazioni con quelle appunto di ingrassare. Le preoccupazioni sono simili alle ossessioni e il deprivarsi del cibo può rappresentare un tentativo di autonomia e di individualità. Per quanto riguarda le modalità di rappresentazione, la maggior parte degli autori concorda sul fatto che l'inizio della sintomatologia sia databile nella tarda adolescenza o nella

prima età. Gli eccessi sembrano costituiti dalla assunzione rapida, nel tempo massimo di un'ora, di sostanze ad alto contenuto calorico e di facile ingestione quali dolci, pane. Il 75% dei pazienti elimina gli alimenti inducendo il vomito mentre il 50% circa utilizza purganti e lassativi. Un attento esame psichico coglie nella maggior parte dei casi sintomi depressivi e disturbi affettivi. Nei casi più gravi sono stati segnalati tendenza alla cleptomania con compulsione a rubare per procacciarsi cibo.

Prima dell'episodio bulimico l'umore è caratterizzato da disforia, irritabilità, sensazione di perdita di autocontrollo. Gli eccessi alimentari vengono infine precipitati dallo stato di ansia e da pensieri il cui contenuto riguarda non solo il cibo ma anche la solitudine e l'apatia, e questi aspetti si attenuano solo durante l'accesso. In seguito si hanno sensi di colpa, autodenigrazione, collera, timore di diventare obesi, o semplicemente dolori addominali.

La difficoltà della definizione diagnostica della bulimia, come anche nell'anoressia, deriva dal fatto che in questi due disturbi il parametro utilizzato è il peso del corpo. La bulimia è in aumento nel sesso femminile, ma da ricerche in varie parti del mondo (Russia, Nuova Zelanda) si è visto un incremento di bulimia dal 6% fino al 44% nel corso di 10 anni in donne in età compresa tra 15 e 29 anni. Altre ricerche fatte in Germania forniscono un valore di prevalenza pari allo 0,6%, all'1%, allo 0,2% rispettivamente in Germania, Ungheria, Austria. La bulimia è una patologia in aumento, e risulta più evidente nel mondo occidentale e in particolare negli Stati Uniti. L'elemento è collegato ad una tendenza all'iperalimentazione. È inoltre presente una correlazione tra disturbo e classe socioeconomica di appartenenza; tra donne bianche e donne di colore. Anche a Roma è stata fatta una ricerca tra studentesse tra 13 e 20 anni e i risultati mostrano una prevalenza della bulimia nervosa pari all'1,03% senza una differenza significativa in base alla classe sociale di appartenenza né al tipo di scuola.

Il trattamento delle due sindromi si può condensare quando serve una terapia biologica ma soprattutto una psicoterapia dove il terapeuta assume in una prima fase un ruolo di genitore che contiene, nella seconda fase può determinare una rappresentazione dell'autorità cui fa riferimento l'anoressica che ha bisogno di trovare punti fermi e meno spietati che diano la possibilità di avere un ponte nella ricerca della propria identità e delle proprie regole interne. La terapia di gruppo può servire per continuare il raffronto con altre persone. Solo considerando la complessità del fenomeno, al di là delle definizioni che possono essere riduttive, e guardando oltre il sintomo è possibile svelare il segreto metaforico che dà voce, attraverso il corpo, alla reale e profonda sofferenza specifica e individuale che coinvolge la persona nella sua globalità, perché anche se il sintomo è uguale per tutte, esso nasconde differenti storie personali.

DONNA E SOSTANZE D'ABUSO

Marisa Malagoli-Togliatti

Facoltà di Psicologia, Università degli studi "La Sapienza", Roma

Ricerche specifiche sulla tossicomania nella popolazione femminile sono state abbastanza scarse fino a pochi anni or sono, ma attualmente c'è un interesse crescente sulla tossicomania nelle donne perché:

- la diffusione della tossicomania al femminile è in aumento. Le donne tossicomane erano presenti nell'ambito della popolazione tossicomane con percentuali intorno al 15% fino all'inizio degli anni '80, ma hanno raggiunto anche il 30% nelle ricerche più recenti. Questo dato è preoccupante se consideriamo il costante incremento del numero dei tossicodipendenti (secondo quanto risulta dai rapporti annuali del Ministero dell'Interno);
- il numero di nati da madri tossicodipendenti è andato sempre più aumentando nonostante la minore fertilità di questa popolazione legata più a ritmi di vita incostanti e sregolati e a fattori di tipo medico generale che alle caratteristiche delle sostanze d'abuso.

Le ricerche sulla tossicomania nella popolazione femminile negli ultimi anni sono state effettuate secondo tre filoni principali:

1. Ricerche sull'analisi delle caratteristiche biologiche: sono ricerche volte ad accertare in quale misura le caratteristiche biologiche contribuiscono al consumo di sostanze stupefacenti in certi individui e, per quanto riguarda le donne tossicomane, si studiano le caratteristiche delle sostanze tossiche in funzione delle possibili alterazioni del sistema endocrino e neurologico. Particolare interesse hanno suscitato i problemi, legati alla gravidanza e alla gestazione, e alle donne tossicodipendenti, inducendo ricerche sulle conseguenze a breve, medio e lungo termine sulla madre e sul prodotto del concepimento.
2. Ricerche sulle dinamiche presenti nella maternità delle donne tossicodipendenti: per questo tipo di analisi sono di particolare interesse gli aspetti indicanti una carente maturazione dell'Io e del Super-Io, perché per la donna accedere alla gravidanza è assumere un ruolo adulto, in soggetti in cui in genere c'è una scarsa stima di sé, una tendenza alla depressione e una difficoltà ad affrontare gli eventi maturativi della vita. In queste donne spesso c'è una tendenza a realizzare una maternità attraverso un rapporto idealizzato con il nascituro che sostituisca la dipendenza, un investimento che per certi periodi più o meno lunghi può anche consentire l'astensione dall'uso della droga. Si è osservato però che se sono stati eccessivi i meccanismi di idealizzazione nell'accesso alla maternità, finisce spesso che con il parto gli elementi negativi riemergano come sentimenti di vuoto interiore per l'impossibilità di ritrovare gli oggetti buoni capaci di rafforzare la propria identità e la fiducia in se stessa. Il prevalere di sentimenti negativi, l'aggravamento di difficoltà sociali e materiali che spesso si hanno dopo il parto si possono risolvere in un ulteriore carico di depressione che queste donne tendono ad eludere con la riattivazione della tossicodipendenza (acuizione dell'angoscia di separazione e ritorno alla droga come sostanza capace di ricreare una falsa illusione di benessere e di negare la sofferenza per la separazione). Si crea infatti una drammatica situazione di conflitto tra il bisogno di dipendenza del bambino e quello della madre. Può talora succedere che la madre, non potendo aderire alla sua funzione genitoriale, vi sfugga ricadendo nella tossicomania in modo sempre più distruttivo.

Da queste considerazioni scaturisce la necessità che la donna tossicodipendente venga seguita durante la gestazione e che la coppia-madre-bambino sia presa in carico sin dalla gravidanza fino ai primi anni di sviluppo del bambino.

3. Ricerche di tipo psicosociale: con questo tipo di ricerche vengono presi in considerazione i fattori del contesto sociale che costituiscono gli elementi determinanti del comportamento del singolo individuo. In particolare, le ricerche compiute durante questi 30 anni mettono in evidenza da un lato la famiglia, il gruppo dei pari e i processi di emarginazione sociale, dall'altro gli elementi dei contesti che si definiscono terapeutici cioè le comunità terapeutiche e i servizi territoriali. Sull'uno e sull'altro versante i fattori familiari hanno ricevuto sempre molta attenzione soprattutto per lo stretto legame che molti studiosi definiscono esserci tra i fattori familiari e quelli psicosociali e per l'importanza che le risorse psicoemotive del gruppo familiare hanno nei programmi terapeutici delle giovani tossicodipendenti. Rispetto alle situazioni di emarginazione sociale, le giovani donne arrivate alla tossicodipendenza con alle spalle storie legate a disfunzioni specifiche delle famiglie di *origine* sono spesso quelle accompagnate a carenze delle strutture deputate alla socializzazione secondaria (scuola, gruppi dei pari, inserimento lavorativo).

Quello che emerge nell'ambito delle numerose ricerche è che la tossicomania più frequentemente si manifesta in donne nate in famiglie con problemi di emarginazione sociale o in famiglie anche con benessere socioeconomico ma con serie disfunzionalità relazionali e affettive o temporaneamente sotto stress emotivo (le donne sono molto sensibili nella fase adolescenziale e post adolescenziale a traumi come lutti, perdite di rapporti affettivi importanti).

Rispetto alle situazioni di emarginazione sociale, le donne arrivano alla tossicodipendenza con storie legate a famiglie di tipo multiproblematico, un settore che conosce cambiamenti nel corso degli anni. Anche la definizione stessa della struttura famiglia di tipo multiproblematico si è variegata, mettendo più in evidenza, nell'ultimo periodo, la tendenza all'isolamento di nuclei familiari deboli che non riescono nemmeno ad accedere o a fruire di servizi. Su queste famiglie incide in negativo l'inefficienza dei servizi a sostenere non solo economicamente ma anche psicologicamente e affettivamente le strutture familiari deboli (monogenitoriali e legate alle nuove forme di povertà), nelle quali l'avvio allo spaccio e al consumo si accompagna o sostituisce l'avvio alla prostituzione, all'accattonaggio e al furto degli altri tempi. Abbiamo anche situazioni di donne che arrivano alla tossicodipendenza in quanto crescono e nascono in famiglie coinvolte in modo massiccio con il mondo del traffico delle sostanze d'abuso.

Bisogna cercare di capire quali possono essere le risorse su cui una donna tossicodipendente può contare, ovvero quali sono i suoi punti di riferimento perché il mantenimento di una relazione intensa con la famiglia di origine è sicuramente un supporto dal punto di vista psicologico e sociale, ma bisogna tutelare la coppia madre-figlio e possibilmente anche la coppia genitoriale nel rapporto con il figlio non nella sostituzione o accaparramento dei bambini, ma in un progetto evolutivo che dia la possibilità a queste persone, in genere immature (la donna tossicodipendente e il proprio partner), di compiere i primi passi nell'acquisizione delle responsabilità genitoriali.

Considerando la genitorialità dei tossicodipendenti, dobbiamo prendere in considerazione che se la donna è tossicodipendente, in genere quasi sempre anche il partner lo è, oppure la donna fa parte di una coppia genitoriale in cui, essendo lui tossicodipendente e assumendo lei il ruolo di infermiera, si verifica una evoluzione particolare, e comunque si instaura una situazione di rischio psico-sociale molto precisa.

Quando la donna è tossicodipendente, abbiamo un ulteriore problema rispetto ad un'acquisizione piena del ruolo materno legata anche a fattori estremamente importanti come la sindrome di astinenza neonatale per la donna eroinomane, che implica tutta una serie di

problematiche specifiche. In particolare, il bambino in genere è prematuro, viene trattenuto in ospedale diversi giorni dalla nascita, anche se dal punto di vista medico sono state messe in atto tutte le possibilità di intervento per cui il bambino nasce sano e non ha problemi specifici. Si tratta, però, di bambini che vengono trattenuti un certo numero di giorni in ospedale, e nel momento in cui vengono portati a casa sono bambini più difficili da allevare perché sono più irritabili e con maggiori difficoltà di sonno o di alimentazione, pur essendo bambini con un normale sviluppo cognitivo senza lesioni di alcun genere. Come già detto hanno il sonno disturbato, sono iperattivi, mangiano in modo irregolare e sono per diversi mesi una sfida per le competenze della figura allevante. Quindi se la madre viene lasciata sola si sente più incompetente come genitore di quanto può sentirsi una qualsiasi altra madre. Questa è un'esperienza diffusa e comune in quanto sappiamo che è altamente probabile che sia un bambino difficile da allevare, e ciò implica l'importanza di sostenere la coppia madre-bambino ma senza sostituzione, altrimenti questa donna si sente incompetente. Poiché, in genere, l'accesso alle sostanze d'abuso avviene per forme più o meno evidenti di depressione, senza un adeguato sostegno psicologico-sociale relazionale e familiare può esserci il ritorno alla droga e l'abbandono del bambino per tempi più o meno lunghi.

L'evento della nascita, anziché assumere caratteristiche di evento benefico, può portare ad una evoluzione negativa. La delicatezza di questa situazione deve indurre gli operatori sociali ad intervenire non solo sulla coppia madre-bambino, per un tempo lungo, anche dopo la nascita, ma anche sulla complessiva situazione relazionale ed affettiva della donna, perché per una evoluzione in senso positivo hanno importanza sia le risorse della donna che la qualità della relazione di coppia e le possibilità di una corretta azione di sostegno da parte delle famiglie di origine.

Rispetto alle situazioni di sottogruppi coinvolti in modo massiccio col mondo del traffico degli stupefacenti, ovvero con una serie di attività criminose o illegali connesse con il commercio della droga, si stravolgono le abituali dinamiche a livello intrafamiliare.

Sono proprio i figli e le figlie, che aderiscono maggiormente alla visione del mondo del clan familiare, ad essere coinvolti con il traffico e ad avere, quindi, facilità di accesso al consumo di dette sostanze. In entrambe le situazioni l'età di inizio dell'abuso può essere anche precoce e le conseguenze negative dell'abuso vengono fuori soprattutto per problemi di ordine fisico o legale. La famiglia non costituisce una risorsa nel trattamento terapeutico che, in genere, non viene richiesto neanche a livello individuale. Il fenomeno delle ragazze minori utilizzate per il commercio, ad esempio, si lega ai problemi particolari della non imputabilità dei minori che è venuta drammaticamente alla luce anche in relazione ad altri eventi criminosi.

Ricordiamo, attraverso l'esperienza degli operatori delle comunità terapeutiche e dei terapisti della famiglia, che l'ambiente familiare costituisce una delle strutture più importanti nella "protezione" dei giovani e dei giovanissimi dal mondo dello spaccio, del consumo e dell'abuso e infine una delle risorse essenziali per la terapia e il recupero dei giovani medesimi.

Nelle situazioni di emarginazione sociale o di sottogruppi coinvolti con il mondo del traffico la struttura familiare spesso è nell'impossibilità di assolvere ad altre funzioni per lo stress che tutti i membri del gruppo stesso devono affrontare. Spesso tali famiglie sono "disorganizzate" o comunque "multiproblematiche". In uno studio compiuto da Aronica su un campione di 96 donne tossicomane è emerso che il 15,8% apparteneva a famiglie caratterizzate da una profonda disorganizzazione e da una situazione caratterizzata da notevole svantaggio culturale. Ben più drammatici i dati che si ottengono dalle indagini di alcuni ricercatori americani, che indicano che circa il 25% delle donne tossicomane erano state vittime di abusi sessuali (spesso incesto) durante l'infanzia e che più del 50% erano state maltrattate da adulte. Questi dati sono molto importanti, in quanto non sono state trovate correlazioni positive tra tossicodipendenza della

madre e *battered syndrome children* ma abbiamo molte ricerche che correlano il maltrattamento dei minori con il maltrattamento subito dal genitore.

La struttura familiare è spesso nell'impossibilità di assolvere ad altre funzioni sia perché il coinvolgimento della donna col mondo del piccolo spaccio può costituire una fonte di entrata economica indispensabile, o perché qualche altro adulto della famiglia è o è stato, a sua volta, coinvolto con lo spaccio stesso e la donna deve prenderne il posto per sostituirlo o proteggerlo.

Ricordiamo, quindi, che, soprattutto nelle situazioni "di transizione socioculturale", la carenza funzionale della famiglia accresce notevolmente le possibilità di passaggio dallo spaccio all'abuso di droghe leggere e pesanti. La situazione di rischio è particolarmente evidente anche attraverso la lettura dei dati epidemiologici che indicano come in queste situazioni vengano facilmente coinvolti i giovanissimi e sono percentualmente sempre più presenti le tossicomane donne.

Situazioni di tossicomania sono legate a dinamiche interpersonali e familiari distorte o conflittuali, e a difficoltà psicologiche soggettivamente e transitoriamente attenuate dall'abuso di sostanze psicoattive. Nelle ricerche da noi effettuate abbiamo osservato che le ragazze coinvolte nel comportamento tossicomano appartenevano: per il 21% dei casi a famiglie "normali", che in particolari situazioni di stress (morte di uno dei genitori o di altra persona particolarmente significativa nella vita affettiva ed emotiva della giovane) erano incapaci di offrire sostegno o aiuto; per il 40% dei casi a famiglie relazionalmente definite "invischiate", in cui l'importanza della situazione relazionale, soprattutto a livello familiare, è centrale nell'insorgenza o nel mantenimento del comportamento tossicomano.

Nella letteratura specialistica è stato ampiamente sottolineato che in questi casi l'ambiente familiare è caratterizzato da rapporti interpersonali che sembrano non aver seguito, attraverso le opportune modifiche, le fasi evolutive del ciclo di vita individuale e familiare, per cui si ha una spiccata difficoltà nello svincolo dei figli. Nelle ricerche di Stanton e Todd le indagini erano centrate prevalentemente su giovani tossicomani maschi e le dinamiche relazionali erano caratterizzate dall'eccessivo coinvolgimento del tossicomane con la madre, dalla mancanza di aspetti costruttivi o da una aperta conflittualità nei rapporti con il padre e da un conflitto duraturo e manifesto tra i due genitori. Nel caso delle giovani tossicomane lo schema relazionale è simile ma spesso è la madre, cioè il genitore dello stesso genere, a essere invischiato con la tossicomane. La relazione madre-figlia è caratterizzata da mancanza di controllo e negazione dell'esistenza del problema da parte di una madre a volte infantile e irresponsabile, a volte mentalmente ed emotivamente troppo "occupata", oppure in qualche modo "complice" della devianza della figlia. Tali caratteristiche relazionali tendono a presentarsi anche di fronte ad altri comportamenti della figlia, ad esempio in una eventuale gravidanza, e concorrono a definire in senso positivo o negativo il comportamento della giovane tossicomane nei confronti del figlio.

Alla disfunzione delle relazioni familiari corrisponde una sorta di pseudo-individuazione della giovane tossicomane in quanto il comportamento tossicomane crea una sorta di separazione tra il livello di autonomia e il coinvolgimento con la famiglia di origine.

Alcune ricerche hanno messo in evidenza i numerosi punti di convergenza delle premesse strutturali, nei giochi relazionali e nella condivisione di particolari miti e fantasie nelle famiglie con figlie affette da disturbo alimentare psicogeno o con comportamento tossicomane (famiglie "additive"). Ad esempio, nel disturbo alimentare psicogeno la giovane trova attraverso i suoi sintomi un mezzo per restare "fedele" alla situazione familiare pur ribellandosi in maniera insidiosa, infatti una forza più grande di lei impedisce di controllare il suo comportamento alimentare. Tale parallelismo è convalidato anche da un punto di vista psicodinamico. Nelle ricerche da noi effettuate si osserva che l'uso di droga è legato alla soddisfazione di una pulsione di tipo orale, ad una scarsa o mancata identità sessuale e che nell'area comportamentale si evidenzia una negazione del corpo come "valore". Tali elementi

psicodinamici sono ampiamente paragonabili a quelli evidenziati dalle ricerche cliniche sull'anoressia mentale. Così a livello familiare il sintomo della figlia ha, in entrambi i casi, una funzione omeostatica in quanto permette di mantenere un certo equilibrio del gruppo familiare cristallizzandolo attorno ai suoi problemi. Se la donna tossicomane rimane incinta tali aspetti relazionali possono ulteriormente esplicitarsi attraverso una maggiore dipendenza dalla famiglia di origine in termini economici o l'affidamento di fatto del minore ai genitori e in particolare alla propria madre.

Infine è da sottolineare che, nel caso di donne tossicomane in situazioni di gravidanza o con figli minori, le dinamiche di rapporto con le famiglie di origine si intrecciano ampiamente con le dinamiche della coppia. È ampiamente noto che nel ciclo vitale di ogni coppia la nascita di un figlio crea problemi specifici per i compiti inerenti alla ristrutturazione della diade. Anche in una coppia che funziona può non esservi spazio per il nuovo arrivato e le difficoltà relazionali possono emergere già durante la gravidanza. La coppia della donna tossicomane, che ha spesso legami informali, deve tra l'altro affrontare una serie di compiti legati alla formazione di una famiglia vera e propria: ricerca di un'abitazione e di un'organizzazione di vita adeguata alla crescita di un bambino. Il fallimento è frequente per cui è facile che entrambi i partner accentuino la loro posizione di figlio delegando ai futuri nonni la funzione genitoriale durante la gravidanza e ancor più alla nascita.

Ad esempio, in una ricerca effettuata nel 1999 da Silvia Mazzoni si nota che solo 7 donne su 13 vivono con il partner, mentre 4 vivono in famiglia e 2 da sole e che solo 5 partner risultano occupati. Altri dati indicativi della instabilità della relazione con il partner, padre del futuro bambino, sono quelli relativi ai rapporti della donna con la famiglia estesa del partner definiti, nella maggior parte dei casi inesistenti o stressanti. Ma gli elementi più significativi di questa ricerca sulla maternità delle donne tossicodipendenti si hanno nelle indagini sugli sviluppi del rapporto tra queste donne e le famiglie d'origine. La nascita di un bambino comporta per qualunque donna una rielaborazione dei rapporti con la propria madre, la messa in discussione dei processi di identificazione e differenziazione da questa figura femminile e la rinegoziazione dei rapporti con la famiglia di origine del partner.

Il mantenimento di una relazione intensa con la famiglia di origine è sicuramente un supporto dal punto di vista sociale ma non sempre è evolutivo dal punto di vista psicologico. Nel caso specifico può accadere che i nonni siano molto coinvolti nel rapporto con il nipote anziché impegnati a rielaborare le loro relazioni spesso conflittuali con una figlia "irresponsabile". Il risultato finale è l'accaparramento del bambino per cui i nonni "assenti" si sostituiscono ai genitori e non promuovono l'acquisizione del ruolo genitoriale. Dalla ricerca già citata di Mazzoni sappiamo che questo evento è particolarmente probabile nelle situazioni in cui la famiglia di origine è costituita dalla madre rimasta sola e bisognosa di gratificazioni.

Questa forma di evoluzione è "facilitata" anche dalle difficoltà che la donna tossicomane e il suo bambino incontrano nello stabilire un corretto processo di attaccamento. Spesso alla nascita il bambino, a causa della Sindrome di Astinenza Neonatale, è trattenuto per diversi giorni in ospedale e quindi si presentano problemi analoghi a quelli del rapporto tra madre e bambino prematuro.

Inoltre i figli di donne tossicomane sono bambini più "difficili" da allevare. Il neonato è meno disponibile all'interazione con la figura allevante e presenta una notevole irritabilità verso un grosso numero di stimoli. I "deficit funzionali", che differenziano i bambini figli di tossicomane da quelli dei gruppi di controllo, non risultano così grandi da impedire un normale sviluppo cognitivo, ma a causa delle differenze nel comportamento (sonno disturbato, motilità orale instancabile e a volte frenetica), nella percezione e nelle abilità organizzative, questi bambini rappresentano una sfida alle competenze della figura allevante e alla sua capacità di mantenere un comportamento paziente ed empatico. La bassa stima di sé e gli alti livelli di

depressione possono invece minacciare le capacità della donna tossicodipendente nell'organizzare le risorse e le energie necessarie alle cure del neonato.

Un'altra questione specifica riguardante la donna tossicomane che si confronta con la gravidanza è quella relativa al significato che tale evento potrebbe assumere. Si è osservato che le donne tossicomane che accettano di portare avanti la gravidanza possono presentare un comportamento ambivalente sperando di avere cura del feto senza modificare la loro condizione tossicomane. La gravidanza viene vista come un elemento "salvifico" rispetto al quale si mettono in atto tentativi eroici della propria condizione tossicomane spesso destinati a fallire.

In altri casi il beneficio più importante potrebbe essere quello di un progressivo coinvolgimento della madre nella cura di sé stessa e del proprio bambino e quindi potrebbe essere la motivazione per una migliore organizzazione familiare. Le angosce di morte e di danneggiamento del bambino già presenti durante la gravidanza possono essere accentuate o aggravate dal confronto con la realtà di un bambino che presenta sintomi, che è difficile da allevare. Nel caso poi che il bambino sia anche sieropositivo si accentuano le angosce persecutorie della donna e ciò la spinge a delegare agli altri (per esempio alla propria madre) l'assistenza al bambino.

In conclusione, la delicatezza della situazione deve indurre gli operatori sociali a intervenire non solo sulla diade madre-bambino ma anche sulla situazione relazionale della donna.

Infatti per un'evoluzione in senso positivo hanno molta importanza sia le risorse della donna che le qualità della relazione di coppia e le possibilità di una corretta azione di sostegno da parte della famiglia di origine.

La mancanza di affetti positivi o l'ostilità e l'interferenza, ad esempio, della propria madre (nonna assente) sono indici importanti di potenziali problemi di sviluppo nel rapporto tra la donna tossicomane e il proprio bambino.

Da queste considerazioni scaturisce la necessità che la donna tossicodipendente venga seguita durante la gestazione per risolvere innanzitutto i problemi sanitari e garantire la salute della madre e del nascituro e che la coppia madre-bambino sia presa in carico anche nel periodo successivo alla nascita del bambino con particolare attenzione a quelle fasi dello sviluppo che implicano movimenti di separazione-autonomia del figlio favorendo la socializzazione di entrambi, quali ad esempio l'entrata nella scuola materna ed elementare, e successivamente la preadolescenza ed adolescenza.

IMPATTO DELLE MALATTIE CARDIOVASCOLARI E FATTORI DI RISCHIO NELLE DONNE

Simona Giampaoli

Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Le malattie cardiovascolari rappresentano un problema importante in sanità pubblica, in quanto costituiscono una delle cause principali di mortalità, morbosità e invalidità. Il gruppo delle malattie cardiovascolari comprende diverse condizioni morbose, ma dal punto di vista epidemiologico si studiano prevalentemente quelle di origine arteriosclerotica, in particolare le malattie ischemiche del cuore e gli accidenti cerebrovascolari.

Le malattie cardiovascolari costituiscono una condizione meno frequente nelle donne di età media rispetto agli uomini della stessa età e questo è uno dei motivi per cui tale patologia è stata studiata prevalentemente negli uomini; i risultati di queste indagini sono stati spesso generalizzati alle donne, producendo talvolta indicazioni non appropriate.

La più bassa frequenza delle malattie cardiovascolari nelle donne rispetto agli uomini è particolarmente evidente quando le donne sono in età fertile e questo si riscontra in tutte le culture. Ciò rende plausibile l'ipotesi che le differenze in concentrazione ed attività degli ormoni sessuali abbiano una responsabilità.

Fino alla menopausa il livello dei fattori di rischio è più basso rispetto al valore riscontrato negli uomini; con l'avanzare dell'età le differenze si riducono, i valori risultano simili o diventano più elevati, la donna perde la sua protezione e i fattori di rischio cominciano dopo un periodo di latenza ad evidenziare i loro effetti. Così dopo i 75 anni la malattia cardiovascolare diventa anche per la donna la patologia riscontrata con maggior frequenza.

Tutto ciò deve essere tenuto in considerazione per gli importanti cambiamenti demografici che si sono verificati negli ultimi 20 anni e che hanno profondamente modificato la struttura della popolazione italiana: la mortalità totale si è ridotta, è diminuita la natalità, la speranza di vita è aumentata, è aumentata la proporzione di donne nella popolazione generale, in particolare nella età anziana. Il risultato di questa transazione demografica è che oggi la popolazione italiana è caratterizzata da un elevato numero di anziani, e tra questi da un elevato numero di donne.

Mortalità e morbosità cardiovascolare

La mortalità per le malattie del sistema circolatorio è quella che in questi anni ha contribuito in modo sostanziale alla diminuzione della mortalità per tutte le cause e spiega oltre la metà del guadagno conseguito nella speranza di vita alla nascita. Le malattie del sistema circolatorio costituiscono circa il 48% della mortalità totale nelle donne, di queste circa il 28% è dovuto alle malattie ischemiche del cuore e un po' più del 30% è attribuito agli accidenti cerebrovascolari. Questi ultimi sono affezioni gravi che, se non fatali, sono responsabili di invalidità permanente e completa. Non va sottovalutato che le malattie cardiovascolari hanno un'importanza non indifferente nello sviluppo di patologie legate all'invecchiamento, in particolare della demenza e della non autosufficienza.

La diversità di frequenza della malattia tra i due sessi si accompagna anche a diversità nelle manifestazioni cliniche: sono infatti più frequenti nelle donne la morte improvvisa, l'infarto

silente e l'angina pectoris. Anche la prognosi è diversa: a 28 giorni la letalità è del 40% negli uomini e del 45% nelle donne.

Fattori di rischio

L'andamento delle malattie cardiovascolari può essere almeno in parte spiegato dai livelli medi dei fattori di rischio.

Iperensione arteriosa, ipercolesterolemia, obesità sono i fattori più importanti; da una indagine condotta nel 1998 nell'ambito dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare, studio di collaborazione fra l'Istituto Superiore di Sanità e l'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri, il 28% delle donne di età compresa fra 35 e 74 anni risulta ipertesa, il 45% ha un valore elevato di colesterolemia, il 21% è affetta da obesità. Alimentazione, inattività fisica e abitudine al fumo sono stili di vita che possono contribuire a migliorare i livelli dei fattori di rischio. È infatti noto che una sana alimentazione, contenente pochi grassi di origine animale, ricca di fibre vegetali, povera di zuccheri semplici, di sale e di alcool, può contribuire a ridurre la colesterolemia e la pressione arteriosa, così come l'aumento della attività fisica può aiutare a ridurre l'obesità, la colesterolemia, il diabete. Il 22% delle donne dichiara di fumare e il 45% di non svolgere alcuna attività fisica durante il tempo libero.

Una nota a parte merita il diabete, è questa una condizione molto importante nelle donne in quanto studi osservazionali hanno dimostrato che la presenza del diabete costituisce il fattore di rischio capace di annullare l'effetto benefico degli ormoni femminili.

Dati riportati in letteratura evidenziano come alcuni fattori socio-economici siano strettamente correlati all'incremento dei fattori di rischio. All'aumentare della scolarità diminuiscono i livelli della pressione arteriosa, l'indice di massa corporea, il diabete e l'obesità, probabilmente per la maggiore attenzione che le donne appartenenti a classi sociali a scolarità più elevata hanno nei riguardi dei problemi della salute e verso il controllo e l'adozione continuativa di terapie farmacologiche specifiche; ma le donne con scolarità più elevata sono anche quelle che fumano di più.

Conclusioni

La prevalenza elevata di condizioni di rischio cardiovascolare nelle donne in età avanzata indica come sia indispensabile disporre di specifici indicatori di salute per orientare ed implementare le azioni di prevenzione primaria e secondaria ed identificare in tempo situazioni suscettibili di miglioramento tali da consentire una buona qualità della vita anche in età avanzata. Le donne ultrasessantenni costituiscono una quota considerevole della popolazione generale: di qui la necessità di sviluppare strategie mirate alla prevenzione primaria e secondaria nelle fasce di età giovane, adulta ed anche più avanzata al fine di garantire un'adeguata qualità della vita a tutte le età. Studi di prevenzione primaria hanno dimostrato infatti che modificazioni dello stile di vita apportano beneficio anche in età avanzata. Rimane importante il principio per cui, proprio perché destinate a vivere più a lungo, è bene che le donne comincino fin dall'età più giovane a migliorare il proprio stile di vita attraverso l'adozione di una sana alimentazione.

Bibliografia

1. Giampaoli S, Panico S, Meli P, Conti S, Lo Noce C, Pilotto L, Vanuzzo D. Fattori di rischio cardiovascolare della donna in menopausa. *Italian Heart Journal* 2000;1(9):1180-7.
2. Panico S, Giampaoli S, Sotis G (Ed.). La malattia cardiovascolare arteriosclerotica nella donna: ricerca epidemiologica di nuova generazione in Italia. 1992. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità* 1992;28(03).
3. Celentano E, Palmieri L, Galasso R, Poce A, Panico S, Giampaoli S. Rischio cardiovascolare e classi sociali: confronto tra popolazioni femminili adulte abitanti in aree rurali e urbane. *Giornale Italiano di Cardiologia* 1999;29:692-7.

SALUTE FISICA E PSICOLOGIA IN MENOPAUSA

Giuseppe Benagiano¹

Direzione, Istituto Superiore di Sanità, Roma

La seconda metà del secolo appena concluso è stata dominata da un fenomeno che ha per sempre modificato i rapporti numerici tra Paesi in via di sviluppo e Paesi industrializzati: l'esplosione demografica. Le conseguenze globali di questo nuovo assetto demografico non sono state ancora comprese da molti, anche se oggi tutti i Paesi dell'occidente stanno attuando politiche di "contenimento" dell'emigrazione dai Paesi più poveri.

C'è però all'orizzonte un nuovo fenomeno demografico globale che, a mio avviso, caratterizzerà il XXI secolo: l'invecchiamento della popolazione (1). Raggiungere la longevità è stata per secoli la chimera di tutti ed ora che essa è a portata di mano di tanti, ci si domanda se possiamo permettercela (2). Infatti, negli anni '90-'95 la popolazione del globo è aumentata ad un ritmo dell'1,7%, mentre la parte più anziana della popolazione, quella da 65 anni in su, è aumentata ad un ritmo del 2,7%. Nel 1993 gli anziani oltre i 65 anni rappresentavano il 4,6% del totale nei Paesi in via di sviluppo – dove vivono i 4/5 della popolazione del globo – mentre erano del 12,6% nei Paesi industrializzati (3).

Basta guardarsi in giro per rendersi conto di questa realtà: siamo circondati da un numero sempre maggiore di anziani, ottantenni e anche più. Questo aumento percentuale degli anziani nei confronti del totale della popolazione rappresenta una situazione del tutto nuova nella storia dell'umanità, la cui costante è stata, fino ad epoca recentissima, la presenza nelle società di tutto il mondo di famiglie con molti figli ed una preponderanza di giovani, associata ad un'alta mortalità tra i bambini. Che vi fossero tante persone oltre i 65 anni non era mai successo. Deve preoccupare che nessun Paese dell'occidente (forse con l'eccezione degli Stati Uniti) abbia ancora preso coscienza del fenomeno, che pure è visibilissimo, ed abbia affrontato le conseguenze di questo progressivo invecchiamento della popolazione.

È ovvio che qualcosa si comincia a muovere: l'Organizzazione Mondiale della Sanità, ad esempio, ha dichiarato il 1998 l'anno delle persone anziane ed ha lanciato lo slogan dell'invecchiamento attivo ed in buona salute (4). Il fenomeno dell'invecchiamento è oggi più accentuato nei Paesi industrializzati, ma è pur sempre un fenomeno globale che va di pari passo con la diminuzione della fertilità. Ad esempio in Indonesia, che è il quarto Paese al mondo per popolazione, l'incremento degli ultra sessantacinquenni sarà, nel prossimo quarto di secolo, del 400%. Preoccupa particolarmente il fatto che i Paesi in via di sviluppo siano non solo quelli in cui le persone anziane (con una proporzione maggiore di donne) aumenteranno di più, ma che essi siano anche quelli con minori possibilità strutturali ed economiche per prendersi cura di questi anziani (5).

C'è poi, importantissima, una differenza tra l'attesa di vita delle donne e quelle degli uomini; differenza che assume proporzioni enormi in alcuni Paesi; ad esempio nella Federazione Russa la differenza è di 12 anni (6). Vi sono invece alcune aree geografiche, come ad esempio il subcontinente Indiano, dove questa differenza non esiste, o è minima; dietro questo dato però si cela una vera tragedia di grandi proporzioni (7) perché, come messo in evidenza per la prima volta da A. Sen, premio Nobel per l'economia nel 1998 (8), nel mondo "mancano all'appello" circa 100 milioni di donne, che non sono morte per le malattie di cui muoiono gli uomini, ma

¹ Già Direttore dell'Istituto Superiore di Sanità

per altri motivi. L'UNICEF ha poi calcolato che, di questi 100 milioni, solo in India ne mancano tra 20 e 40 (9).

Da notare che la differenza nell'attesa di vita tra uomini e donne non vale solo alla nascita, ma anche per gli anziani; in altre parole, anche a 65 anni gli uomini hanno un'attesa di vita minore. Questa differenza, presente fin dagli anni 50, permane attualmente e continuerà in futuro (6).

È quindi nella genetica e nella fisiologia che dobbiamo trovare la spiegazione per questa maggior longevità della donna (10). Nel 1994 tra le persone di 65 anni ed oltre c'erano 141 milioni di uomini e 187 milioni di donne con un eccesso di 46 milioni di donne. Tra le persone oltre i 75 anni c'erano 44 milioni d'uomini e 70 milioni di donne. Vuol dire che tra i più anziani oltre il 62% erano donne (1). Questi numeri sono destinati ad aumentare.

Invecchiare vuol dire soprattutto essere esposti in massa al rischio di una patologia specifica, quella degenerativa, anche se il peso specifico di una malattia è distribuito in maniera molto diversa tra gli uomini e le donne. Ad esempio, le donne, quando sono giovani, hanno maggiori problemi legati all'apparato riproduttivo, mentre quando sono vecchie soffrono con maggior frequenza di patologie neoplastiche (11).

Pertanto, parlare di longevità senza affrontare il problema della qualità della vita nella terza e quarta età non ha senso. Quello che conta non è quanti anni una donna riesce a vivere più di un uomo, ma che qualità di vita avrà questa donna. Nel mondo una donna può in media aspettarsi di vivere circa 60 anni, con punte di oltre 80 in alcuni Paesi tra i quali l'Italia. Ma quanti di questi anni sono gravati da problemi di natura medica?

È proprio da questo gravare di problemi legati alla salute e, più in generale alla qualità di vita, che nascono le problematiche specifiche della terza fase della vita della donna, cioè di quella fase che noi chiamiamo la post-menopausa. Si tratta di molto di più che della semplice mancanza degli ormoni specifici della donna. Infatti, le problematiche di natura sociale e di natura medica hanno almeno uguale importanza ed uguale valore.

Nei Paesi dell'Occidente, tra i problemi sociali legati all'età nel mondo moderno, ne spicca uno: la solitudine. Quanti tra coloro che hanno superato 70 anni sono soli? È la solitudine delle persone anziane, uno dei grandi problemi che dobbiamo affrontare proprio nel momento in cui la densità della popolazione aumenta. Due tipi di fattori contribuiscono ad aggravare questa situazione di solitudine: il primo è la scomparsa progressiva della famiglia tradizionale che, per definizione, coinvolge più generazioni, dove c'è un equilibrio tra le generazioni e le persone anziane sono inserite in un ambito dove sono utili e coinvolte (12).

L'importanza delle problematiche sociali legate all'invecchiamento è stata sottolineata dalla Conferenza del Cairo sulla Popolazione e lo Sviluppo del 1994; nel Rapporto finale della Conferenza si dice, infatti: "l'aumento costante del numero di persone anziane in seno alle popolazioni nazionali in cifre assolute in rapporto alla popolazione attiva porta con sé conseguenze significative per la grande maggioranza dei Paesi, particolarmente per ciò che riguarda la futura vitalità dei modi ufficiali, privati e pubblici che esistono oggi per aiutare gli anziani. È auspicabile che i governi, in collaborazione con le organizzazioni non governative ed il settore privato, rafforzino i sistemi di sostegno ufficiali e privati così come i sistemi di protezione a favore di persone anziane eliminando ogni forma di discriminazione e violenza contro queste ultime" (13).

Venendo ora a parlare del perché le donne vivano più a lungo, da circa un ventennio si ritiene che la chiave della longevità stia negli effetti positivi dell'ormone femminile, l'estrogeno (14). Questo ha creato un intero movimento scientifico a favore della cosiddetta "terapia sostitutiva ormonale" e cioè dell'uso degli estrogeni in menopausa. Si è giunti al punto di chiedere alla moderna chimica di sintetizzare derivati estrogeni privi di effetti femminili da usare nell'uomo, cioè di sintetizzare sostanze che abbiano tutti gli effetti protettivi sul sistema

cardiocircolatorio che sono attribuiti agli estrogeni, senza avere però effetti “femminilizzanti”. Si tratta probabilmente di esagerazioni, anche perchè oggi cominciano a sorgere dubbi sui reali effetti dell’estrogeno sul sistema cardio-circolatorio (15).

È certo però che la mancanza degli estrogeni favorisce l’indebolimento dei sistemi di sostegno e di contenimento dell’apparato urinario e riproduttivo, producendo un certo abbassamento, un rilassamento dei legamenti e dei muscoli, con tutta una serie di conseguenze importanti e diverse da quelle che avvengono nell’uomo, dove invece c’è, ad esempio, ipertrofia prostatica. È provato che la somministrazione di estrogeni sia uno dei modi più semplici per prevenire o ridurre questi effetti negativi. C’è poi, importantissimo, il problema della solidità delle ossa. La mancanza degli estrogeni, che sono il migliore stimolo metabolico per l’osso, alla lunga genera l’osteoporosi, anche se gli stili di vita possono influire sulla magnitudine del problema

Mentre sembra ancora valido ritenere che gli estrogeni siano utili contro i processi di invecchiamento, è tuttavia semplicistico porre l’attenzione solo su di essi. Ci sono mille abitudini di vita sulle quali ogni donna può intervenire migliorando l’invecchiamento. È certo che, al momento della menopausa, l’uso degli estrogeni è utilissimo per i mille problemi che costituiscono la “sindrome menopausale”. Le donne che assumono estrogeni rifioriscono dal punto di vista della capacità lavorativa, della depressione, dell’ansia e dell’irritabilità. Tuttavia, con il progredire degli anni, i problemi legati all’invecchiamento sembrano divenire indipendenti dall’uso degli estrogeni.

C’è infine da tener presenti le conseguenze della menopausa sulla vita sessuale. Una donna con un’attesa di vita di oltre 80 anni, non può essere ritenuta “vecchia” a 60 anni; essa ha diritto ad una vita sessuale soddisfacente e prolungata nel tempo. Al momento della menopausa c’è per la donna una certa tendenza, almeno inizialmente, ad una crisi di identità sessuale che, forse, è anche di natura culturale. La donna all’improvviso si dice *allora sono diventata vecchia!*, non rendendosi conto che con una probabilità dell’80-90% l’uomo con cui vive è più vecchio di lei ed ha anche lui – quasi certamente – problemi sessuali; allora quel che occorre è chiedere aiuto a persone competenti e superare le gravi barriere psicologiche legate a questi problemi.

Noi non viviamo in Paesi dove la perdita della funzione riproduttiva rappresenta la perdita della unica reale funzione sociale della donna; non vi sono quindi grandi problemi psicologici legati alla sterilità che la menopausa provoca. Non dovrebbe pertanto esservi una diminuzione della libido, almeno tra le donne che hanno conquistato quel livello di emancipazione che le ha affrancate dalla vecchia maledizione nota con l’espressione *tota mulier in utero*.

È chiaro che la menopausa rappresenta una delle più grandi sfide per la ginecologia del XXI secolo; essa però è molto più di una sfida per la medicina; è una sfida per tutte le società umane di questo secolo che si sta aprendo.

Occorre quindi affrontare l’invecchiamento e la post-menopausa utilizzando tutti i valori umani perché, come dice un grande thailandese, Ratanakul, il valore umano più importante è l’ideale della compassione e della grazia associata all’amore; il dare senza chiedere; è l’abnegazione, è il sacrificio volontario dei nostri diritti, ben al di là di ciò che siamo socialmente obbligati a fare.

Io spero che la nostra società civile saprà far propri questi valori ed offrirli ai nostri anziani ed in particolare alle nostre donne.

Bibliografia

1. United Nations Department for Economic and Social Information and Policy Analysis, Population Division. *World Population Prospects: The 1994 revision Doc. ST/ESA/SER/A/145*. New York: United Nations; 1995.

2. Tulanian V. Longevity in Africa: can we cope? In: *Coordinating Action on Aging. Report of the first NGO/WHO Round Table*. Brazzaville Regional Office for Africa of the World Health Organization. 1988; 57(1):26
3. World Health Organization. *The World Health Report 1995: Bridging the gaps*. Geneva: World Health Organization; 1995.
4. World Health Organization. *Women, Ageing and Health. Achieving health across the lifespan*. Geneva: World Health Organization; 1996. (WHO/HPR/AHE/HPD/96.1).
5. United Nations Department for Economic and Social Information and Policy Analysis. Statistical Division. *The World's Women 1995. Trends and Statistics. Social Statistics and Indicators*. New York: United Nations; 1995. (Series K, n. 12).
6. Diczfalusy E, Benagiano G. Women and the third and fourth age. *Int J Gynecol Obstet* 1997; 58:177-88.
7. Benagiano G, Pera A. A hidden tragedy: why women do not always live longer than men. *Aging Clin Exper Res* 2000;12:321-22.
8. Sen A. Missing women. *Brit Med J* 1992;304:587-88.
9. United Nations Children Fund. Gender equity. *Towards women's empowerment. The progress of Indian states*. New Delhi: UNICEF; 1996.
10. Benagiano G, Primiero FM. Menopause, a global perspective. *Reprod Biomed Online* 2001; 2:204-11.
11. World Health Organization: *Research on the menopause in the 1990s*. Geneva: World Health Organization; 1996. (WHO Technical Report Series 866).
12. Benagiano G, Farris M. In ricordo di Maria Orlando: la salute fisica e psicologica in menopausa. *Ann Istit Sup Sanità* 2002;38:351-6.
13. United Nations. *International Conference on Population and Development*. Cairo: New York: United Nations; 1994. (Doc. A/CONF.171/13).
14. Mendelsohn ME, Karas RH. The protective effects of estrogen on the cardiovascular system. *N Engl J Med* 1999;340:1801-11.
15. Huleey S, Grady D, Bush T, Furberg K, Herrington D, Riggs B. Randomized trial of estrogen plus progestin for secondary prevention of coronary heart disease in postmenopausal women. Heart and Estrogen/Progestin Replacement Study (HERS) Research Group. *JAMA* 1998;280:605-13.

LA VIOLENZA CONTRO LE DONNE

Magda Brienza
Tribunale per i minori di Roma

In un convegno che ha per oggetto la tutela della salute della donna non poteva mancare una particolare attenzione al problema della violenza contro le donne.

Ringrazio sentitamente gli organizzatori per avermi invitata a parlare di questo tema che mi sta molto a cuore come donna, come giudice per i minorenni e come magistrata iscritta ad una associazione, l'Associazione Donne Magistrati Italiane, impegnata nello studio dei problemi giuridici, etici e sociali riguardanti la condizione della donna nella società e interessata alla piena attuazione della parità uomo-donna.

Ma proprio perché si tratta di un tema tanto discusso in questi anni, il mio compito non è facile. Se ne parla tanto e si ha l'impressione, e si corre effettivamente il rischio, di dire cose ovvie, scontate. Pensate: sono stati necessari venti anni di lotte, dibattiti e discussioni per arrivare all'emanazione della Legge n. 66/1996 sulla violenza sessuale, tappa importante nel lungo percorso verso una piena affermazione della libertà femminile.

Questa legge, come tutti sanno, ha avuto un iter legislativo che è durato ben cinque legislature. I primi progetti risalgono infatti al 1979. Questo travagliato iter parlamentare dimostra di per sé la complessità dei problemi che si dovevano affrontare, problemi che hanno determinato spaccature anche all'interno di forze politiche aventi la stessa ispirazione ideologica. "Il dibattito fece emergere quanto fosse diffusa la complicità sociale con gli stupratori, quanto fossero vecchie e inaccettabili le norme di legge e la pratica dei tribunali, che trasformavano le vittime dello stupro in imputate, la cui vita e abitudini erano sistematicamente oggetto di indagine di calunnia, da parte degli stupratori e dei loro avvocati" (terzo rapporto italiano sull'applicazione della CEDAW (*Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women*) del 17 giugno 1997).

Il 28 e 29 novembre 1999 si è svolto a Roma un importante convegno su questo tema, organizzato dal centro antiviolenza della Provincia di Roma e forse molti dei presenti oggi vi hanno partecipato.

Si è osservato che il problema, come spesso accade, non è tanto un problema di carenza legislativa, quanto di corretta applicazione delle leggi, secondo modelli culturali ispirati al principio di una pari dignità tra uomo e donna. È quindi necessario vigilare sulla applicazione delle leggi esistenti, le quali in genere non trovano applicazione nella parte in cui contengono norme volte a prevenire i fenomeni che si vogliono perseguire.

Sotto questo aspetto, tanto per fare un esempio, segnalo che in Cassazione i reati di violenza sessuale, ormai definiti dalla legge come reati contro la persona, nel riparto delle competenze ai fini dell'assegnazione alle varie sezioni, continuano ad essere definiti "reati contro la morale", chiaro segnale di una mentalità che stenta ad adeguarsi al nuovo.

Il fatto che si continui a parlarne è segno che si tratta di un problema reale, ancora non risolto, che non può essere accantonato. Occorre, ritengo, continuare a parlarne, anche a costo di ripetere cose per tutti già note, se ciò può contribuire, come io credo, a far emergere il fenomeno della violenza alle donne in tutta la sua gravità, facendolo uscire dalla rassegnazione e dal silenzio ed evitando che resti sostanzialmente impunito. Dobbiamo continuare a lavorare perché la violenza contro le donne sia valutata secondo le regole del diritto e non sia sottratta al controllo sociale.

Da quando (15 giorni fa) ho incominciato a pensare a ciò di cui oggi avrei dovuto parlarvi e a come parlarne (quale taglio dare al mio intervento, quali aspetti sottolineare di un fenomeno così complesso) ho incominciato a guardare con attenzione i quotidiani che leggo normalmente per vedere se e quali notizie davano sulla violenza alle donne. Ho constatato, ed ho con me i ritagli dei giornali, che ogni giorno c'è almeno una notizia di violenza alle donne. A volte si tratta di casi clamorosi, come quello del 9 dicembre: "Abusò delle figlie, condannato, fa saltare la casa di famiglia"; o quello della minore tredicenne psicolabile incinta che è su tutti i giornali in questi giorni; a volte si tratta di notizie relegate tra le "Brevi": per esempio: "Sordomuta scampa ad uno stupro", 11 dicembre, o "Ferita nel garage: una lite domestica. Il marito ha confessato", 6 dicembre, oppure "Stanno per stuprarla, si getta dalla finestra", 8 dicembre.

Per amore di obbiettività debbo riferire che tra le tante notizie ne ho trovata una così intitolata: "Crescono gli arresti per crimini domestici delle donne. Schiaffi e coltellate. Le violente mogli USA". Nel testo si dà conto che calcoli statistici hanno rivelato che tra le persone arrestate negli Stati Uniti a causa di liti in famiglia un quarto sono donne. Il giornalista onestamente osserva che i dati vanno letti con qualche accorgimento: la percentuale delle donne sale per effetti di arresti congiunti. Nel dubbio vengono arrestati entrambi i coniugi. A volte risulta che le donne finiscono in manette perché dopo una lunga serie di soprusi e maltrattamenti decidono di contrattaccare usando gli stessi metodi dell'uomo.

Di violenza e traffico di donne e bambini hanno parlato in questi giorni il papa ed Hillary Clinton. Quindi la violenza contro le donne, che costituisce violazione dei diritti umani e delle libertà fondamentali, è un fatto ancora oggi non solo esistente, ma rilevante e diffuso.

Nella Dichiarazione sull'eliminazione della violenza contro le donne si definisce violenza contro le donne ogni atto di violenza o minaccia basato sul genere che provochi o possa provocare un danno o una sofferenza fisica, sessuale o psicologica, la coercizione e l'arbitraria privazione della libertà, sia nella vita pubblica che in quella privata.

Certo la situazione attuale delle donne è ben diversa da quella che avevamo in Italia negli anni 60, epoca in cui cominciò a venire in evidenza il fenomeno della violenza intrafamiliare come problema pubblico, anziché come problema privato (è in questo periodo che emerge anche la sindrome del bambino maltrattato).

Intanto è intervenuta la riforma del diritto di famiglia (1975), che ha stabilito il principio di parità tra i coniugi. Oggi c'è la legge sulla violenza sessuale, alla quale ho già accennato.

A questa legge vanno riconosciuti dei meriti importanti:

- lo spostamento dei delitti in materia di violenza sessuale nel titolo dei delitti contro la persona (da quello dei reati contro la morale);
- l'elevazione delle pene;
- l'accorpamento in un'unica fattispecie della congiunzione carnale e degli atti di libidine violenti;
- la procedibilità a querela irrevocabile, con alcune significative eccezioni in cui si procede d'ufficio (609 septies, 4° comma);
- la tutela della riservatezza della vittima;
- l'introduzione del reato cosiddetto di stupro di gruppo (art. 609 octies);
- il parziale riconoscimento della sessualità tra i minori.

È entrata recentemente in vigore la legge sulla pedofilia (Legge 3 agosto 1998 n. 269), legge importante, ispirata ai principi della Convenzione di New York sui diritti del fanciullo, che già nel titolo parla di nuove forme di schiavitù, la quale ha introdotto nuove ipotesi di reato (tratta dei minori, art. 601 comma 2 de codice penale e quindi nella sezione dei reati contro la personalità individuale), che sanzionano lo sfruttamento della prostituzione minorile, la pornografia minorile anche nell'insidiosa forma di diffusione telematica ed il così detto turismo sessuale. Sono state introdotte con questa legge nuove disposizioni processuali per agevolare la

perseguibilità dei nuovi delitti, sono stati previsti organismi specializzati di polizia con particolari poteri, è prevista l'adozione di misure di tutela e reinserimento dei minori, organi di coordinamento a livello europeo e internazionale.

Eppure la legge italiana, come del resto quella degli altri Paesi occidentali, appare inadeguata a reprimere le nuove forme di schiavitù che hanno per oggetto le donne.

Sono stati istituiti e sono operanti i centri antiviolenza; presso i quali le donne vittime di violenza possono trovare aiuto (consulenza legale, psicologica) e a volte ospitalità, anche con i propri figli. Ve ne sono a Bologna, Milano, Roma, Venezia, Palermo, Merano, Parma, Modena, Reggio Emilia, Livorno.

Ci sono numerose proposte sia volte a migliorare le leggi vigenti, che sono sempre perfezionabili, che ad introdurre nuovi strumenti di aiuto e sostegno alle vittime della violenza. Sul primo punto, per fare un esempio, si discute se lo stato di gravidanza costituisca o meno aggravante per il reato di violenza sessuale, essendo la vittima in condizioni di minorata difesa, e si discute sulla opportunità di modificare la Legge n. 66/96, introducendo una aggravante specifica del reato di violenza sessuale, visto che di recente la Corte di Cassazione ha escluso l'aggravante generica, in un caso in cui lo stupro di donna incinta era stato commesso dal fidanzato respinto, ma ancora innamorato. Sul secondo punto va ricordato il progetto di legge che prevede un fondo nazionale da istituire presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri per erogare aiuti a donne che hanno subito violenza, nell'ottica di far loro recuperare la libertà di organizzarsi autonomamente. Si attuerebbe in tal modo una riparazione del danno subito a causa della violenza.

Vi sono all'esame del Parlamento progetti in materia di molestie sessuali, di ordini di protezione (di questi parlerò più avanti), di eliminazione di ogni discriminazione fondata sul sesso, sulla razza, sull'origine etnica, sulla lingua, sulla religione e sull'orientamento sessuale.

Non manca una importante normativa internazionale: risale al 18 dicembre 1979 e se ne è celebrato a fine ottobre a Vienna il ventesimo anniversario, la Convenzione sulla eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne (CEDAW). L'incontro ("Judicial colloquium"), avvenuto il 28 e 29 ottobre 1999, fissato anche per celebrare il decimo anniversario della Convenzione sui diritti del fanciullo (New York, 20 novembre 1989), al quale hanno partecipato magistrati ed avvocati delle giurisdizioni d'appello, ha avuto lo scopo anche e soprattutto di verificare se e in quale misura le regole internazionali sui diritti dell'uomo ed in particolare le disposizioni contenute nelle suddette convenzioni (CEDAW e Convenzione di New York) trovano applicazione negli ordinamenti nazionali, nella convinzione che lo strumento internazionale costituisce un mezzo strategico molto importante per far progredire i diritti delle donne e dei fanciulli. È da incontri come questo che emerge in modo evidente "che le donne, così come i bambini costituiscono i soggetti deboli, i cui diritti sono ovunque ampiamente misconosciuti o scarsamente tutelati a livello giudiziario".

Si è parlato della istituzione del Tribunale penale internazionale, competente a decidere sui crimini contro le donne ed i fanciulli commessi in Rwanda, è stato rievocato lo stupro etnico avvenuto nei territori della ex Jugoslavia, rientrando nella competenza di detto tribunale penale internazionale, è stata denunciata con forza da parte di alcune delle partecipanti l'inerzia degli organismi internazionali di fronte alla pratica delle mutilazioni cui in molti Paesi sono soggette le giovani donne, su iniziativa delle madri, e cioè di altre donne; numerosi sono stati gli interventi sui fatti di quotidiana violenza consumata nei confronti delle donne nell'ambito familiare, non solo da parte dei coniugi o conviventi, ma, nei Paesi nei quali si pratica la poligamia, anche da parte delle altre donne che vengono inserite nel nucleo familiare.

Ma è evidente che la cultura, di cui le nuove leggi sono portatrici, "non è da sola sufficiente per imprimere una svolta decisiva e definitiva ad una situazione che trova le sue radici in una

storia millenaria in cui il pregiudizio di inferiorità sociale ha fatto ritenere giustificata e perciò accettata la violenza contro le donne”.

Questa violenza non solo esiste ancora, ma è in aumento, secondo i risultati di recenti ricerche ISTAT.

Lasciamo ai sociologi il compito di stabilire se si tratta di un aumento effettivo della violenza o di una maggiore visibilità di un fenomeno che fino a poco tempo fa era in buona parte sommerso, minimizzato nella coscienza sociale e spesso nel pensiero della stessa vittima.

Dal mio osservatorio posso dire che un aumento dei casi sottoposti all'esame del Tribunale per i minorenni è legata alla presenza in Italia di stranieri provenienti da Paesi in cui i rapporti familiari sono disciplinati in maniera gerarchica. Vale la pena di ricordare che nei Paesi di diritto islamico è ancora necessario il consenso del padre per la validità del matrimonio; che in tutti i Paesi sottosviluppati o in via di sviluppo è largamente diffuso l'analfabetismo delle donne (per esempio in Pakistan le ragazze che frequentano la scuola sono solo il 10% e per l'80% le donne non sono economicamente indipendenti); che la condizione di immigrate pone spesso le donne, specie le più giovani, in una situazione di grave disagio e vulnerabilità (caso della ragazzina che ha voluto lasciare la casa familiare per via della promiscuità in cui si trovava a vivere, che la faceva sentire esposta a possibili aggressioni).

Ciò non toglie che anche questa violenza deve essere repressa, non essendo ammissibili alibi così detti culturali.

Vi sono poi i casi più gravi di vera e propria tratta delle donne a fini di sfruttamento sessuale. Non si conoscono dati precisi. Da un rapporto del 1996 elaborato per la Conferenza Europea sulla tratta delle Donne risulta che nel periodo che va dal 1989 al 1991 vi è stato un netto incremento di questo fenomeno, ed è stato registrato un notevole aumento di arrivi dai Paesi dell'est europeo. Negli anni successivi, 1992-1994, vi è stato invece un incremento dei flussi provenienti dalla Nigeria e dall'Albania.

Le ragazze albanesi vittime di tale tratta sono in genere molto giovani, nubili e ingannate da sedicenti fidanzati, che le convincono a trasferirsi in Italia dietro promessa di matrimoni e vengono poi costrette a prostituirsi, con l'uso di forme pesanti di violenza fisica e psicologica. Queste ragazze sono costrette a vivere in un clima di terrore e di isolamento. Le donne nigeriane sono in genere donne più adulte, tenute in regime di schiavitù in quanto tenute a restituire ingenti somme a chi le ha aiutate a venire in Italia. Queste donne, alle quali vengono in genere sottratti passaporti e documenti, subiscono violenze e minacce rivolte contro loro stesse o i loro familiari (spesso bambini dei quali il Tribunale è stato costretto a pronunciare lo stato di adottabilità).

Altro fenomeno grave e in crescita in tutti i Paesi industrializzati del quale ho esperienza diretta è quello della violenza domestica. È stato giustamente osservato che si tratta di un fenomeno diffuso in tutte le classi sociali, particolarmente odioso perché si realizza in famiglia e cioè proprio là dove dovrebbe esserci protezione, affetto, solidarietà. Non è facile quantificare il fenomeno, perché le donne stesse sono spesso riluttanti a denunciare. Ciononostante i casi di denuncia per violenza domestica sono certamente la maggioranza dei casi di violenza subiti dalle donne. Nel periodo 1992-1995 le denunce sono salite da 1907 a 2097. Spesso vengono denunciati incidenti domestici e non si è in grado di stabilire quante di queste denunce nascondono casi di violenza:

Le ragioni per le quali le donne non denunciano le violenze subite sono state così indicate:

- basso grado di autostima della donna maltrattata;
- tendenza ad accusare se stessa, anziché attribuire la responsabilità al proprio compagno;
- vivere la violenza subita come un male che deve essere sopportato per non rompere il matrimonio;
- aver interiorizzato il proprio ruolo sottomesso e dipendente;

- mancanza di sostegni economici tali da garantire autosufficienza in caso di rottura definitiva;
- presenza di bambini bisognosi del sostegno economico offerto dal padre;
- concezione negativa della separazione e del divorzio;
- impossibilità di lavorare, avendo bambini piccoli;
- paura di non saper vivere da sola;
- timore di essere minacciata;
- depressione.

Tali comportamenti delle donne trovano sostegno nella generale convinzione che la violenza domestica è un fatto privato, piuttosto che un reato. Infine, si è osservato, le donne spesso non denunciano perché hanno difficoltà a riconoscersi e a farsi riconoscere come donne maltrattate.

Quel che colpisce nelle relazioni familiari caratterizzate dalla violenza è l'incapacità della vittima a proteggere i propri figli, ai quali pure mostra attaccamento affettivo, l'incapacità di vedere gli abusi ai quali anche i figli a volte sono sottoposti.

La cosa non è però incomprensibile se si considera che tuttora l'unica possibilità di sfuggire alla violenza è l'allontanamento dalla casa familiare, che costituisce un'ulteriore violenza, essendo fonte di ulteriore sofferenza. È quel che accade anche per i minorenni vittime di abusi o violenze. Allo stato attuale della nostra legislazione non è possibile infatti disporre l'allontanamento dell'adulto maltrattante. L'art. 333 del Codice Civile dispone che ove il comportamento dei genitori sia pregiudizievole per i figli (e la mancata protezione da violenze commesse da altri è anch'esso comportamento pregiudizievole) il Tribunale per i minorenni dispone i provvedimenti convenienti, e può anche disporre l'allontanamento del minore. Un provvedimento che disponesse l'allontanamento di chi abusa o maltratta sarebbe un provvedimento lesivo della libertà personale, che non si può quindi adottare al di fuori dei casi espressamente previsti dalla legge. L'allontanamento dell'adulto è talvolta adottato sotto forma di prescrizione, ma l'inosservanza non rende coercibile il provvedimento e non è sanzionabile se non con un provvedimento limitativo della potestà¹.

Nota di aggiornamento. La situazione normativa in questa materia è oggi diversa. Invero la legge 4 aprile 2001 n. 154 ha previsto misure contro la violenza nelle relazioni familiari. È quindi possibile oggi adottare sia in sede penale che in sede civile il provvedimento di allontanamento dell'autore della violenza dalla casa familiare per un certo periodo di tempo. Nel settore penale si tratta di una misura cautelare che può essere adottata quando ricorrano i requisiti richiesti in generale per le misure cautelari. Il contenuto della misura consiste nell'obbligo di lasciare la casa familiare e di non farvi ritorno senza il permesso del giudice. Vi è anche la possibilità di dare prescrizioni, per esempio di non avvicinarsi ai luoghi abitualmente frequentati dalla persona offesa. Con lo stesso provvedimento il giudice può ordinare il pagamento di un assegno di mantenimento, disponendo eventualmente una trattenuta sullo stipendio e il versamento diretto da parte del datore di lavoro.

Se la domanda è proposta in sede civile, presupposto per l'applicazione della misura sono comportamenti specifici anche se non così gravi da configurare un reato, ma tali da provocare grave pregiudizio per l'integrità fisica o morale, ovvero alla libertà dell'altro coniuge o convivente. La durata massima prevista è di sei mesi, con possibilità di proroga solo per gravi motivi e per il tempo strettamente necessario. La competenza è del tribunale ordinario. È competente il giudice della separazione o del divorzio se vi sia causa pendente.

La legge 28 marzo 2001 n. 149, di modifica della disciplina dell'adozione e dell'affidamento, ha integrato gli articoli n. 330 e n. 333 del Codice Civile, prevedendo la possibilità di "allontanamento del genitore o convivente che maltratta o abusa del minore".

GLI INCIDENTI DOMESTICI DELLA DONNA: UN'ESPRESSIONE PARTICOLARE DI UN SISTEMA COMPLESSO

Franco Taggi

Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Parlare degli incidenti domestici della donna in termini strettamente statistico-epidemiologici mi sembra sia estremamente riduttivo. Il rischio di fornire fredde cifre sul fenomeno, senza che questo venga inquadrato correttamente in un contesto più ampio, è elevato. Cercherò, perciò, di far precedere la parte specificamente quantitativa da alcune considerazioni di carattere più generale. In questo modo, spero, sarà più chiaro come gli incidenti che colpiscono in casa la donna (ma anche gli uomini) fanno parte di un quadro generale, sul quale è necessario riflettere se si vuol promuovere la salute in termini complessivi e non banalmente puntuali.

Ho deciso di impostare così questa relazione perché credo si debba uscire dalla nefasta e diffusa abitudine di portare all'attenzione degli altri i fenomeni che si studiano, presentandoli in termini eliocentrici, come se fossero il punto cruciale di una realtà da cambiare. Difficilmente un problema è "Il Problema": in genere è solo "un problema", insieme a tanti altri di un sistema complesso che interagisce con se stesso. Certamente, nel considerare le questioni può aver senso stabilire una scala di priorità: quello che intendo dire è semplicemente che nessun problema vive da solo e che una considerazione complessiva della situazione può fornire efficaci indicazioni su come procedere al meglio e su dove allocare (e in che quantità) le risorse. ⁱ

Ma vediamo ora lo scenario all'interno del quale inquadreremo la nostra relazione, scenario che non è costituito solo dal problema "salute", ma anche dal problema "donna".

Se è vero che molte persone hanno verso la donna stima e simpatia, è anche vero che gli stessi sentono dentro di sé traccia dei molti pregiudizi che ancora esistono nei confronti dell'altro sesso. Questi pregiudizi appaiono oggi razionalmente ingiustificati, ma sono indubbiamente presenti. E molti hanno abbastanza onestà per testimoniare. Addolcire le situazioni che comunque esistono, anche indipendentemente dal nostro razionale, è fuorviante; pulsioni che sono presenti in noi, per motivi storico-culturali profondi, e forse anche per selezione naturale, non vanno negate perché costituiscono un preciso riferimento, un segnale dello "stato delle cose", oltre che traccia di cambiamento in atto.

Credo si possa sintetizzare il tutto in questo modo: piaccia o non piaccia, ancora oggi una donna pilota (o una donna chirurgo) crea in molti più preoccupazione che tranquillità (e, attenzione: non solo nei maschi). Questo non è razionale alla luce dei fatti (ad esempio, si potrebbe dire che le donne sono a priori più affidabili degli uomini nei compiti impegnativi perché fanno meno uso di alcol), ma è ancora nelle cose.

A ben vedere, nonostante i grandi progressi di civiltà che ci sono stati (almeno in alcune parti del mondo), la situazione attuale è diversa dal passato soprattutto grazie all'impegno di tante donne forti e decise, che nel tempo hanno sfidato scandalo, derisione e boicottaggio, portando contributi fondamentali alla cultura, talora con difficoltà inaudite. La pretesa inferiorità intellettuale della donna nei confronti dell'altro sesso, che per tanto tempo ha sbarrato la strada del sapere a stuoli di giovani dotate, convogliandole a tempo pieno verso la cura della casa e della prole, è dura a morire. I fatti che dimostrano l'infondatezza di questa idea sono, da sempre, numerosi.

A Nefertiti, più che a Akhenaton, si deve l'idea di monoteismo, tanto per parlare di un concetto astratto superiore che è stato ripreso poi da molti pensatori e mistici di sesso maschile. La "spudorata" Ipparchia, filosofa, compagna di Cratete, così risponde a Teodoro che l'apostrofa dicendo "Questa è colei che abbandonò le spole presso i telai?": "Sono io, o Teodoro. Ma credi tu che io abbia preso una cattiva decisione se il tempo che avrei dovuto dedicare al telaio lo dedicai alla mia educazione?". Ancora nei primi anni dell'ottocento, Sophie Germain, geniale matematica cui si deve tra l'altro un insieme di risultati che hanno permesso pochi anni fa ad Andrew Wiles di dimostrare l'ultimo teorema di Fermat, firmava la sua corrispondenza col grande Gauss con il nome di "signor Le Blanc", perché altrimenti, pensava, e non a torto, il "principe dei matematici" non l'avrebbe presa sul serio.

Oggi come oggi, qualche preconconcetto esiste ancora, ma si manifesta più nella carriera che non nella disponibilità dell'istruzione (almeno nel mondo occidentale). Certamente, a molti uomini dà un po' fastidio scoprire che il più alto quoziente di intelligenza (QI = 228, duecentoventotto, avete letto bene) è stato registrato da una donna, Marilyn vos Savant (che per inciso è la moglie di Robert Jarvik, quello del cuore artificiale). La prova provata di questo è che quando tempo fa la vos Savant ha pubblicato una sua soluzione ad un certo problema di ricerca operativa, il mondo accademico (maschile) si è scatenato, tacciandola da ignorante ("Da matematico di professione, la scarsità di cognizioni matematiche tra il pubblico mi preoccupa alquanto. La pregherei, per non contribuirvi, di voler ammettere il suo errore" le scrive un luminare della George Mason University; "C'è già abbastanza ignoranza in questo Paese, in fatto di matematica, e non c'è bisogno che il quoziente di intelligenza più alto del mondo la aumenti ancora. Si vergogni!", inveisce un altro professore dell'università della Florida). Per inciso, essendo la dimostrazione della vos Savant corretta, viene da pensare che i molti competenti, certamente in grado di valutarla, e di risolvere da soli il problema, non abbiano visto una "questione" su cui riflettere, bensì una "soluzione fornita da una donna", certamente errata a priori. Il fatto che un genio della matematica come Paul Erdos (che notoriamente detestava le donne) ritenesse errata la soluzione fornita dalla vos Savant corrobora non poco questo modo di vedere l'intera faccenda.

La strada da percorrere per addivenire ad un giusto rapporto tra uomo e donna (pari nella diversità, mi auguro) sembra quindi ancora lunga, e riguarda entrambi i sessi, non solo quello maschile.

La situazione appare quella di una grande transizione culturale, che sembra ancora lontana da un equilibrio soddisfacente. Come scrive Simone de Beauvoir "Donna non si nasce, si diventa". E questo credo si possa dire valga anche per l'uomo.

In questo quadro così mutevole, gli incidenti domestici delle donne sembrano essere l'ultimo problema; ma così non è perché essi, oltre ad essere un problema di ogni giorno, costituiscono anche un osservatorio di natura sociale. Infatti, questi eventi testimoniano talvolta che la donna si è conquistata nella nostra società un "grande" diritto, quello del secondo lavoro. O che siano casalinghe a tempo pieno o rampanti carrieriste votate al lavoro, le donne una volta tornate a casa trovano sempre innumerevoli compiti, alcuni inevitabili (tanti aspetti della cura dei figli, per esempio), altri in parte evitabili, ma che tradizionalmente erano di sua competenza e tali sono rimasti. Non si tratta, intendiamoci, del dover stirare la camicia al marito o di preparare i pasti: si tratta di un insieme infinito e continuo di incombenze che tolgono tempo, che stressano, e che vuoi o non vuoi ricadono sulla donna comunque, ancora oggi. E così, almeno in alcuni casi, l'incidente è solo l'espressione della stanchezza, della fretta, della rabbia, dello stress accumulato. Naturalmente, non è sempre così: in larga parte gli incidenti che si verificano sono conseguenza "fisiologica" di un certo livello di percezione del rischio domestico, come pure della sicurezza generale della casa, quali strutture e prodotti che in essa insistono. Sarebbe tuttavia importante studiare più a fondo quale quota di incidentalità dipende da situazioni che

mettono “sotto pressione” la donna che si trova ad operare in casa, che abbia o meno un’occupazione esterna (si può essere stressate anche facendo la casalinga a tempo pieno: l’alcolismo sommerso di tale gruppo, per esempio, è un segnale specifico in questo senso).

Gli incidenti domestici, che meglio sarebbe chiamare incidenti in casa, dal punto di vista della salute rappresentano un settore di particolare interesse sanitario, rilevante sia per gli aspetti di mortalità che di morbosità (in un recente numero speciale di “Le Scienze”, il Ministro della Sanità sottolinea la sua preoccupazione per questo problema). La mortalità è legata essenzialmente alla caduta dell’anziano; nel quadro di morbosità, marcatamente ampio, si osservano invece eventi molto differenziati, per età, stato sociale, attività svolta, ecc. In questa fenomenologia così varia, esistono gruppi a rischio particolarmente interessanti, sia per il loro peso in termini assoluti, sia per l’intrinseca importanza sociale da essi rivestita. Uno di questi gruppi è quello costituito dalle casalinghe: questo tipo di attività, socialmente di primaria importanza, molte volte è scarsamente considerato con la dovuta attenzione. Nell’ambito del progetto Studio Italiano sugli Incidenti (SISI) abbiamo quantificato il fenomeno degli incidenti occorsi alle casalinghe, intendendo con questo termine la donna che svolge lavoro domestico in casa, a tempo pieno o parziale che sia. Questa nostra definizione potrà apparire un poco estensiva e forse si scontrerà con altre correntemente accettate; tuttavia riteniamo che sia sotto gli occhi di tutti, dato di fatto difficilmente contestabile, che la donna, che lavori fuori casa o meno, è comunque coinvolta pesantemente nell’attività domestica. I dati che qui mostreremo, al fine di considerare più da vicino questi eventi, sono stati prodotti dall’Istituto Superiore di Sanità in collaborazione con la Regione Marche nell’ambito del suddetto progetto. Si tratta di informazioni rilevate all’inizio degli anni ‘90 su soggetti pervenuti per causa accidentale in 6 centri di Pronto Soccorso, rappresentativi dell’intera realtà regionale (Osimo, Fabriano, Recanati, S. Benedetto del Tronto, Pesaro, Ancona), monitorati per un intero anno.

In questo ramo del progetto SISI sono stati rilevati in totale 23.374 incidenti: di questi l’82,7% era rappresentato da incidenti non stradali e non del lavoro. Gli incidenti occorsi alle donne tra i 20 e i 69 anni durante lo svolgimento di lavoro domestico in casa ammontavano a 1.055. Se si confronta questo numero con il totale degli eventi rilevati, esso rappresenta circa il 4,5% di tutti gli accessi al Pronto Soccorso per incidenti in ambienti di vita. Dunque, circa un arrivo su venti appare relativo ad un incidente della casalinga. Questa percentuale, se si escludono gli incidenti stradali, sale intorno al 5,5%. Questo tipo di valutazione è tuttavia distorto perché “diluisce” l’importanza del fenomeno di cui stiamo discutendo, in quanto tra gli arrivi abbiamo anche quelli dei bambini e degli anziani, assai numerosi e di eziologia non sovrapponibile con quella degli incidenti delle età intermedie.

Per una visione più specifica del problema conviene considerare i soli eventi riguardanti soggetti tra 20 e 69 anni. Troviamo in questo modo una proporzione pari al 13,7% del totale: quindi, circa 1 evento su 10 in questo intervallo di età (14 eventi su 100) risulta essere un incidente occorso ad una casalinga. D’altra parte, se consideriamo le sole donne tra 20 e 69 anni, osserviamo che il rapporto tra gli incidenti alla casalinga e tutti gli incidenti che avvengono a donne di questa finestra di età è estremamente elevato e risulta pari a 34,3% nel nostro campione. Questo risultato fornisce una lettura più realistica del fenomeno e segnala la caratura da dare a questo tipo di eventi. Con tale lettura dei dati, possiamo in conclusione affermare che un incidente su tre, occorso a donne tra 20 e 69 anni, riguarda casalinghe che svolgevano lavori domestici all’interno dell’abitazione.

La tipologia dei dati raccolti permette ulteriori approfondimenti. Per quanto riguarda il giorno dell’incidente non ci sono particolari situazioni che segnalino un rischio più basso o più alto in certi giorni della settimana: pur esistendo oscillazioni sensibili, in tutte le classi di età il rischio d’incidente domestico per la casalinga è sempre presente durante la settimana. Analoghe considerazioni possono essere fatte per quanto riguarda il mese dell’incidente. Questi risultati

sembrano ben riflettere la continuità dei compiti relativi all'andamento della casa e della famiglia.

In relazione all'ora dell'incidente sono evidenziabili due picchi, uno centrato tra le ore 10 e le 12 e uno tra le ore 18 e le 20 (quindi in presumibile connessione con la preparazione dei pasti).

Le modalità di arrivo al Pronto Soccorso in tutte le classi di età sono scarsamente legate all'uso dell'ambulanza, fatto che è in parte spiegato dalla limitata gravità di molti casi osservati. L'ora di arrivo al Pronto Soccorso ricalca sostanzialmente la distribuzione dell'ora dell'incidente, con un maggiore addensamento nella prima parte della giornata, dovuto probabilmente al fatto che molte persone che hanno incidenti nelle ore serali (18,8% tra le ore 18 e le 20) rimandano alla mattinata successiva il ricorso al Pronto Soccorso; ciò sembrerebbe confermato da valori leggermente più alti dell'atteso degli arrivi che si hanno tra le ore 8 e le 12, rispetto a quello che si osserva per l'ora dell'incidente.

La distribuzione della differenza tra l'ora di arrivo al Pronto Soccorso e l'ora in cui è avvenuto l'incidente ci segnala che poco meno della metà dei casi perviene al Pronto Soccorso entro mezz'ora dall'incidente; un altro 20% circa dei casi lo fa nella mezz'ora successiva (quindi, intorno al 70% dei casi si reca al Pronto Soccorso entro un'ora dall'incidente). La quasi totalità (più del 90%), perviene comunque al Pronto Soccorso entro le 24 ore.

Di particolare interesse appare la dinamica dell'incidente in casa: una gran parte degli eventi riportati è costituito da ferite derivanti da oggetti da taglio o punta (circa il 40% dei casi), mentre un altro 25% dei casi è secondario a caduta. Si osservi che il 2,8% delle cadute accidentali non è ben specificato. Per quanto riguarda le cadute correttamente descritte, da scale stabili o gradini abbiamo l'1,5% dei casi, il 3,7% da scale a pioli o impalcature e il 17,5%, la parte più consistente, da inciampamento o sdruciolamento, in particolare lavando i pavimenti. Un altro numero rilevante di eventi, 16,5% sul totale, deriva da urti o schiacciamenti; gli incidenti da sostanze roventi o caustiche assorbono il 13,4% dei casi; sono presenti un certo numero di avvelenamenti con prodotti per la casa, di eventi legati ad incendio e fuoco, di emergenze respiratorie (in genere per inalazione di vapori derivanti da prodotti per la pulizia della casa), di sforzi e movimenti violenti. Una quota modesta, ma non trascurabile, 1,4%, è legata ad animali domestici ed insetti.

Se si analizzano i dati nelle diverse classi di età, si osserva che in tutte l'incidente con oggetti da taglio o punta è quello che presenta la maggiore frequenza, e va da un minimo del 46,4% nella classe di età da 30 a 39 anni, ad un massimo del 33,9% nella classe di età da 60 a 69 anni. Gli eventi più frequenti sono quindi per tutte le classi quelli derivanti da oggetti da taglio o punta, seguiti dalle cadute, da urti o schiacciamenti, da sostanze roventi o caustiche. Certamente le cadute sono più rilevanti nelle età avanzate: si può tuttavia osservare che, mentre da 50 anni a 69 anni la percentuale delle cadute per inciampamento e sdruciolamento è circa il doppio che non da 20 a 49, le altre cadute (da scale stabili o gradini e da scale a pioli o impalcature), sono sostanzialmente intorno ad un qualche per cento in tutte le classi, senza che si evidenzino una relazione particolare con l'età.

Per valutare la frequenza con cui si presentano associati all'incidente i prodotti più diversi, si è adottata la codifica proposta dall'*Home Accident Surveillance System* (HASS) inglese. Solo nel 13,5% dei casi non era presente alcun prodotto. Sul totale dei casi, i prodotti più frequentemente riportati sono: utensili da cucina (che assorbono il 25,4%), seguiti da mobilia, liquidi e vapori bollenti, attrezzatura per il "fai da te", involucri e contenitori, strutture architettoniche della casa ed altri ancora.

L'analisi delle lesioni riportate fornisce ulteriori informazioni su particolari rischi connessi con l'età. Le lesioni superficiali sono nel complesso abbastanza uniformi nelle diverse classi, con maggiore rilevanza delle lesioni superficiali agli arti inferiori nelle donne più anziane ed

una maggiore presenza delle lesioni agli arti superiori nelle classi più giovani. Una effettiva differenziazione può osservarsi nelle lesioni osteoarticolari (si ricordi che in questo caso si tratta di lesioni accertate, non sospette), dove possiamo osservare che per lesioni agli arti superiori abbiamo una proporzione più elevata nelle classi anziane rispetto alle classi più giovani, con un picco pari al 18,5% dei casi osservati nella classe 60-69 anni. Sostanzialmente analoghe appaiono, invece, le proporzioni relative alle lesioni agli arti inferiori. Per quanto riguarda le lesioni viscerali e cerebrali (certe o sospette), il quadro che si presenta è nettamente diverso da quello che si osserva nel caso degli incidenti stradali, evidenziandosi globalmente una minore gravità. Considerando lesioni particolari, perdite funzionali varie, amputazioni, ecc., vediamo che l'organo bersaglio appare essere l'occhio, le cui lesioni sono consistentemente presenti (intorno al 4,5%) in tutte le classi di età. Questo risultato indica che mediamente un caso su 20 di incidente delle casalinghe comporta una qualche lesione all'occhio, ovviamente di varia entità e natura, in gran parte dei casi per fortuna di lieve entità. Ancora più consistente appare la presenza di ustioni, riscontrabili in tutte le classi di età considerate, mediamente superiore al 10% sul totale dei casi. Dunque, in un caso su 10, se il soggetto è una casalinga, tra le lesioni è presente l'ustione. Si osservi, incidentalmente, come indicazioni di questo tipo forniscano un riferimento preciso per ulteriori studi di approfondimento, al fine di scoprire se per questi eventi sia possibile sviluppare azioni di prevenzione, e cioè evitare l'incidente, minimizzarne durante lo svolgimento i danni, impostare un programma educativo di primo soccorso che faciliti e non complichino il successivo intervento da parte del medico, come avviene talora in presenza di alcune "automedicazioni".

La prognosi in circa il 13% dei casi era pari a 4 o meno giorni; il 70% circa dei casi presentava prognosi inferiori a 10 giorni. Se consideriamo che un altro 20% dei casi aveva prognosi di durata tra 10 e 19 giorni e un 10% tra 20 e 39 giorni, risulta che solo una piccola minoranza di questi incidenti comportava una prognosi di 40 o più giorni. Solo in un caso la prognosi era riservata e nessun soggetto è giunto cadavere al Pronto Soccorso. Questi risultati potrebbero portarci a non considerare degno di attenzione il fenomeno che stiamo studiando; tuttavia, in termini di prevenzione, questo sarebbe un errore, perché, se è pur vero che il quadro che emerge è certamente meno grave di quello associato agli incidenti stradali, è altrettanto vero che abbiamo a che fare in questo gruppo a rischio con un terzo dei casi che pervengono al Pronto Soccorso per incidente domestico nel senso lato del termine. Non dobbiamo, dunque, farci fuorviare da una situazione apparentemente tranquilla, quanto ragionare in termini di rischio attribuibile. In questo ordine di idee possiamo concludere che i casi di incidente alla donna durante lo svolgimento di lavoro in casa sono di limitata gravità, ma sono certamente moltissimi e quindi anche azioni di relativo impatto su questi eventi potrebbero portare ad un risparmio molto sostanziale, limitando peraltro il numero di accessi al Pronto Soccorso.

Il trattamento medico effettuato in ambito di Pronto Soccorso è in circa il 70% dei casi una medicazione; in circa il 30% è stata suturata una ferita; il 2,3% dei casi è stato immobilizzato (si osservi che qui esiste un gradiente in funzione dell'età: 0,9% tra 20-29 anni, 1,2%, 2,8% e 2,9% nelle classi successive, sino al 3,2% nella classe 60-69 anni). L'intervento chirurgico appare limitato alle classi più anziane: 0,5% tra 50-59 anni (quindi, un caso su 200), 1,0% (quindi circa un caso su 100) tra 60-69 anni. Molto frequente risulta la profilassi antitetanica.

La gran parte dei casi, circa il 90%, non vengono ospedalizzati. Quanto si osserva, tuttavia, ha un gradiente con l'età: abbiamo mediamente il 90% dei non ospedalizzati sino a 59 anni, mentre nella classe 60-69 scendiamo all'84,4%, il che sta a testimoniare come eventi simili portino a conseguenze diverse a seconda dell'età del soggetto, cosa ben nota, ad esempio, nel settore degli incidenti stradali, dove a parità di lesioni la gravità dell'evento è strettamente connessa all'età dell'infortunato. Questi stessi dati possono essere visti anche in termini di quota

di ospedalizzazione che globalmente risulta circa del 10%: si passa dall'8% nella classe 20-39 anni al 10% nella classe 40-59 anni, per salire fino al 16% nella classe 60-69 anni.

La gran parte dei soggetti viene ricoverata in ortopedia, un'altra buona parte in oculistica, una ulteriore quota in chirurgia, e in dermatologia per quegli eventi cui conseguono irritazioni od ustioni. Riferendo le percentuali ai soli soggetti ospedalizzati possiamo dire che dal 60 all'80% i pazienti sono avviati in ortopedia, dove è massima la proporzione di soggetti al di sopra dei 50 anni (77,3% nella classe 50-59 anni, 83,9% nella classe 60-69 anni). I problemi di natura oculistica sono, in proporzione, invece più importanti nelle età più giovani.

I dati qui riportati rappresentano un resoconto sintetico di quanto a suo tempo prodotto nell'ambito della linea "sorveglianza" del SISI per il gruppo a rischio "casalinghe". Uno studio affidabile dei fattori di rischio può essere fornito soltanto da studi epidemiologici analitici (ad esempio, studi di tipo caso-controllo) e questo sottolinea ancora una volta l'importanza di disporre di un sistema permanente di sorveglianza degli incidenti in casa, come quello recentemente istituito dalla Legge 493/1999 sulla sicurezza domestica, in quanto solo su questa base può essere avviato un insieme articolato di studi sui fattori di rischio, promosso uno spettro di azioni di controllo del fenomeno e valutato il reale impatto delle azioni di prevenzione stesse, quantificandone, oltre alle conseguenze di interesse sanitario, anche quelle più specificamente economiche.

Alla luce di tutto questo, fermo restando il primario interesse sanitario del fenomeno di cui abbiamo discusso, mi auspico che il progredire delle conoscenze in questo settore sia utile (ed utilizzato) anche in un quadro più ampio di discussione dei problemi della donna (e dell'uomo), per uno sviluppo sociale più armonico e collaborativo.

Ringraziamenti

Gianni Fondi ha collaborato in vario modo alla realizzazione della presente memoria. L'Autore desidera anche ringraziare il Comitato per le Pari Opportunità dell'Istituto Superiore di Sanità per avergli fornito l'occasione di parlare dell'attività del Gruppo TIV nel contesto generale degli attuali problemi sociali.

Bibliografia di riferimento

Donna e Salute: Le Scienze; 1999 (Dossier n.2).

de Beauvoir S. *Il secondo sesso*. Milano: Saggiatore; 1961.

Diogene Laerzio. *Vite dei filosofi*. Milano: TEA; 1993.

Hoffman P. *L'uomo che amava solo i numeri: la storia di Paul Erdos*. Milano: Mondadori; 1999.

Simon Singh. *L'ultimo teorema di Fermat*. Milano: BUR; 1997.

Taggi F. Studio italiano sugli incidenti. Il rapporto al Ministro della Sanità. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 1993.

Taggi F. Studio Italiano sugli incidenti. Il rapporto al Ministro della Sanità. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 1995.

Taggi F, Fondi G. Epidemiologia degli incidenti domestici in Italia: risultati preliminari del progetto SISI. *Prof San Pubb Med Prat* 1993;2:28-42.

Vandenberg P. *Nefertiti*. Varese: Sugarco Edizioni; 1975.

*La riproduzione parziale o totale dei Rapporti e Congressi ISTISAN
deve essere preventivamente autorizzata.*

*Stampato da Ditta Grafiche Chicca & C. snc
Via di Villa Braschi 143, 00019 Tivoli (Roma)*

Roma, settembre 2003 (n. 3) 11° Suppl.