

Quaderni

della 

Periodico della Società Italiana di Farmacologia - fondata nel 1939 - ANNO III n. 13 - marzo 2008

Riconosciuto con D.M. del MURST del 02/01/1996 - Iscritta Prefettura di Milano n. 467 pag. 722 vol. 2°

Il giornale

Flavia Franconi

Nel numero della rivista di marzo si è voluto affrontare un tema un po' particolare come la salute di genere, un tema che rientra nelle priorità dell'OMS.

Il concetto di genere nasce dalla sociologia e, solo più recentemente, è entrato nel linguaggio dei biologi. Per questo, il giornale apre con un articolo della Prof. Biancheri dell'Università di Pisa che, dopo una parte generale, si dedica a precisare la definizione di "genere" ed illustrarne le sue complesse valenze sulla salute. L'equità di genere, di cui tanto si discute, ci ha spinto ad indagare sulla nostra Società sia in termini d'iscritti che in termini di rappresentanza nel Consiglio Direttivo. Inoltre, tali dati sono stati confrontati con quelli della Società italiana di Tossicologia (SITOX) e della Società Italiana di Chemioterapia

(SIC). Infine, per quanto riguarda gli iscritti, ci siamo confrontati anche con altre società internazionali e, per qualche aspetto, i risultati sono stati sorprendenti. È stato affrontato poi un tema un po' inusuale, ma certamente di grande rilevanza, come il complesso rapporto delle donne con il cibo sia come dispensatrici che in termini di malnutrizione (Prof. S. Hrelia). Il giornale poi prosegue con due argomenti più congeniali a noi farmacologi: l'esposizione agli xenobiotici in gravidanza, dettagliatamente affrontato dal Prof. Cuomo e dalla Dott. Trabace, ed alcune delle tematiche di genere relative alle tossicodipendenze (Prof. Masini e Dott. Occupati). Non mi rimane che ringraziare i lettori per l'attenzione che sempre ci hanno dimostrato ed augurare una buona lettura.

Il giornale	1
<i>F. Franconi</i>	
Il genere e la salute	1
<i>R. Biancheri</i>	
Xenobiotici in utero e sviluppo	13
<i>L. Trabace, V. Cuomo</i>	
Genere e tossicodipendenze: non solo alcol	15
<i>E. Masini, B. Occupati</i>	
L'altra metà del cielo ed il cibo	18
<i>S. Hrelia</i>	
SIF e Genere	20
<i>F. Franconi, I. Ceserani, M.E. Scamoni</i>	
Un'iniziativa del Prof. Cantelli "Donna, Società e Università"	23
<i>G. Cantelli Forti</i>	

Il genere e la salute

Rita Biancheri

1. Dall'approccio biomedico alla sociologia della salute

Come è noto, la salute era stata concepita dal paradigma biomedico come assenza di malattia ed è rimasta confinata a lungo

all'interno della medicina, in quanto il riferimento interpretativo principale era la sfera organica. Questa egemonia ha escluso la valutazione di elementi "esterni", come fattori concorrenti alla creazione di uno stato

patologico, facendo prevalere una tesi esclusivamente biologica e, quindi, un approccio riduzionista e medico-centrico. Infatti, nelle società occidentali il termine salute, negli ultimi due secoli, ha riguardato prevalentemente

mente lo stato fisico del corpo, riflettendo il dualismo dell'epoca moderna tra mente/corpo, idealismo/materialismo, natura/cultura. Soltanto con i primi studi di medicina sociale - riguardanti la diffusione di malattie infettive, favorite dalle precarie condizioni abitative, lavorative e igieniche in cui viveva la popolazione durante la rivoluzione industriale - si inizia a prendere in considerazione la malattia come il risultato dell'interazione tra fattori interni ed ambientali. Infatti, come documenta anche Engels, le prime fasi dell'industrializzazione e urbanizzazione furono accompagnate da una scarsa igiene per cui all'inizio del secolo il rischio di morte nelle città era superiore del 25% rispetto alle campagne, successivamente questa disparità fu ridotta notevolmente. Ne consegue che le aspettative di vita crescano in modo significativo passando dai 35-37 anni del XVIII secolo, ai 54 anni del secolo successivo. La scoperta di Pasteur sull'origine microbica delle malattie infettive e lo sviluppo della sterilizzazione del latte portarono anche notevoli miglioramenti delle possibilità di sopravvivenza dei bambini. Assieme a questa importante conquista, inizia a farsi strada l'idea che i pericoli per la salute non derivino solo da germi e batteri che colpiscono il corpo, ma anche dai comportamenti degli individui e dai fattori socio economici. La diffusione della medicina sociale, la capacità di alcuni medici di sensibilizzare anche gli uomini di Stato, portarono al superamento del concetto di povertà meritevole e non, quest'ultima vista come disordine morale a partire dalle madri non sposate. Si iniziò, con la politica della sanità fisica delle madri, ad attuare programmi di assistenza sociale e di protezione dell'infanzia. Si diffusero la puericultura, i sussidi e gli aiuti anche alle ragazze madri contro il parere

della Chiesa che vedeva in essi un premio all'immoralità (Barbagli & Kertzer, 2003). Durante tutto l'Ottocento diventa rilevante il contributo di altri studiosi quali Robert Koch, Claude Bernard e Rudolf Virchow che imprimono una vera e propria svolta nella direzione dell'immunologia. Gli esperimenti fatti in laboratorio e l'identificazione di importanti agenti patogeni sostengono la convinzione che ad ogni malattia si possa associare una causa precisa. In questa direzione, però, si tendono a privilegiare le cause di tipo biologico e a sottovalutare le condizioni ambientali.

Come ha sottolineato Foucault, la medicina moderna ha fissato la sua data di nascita alla fine del XVIII secolo descrivendo quello che in precedenza "era rimasto al di sotto della soglia del visibile e dell'enunciabile; non che si siano rimessi a percepire dopo aver troppo a lungo speculato, o ad ascoltare le ragioni più che l'immaginazione; in realtà il rapporto tra il visibile e l'invisibile, necessario ad ogni sapere concreto, ha cambiato struttura e ha fatto apparire sotto lo sguardo e nel linguaggio ciò che era al di qua e al di là del dominio. Una nuova alleanza s'è stretta tra le parole e le cose, che ha fatto vedere e dire, talora in un discorso così effettivamente "ingenuo" che pare situarsi ad un livello più arcaico di razionalità, come se si trattasse di un ritorno ad uno sguardo infine mattutino."

Per la medicina moderna, dunque, "vedere" non deve essere più inteso come in Cartesio "percepire", ma "consiste nel lasciare all'esperienza la più grande opacità corporea; il solido, l'oscuro, la densità delle cose rinchiuso in loro stesse hanno poteri di verità che non traggono dalla luce, ma dalla lentezza dello sguardo che le percorre, le contorna e le penetra a poco a poco, non portando a loro mai altro che la loro chiarezza. La permanenza della

verità nel nucleo cupo delle cose è paradossalmente legata a questo potere sovrano dello sguardo empirico che mette in luce la loro notte".

Il discorso razionale si fonda meno sulla geometria della luce che sullo spessore insistente, insuperabile dell'oggetto: nella sua presenza, oscura ma preliminare ad ogni sapere, si manifestano la fonte, il dominio e il limite dell'esperienza. (Foucault 1969, pp. 6-8).

Scriva Fontana: "La prima incrinatura nella medicina settecentesca delle classi, costruita sul modello della botanica, con divisione delle malattie in famiglie, generi, specie. Non percorsa da alcuna temporalità (il tipico individuale viene sempre ricondotto all'essenziale astratto) è prodotta dalle malattie epidemiche". I nuovi progetti si fondano così su una pedagogia che intende affermarsi sulla rovina delle vetuste strutture ospedaliere, ripudia il sapere ossificato delle università e affida tutti i suoi poteri allo sguardo e alla pratica. "Sapere, esperienza e probità" sono i tre criteri con cui, secondo Cabanis, si definirà il valore dei nuovi medici, il cui campo assistenziale è ora definitivamente circoscritto all'ospedale. Di pari passo, si modifica non tanto lo statuto delle malattie, quanto il modo per riconoscerle: sintomi e segni, in un nuovo spazio di visibilità, diventano i veri indici della malattia, e rimandano non più ad essenze nosografiche, ma a serie di eventi." (Fontana 1969, pp. XXVII-XXVIII).

Sostiene Parsones (1965, p. 438): "Tradizionalmente l'accento principale è stato posto sul "trattamento" o sulla "terapia", vale a dire sul trattamento dei casi che hanno già sviluppato uno stato patologico, e sul tentativo di restituirli alla salute o alla normalità. Più di recente l'accento è stato posto sempre di più sulla "medicina preventiva", vale a dire

sul controllo delle condizioni che producono la malattia.”

L'attenzione della medicina si sposta dalla cura alla prevenzione, interpretata sia come azione finalizzata alla rimozione delle cause ambientali che determinano le patologie, sia come movimento di educazione e responsabilizzazione degli individui affinché adottino comportamenti adeguati per mantenere o guadagnare un perfetto stato di salute (Buchi & Neresini 2003, p. 42). Se nelle società tradizionali era la famiglia che svolgeva tutti i compiti e provvedeva all'educazione e alla cura dei suoi membri, successivamente è con la nascita dell'ospedale e dell'affermarsi della medicina, come sapere scientificamente organizzato, che si è trasferita la tutela della salute e la prevenzione della malattia a centri deputati a svolgere questo importante ruolo.

Ecco come descrive Illich (1977, pp. 176-177) questo passaggio: “man mano che l'interesse del medico si spostava dal malato al male, l'ospedale diventava un museo della malattia”. I medici presero a frequentare gli ospedali per esercitarsi a scoprire, nel guazzabuglio dei pazienti, più “casi” della medesima malattia, acquisivano “la visione del capezzale, l'occhio clinico”. Durante i primi decenni dell'800, l'atteggiamento medico verso l'ospedale passò per una nuova fase. Fino allora la preparazione dei medici avveniva soprattutto a mezzo di lezioni cattedratiche, dimostrazioni e discussioni; ora il “capezzale” diventa la clinica, il luogo dove i futuri dottori venivano addestrati a osservare e riconoscere le malattie. L'approccio clinico dette origine a un nuovo linguaggio che parlava di malattie in presenza dell'oggetto e ad un ospedale riorganizzato e suddiviso secondo le malattie per meglio mostrarle agli studenti. Dopo essere stato un luogo per esercitazioni diagnostiche, l'o-

spedale si tramutò così in un istituto didattico. Presto sarebbe diventato un laboratorio per la sperimentazione di cure e, al volgere del secolo, una sede di trattamento terapeutico.

La scienza medica è, infatti, una delle maggiori espressioni delle profonde trasformazioni che hanno caratterizzato le società occidentali fra il XVIII e il XIX secolo anche se, come molti Autori sostengono, non è difficile rintracciare nelle diverse pratiche un importante intreccio di conoscenze, che anche se appaiono come un'unica corda, in realtà sono il risultato di stratificazioni e non si tratta di semplici residui marginali rispetto a un corpus consolidato e coerente: “Così la nostra medicina, insieme a ciò che chiamiamo salute e malattia, si trova continuamente a fare i conti con tradizioni, saperi e significati di cui abbiamo magari smarrito la memoria, ma che per questo non sono meno decisivi nell'orientare scelte, nell'attivare comportamenti e sollecitare aspettative” (Buchi & Neresini, 2003 p. 22).

Alla fine del XIX secolo prevale decisamente un orientamento positivista che vede la malattia come un'alterazione organica che interviene sulla normale fisiologia alterandola e i sintomi sono i principali segnali. Il modello adottato è quello dell'osservazione e sulle basi dei principi della fisica viene costruito l'approccio biomedico basato sulla separazione cartesiana tra mente e corpo, sul dualismo soggetto/oggetto, sull'utilizzo del metodo analitico e quantitativo con una spiegazione prevalentemente monocausale “che unisce ciascuna manifestazione patologica a specifiche lesioni organiche.” (Buchi & Neresini, 2003 p. 29). La nascita della clinica si rivela, infatti, anche nella trasformazione della domanda, fatta dai medici ai loro pazienti, da “Che cosa ha” a “Dove ha male”,

in quanto i sintomi acquistano significato per la comprensione della malattia. Un altro elemento rilevante è lo spazio dato alla conoscenza individuale rispetto alle forme e alle descrizioni omologanti.

Al cambiamento della considerazione della malattia corrisponde una diversa concezione della funzione dell'ospedale che diventa sempre di più lo spazio dedicato allo studio della malattia e alla sperimentazione diagnostica e terapeutica. Prima l'istituzione ospedaliera, che sorge a partire dal VI secolo, era gestita prevalentemente da religiosi che svolgevano principalmente funzioni caritatevoli e di soccorso per gli indigenti, ma anche a proteggere dal contagio e dal pericolo che potevano rappresentare queste popolazioni miserabili e stigmatizzate. Come ha ben evidenziato Foucault l'ospedale garantirà una funzione di asilo e di controllo della devianza, per cui, come molti Autori hanno sostenuto, esso è un luogo artificiale dove la malattia trapiantata rischia di perdere il suo volto essenziale e, alterandone la natura, si può renderla più difficilmente leggibile.

Infatti, per alcuni Autori come Dupont de Nemours, che scriveva alla fine del XVIII secolo, “il luogo naturale della malattia è il luogo naturale della vita”, ovvero la famiglia, dolcezza delle cure spontanee, testimonianza d'affetto, desiderio comune di guarigione, tutto concorre ad aiutare la natura contro il male - e non l'ospedale inteso come spazializzazione istituzionale della malattia. Invece, negli ospedali si pratica una spersonalizzazione del paziente, la riduzione del malato alla sua malattia e, dunque, alla sua lesione organica a cui viene ricondotta.

Anche Illich (1977 p. 49) sostiene che il monopolio medico agisce quando “la cura della salute si tramuta in un articolo standar-

dizzato, un prodotto industriale; quando ogni sofferenza viene "ospitalizzata" e le case diventano inospitali per le nascite, le malattie e le morti, quando la lingua in cui la gente potrebbe far esperienza del proprio corpo diventa gergo burocratico; o quando il soffrire, il piangere e il guarire al di fuori del ruolo del paziente sono classificati come una forma di devianza."

Per questo Autore il concetto di salute è l'intensità con cui gli individui riescono a tener testa ai loro stati interni e alle condizioni ambientali. "Di conseguenza, la salute tocca i suoi livelli ottimali là dove l'ambiente genera capacità personale di far fronte alla vita in modo autonomo e responsabile. Il livello della salute non può che calare quando la sopravvivenza viene a dipendere oltre una certa misura dalla regolazione eteronoma (cioè diretta dagli altri) dell'omeostasi dell'organismo." (Illich, 1977 p. 13).

La pratica medica non può, dunque, essere ridotta esclusivamente alla scientificizzazione in quanto permane comunque un aspetto simbolico/espressivo. Infatti, come ammette anche Parsons, la considerazione della malattia come problema di scienza applicata deve essere ritenuta problematica.

1.1. La costruzione sociale della salute

A partire dagli anni Cinquanta la sociologia della salute trova una sua legittimazione come settore di ricerca indipendente dall'approccio bio-medico e un ampio consenso all'interno della sociologia da parte di molte scuole di pensiero.

In precedenza l'attenzione verso i temi della malattia era stata molto debole in quanto la disciplina risentiva dell'eredità di Durkheim che considerava la malattia come dovuta alla con-

tingenza e al caso, da questo derivava un approccio biologistico a prevalenza del settore medico.

Scrivono Carricaburu e Ménoret (2007 p. 8): "Significa rinunciare a un'analisi sociologica che costruisce il proprio oggetto di studio precisamente affrancandosi dalle definizioni dei professionisti della salute. Gli sforzi di più generazioni di sociologi per fondare la loro disciplina come scienza hanno privato i loro studenti, fino agli anni Ottanta, di conoscenze sociologiche sostanziali e abbandonato la malattia e la salute a una letteratura il più delle volte individualizzante, se non psicologizzante, senza assolutamente tentare di mettere in discussione l'egemonia del modello medico."

Dobbiamo dunque chiederci se è utile, sul piano conoscitivo, un approccio sociologico alla salute, poiché nell'ultimo decennio i corsi di medicina e quelli delle professioni mediche hanno visto arricchirsi il loro percorso formativo di discipline appartenenti a statuti epistemologici "diversi". Come deve avvenire questa integrazione?

Prima di tutto prendiamo la definizione di salute che dà l'OMS come "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale" e inoltre, per dare una risposta a questi interrogativi, è opportuno riferirsi alla Carta di Ottawa che è stata emanata in occasione della 1° Conferenza Internazionale sulla promozione della salute nell'ottobre del 1986. In questo documento ancora valido nelle sue principali enunciazioni si legge: "la promozione della salute è il processo che mette in grado le persone di aumentare il controllo sulla propria salute e di migliorarla. Per raggiungere uno stato di pieno benessere fisico, mentale e sociale, un individuo o un gruppo deve essere capace di identificare e realizzare le proprie aspirazio-

ni, di soddisfare i propri bisogni, di cambiare l'ambiente circostante e di farvi fronte." È dunque evidente che una simile definizione di salute non può trascurare non solo gli aspetti psicologici individuali, ma anche l'interazione del singolo con la società nei suoi differenti livelli e aspetti: dal lavoro alla famiglia, dal tempo libero agli stili di vita. Sempre nello stesso documento si legge che la salute è un concetto positivo che valorizza le risorse personali e sociali, come pure le capacità fisiche, ed i suoi prerequisiti sono la pace, l'abitazione, l'istruzione, il cibo, un reddito, un ecosistema stabile, le risorse sostenibili, la giustizia sociale e l'equità. Fattori politici, economico-sociali, culturali, ambientali, comportamentali e biologici possono favorire la salute, ma possono anche danneggiarla. L'azione di promozione della salute punta a rendere favorevoli queste condizioni tramite il sostegno alla causa della salute. Tra gli auspici, inoltre, si focalizza l'obiettivo sull'equità nella salute come diritto di cittadinanza e si sostiene che le persone non possono raggiungere il loro pieno potenziale di salute se non sono capaci di controllare quei fattori che determinano la loro salute. Ciò va applicato in egual misura agli uomini ed alle donne. Tenendo dunque in considerazione queste valutazioni, risulta chiaro che un sistema di welfare che si avvale esclusivamente dell'assistenza sanitaria non può corrispondere a questi obiettivi di promozione della salute, ma è necessario un approccio socio-ecologico che tenga conto delle diverse variabili che contribuiscono a determinare lo stato di benessere. In questo la comunità con le sue risorse umane, con la rete di solidarietà formale e informale, con le sue capacità di controllo assume un valore rilevante. Ad essa sono demandate le principali

azioni di definire le priorità, assumere le decisioni, pianificare e realizzare le strategie che consentano di raggiungere un miglior livello di salute. Anche l'informazione, la comunicazione, la formazione e i processi educativi assumono un ruolo rilevante per migliorare le conoscenze individuali e le abilità necessarie per la vita quotidiana ed esercitare un maggior controllo sulla propria salute e sui propri ambienti.

Infine, per riprogrammare i servizi sanitari, si deve ricalibrare la loro attenzione sui bisogni complessivi dell'individuo visto nella sua interezza. Si devono quindi garantire non solo i servizi clinici e curativi, ma adottare un mandato più ampio che sia sensibile e rispettoso dei bisogni culturali. Infine si sostiene: le persone che sono coinvolte dovrebbero assumere come principio guida che, in ciascuna fase della progettazione, realizzazione e valutazione delle attività di promozione della salute, gli uomini e le donne dovrebbero diventare partners alla pari.

Tale approccio allarga il concetto di salute includendo alcune delle principali critiche che erano state mosse all'approccio dominante della professione medica che avevano espropriato l'individuo del senso del proprio corpo e della salute. Scriveva Illich (1977 p. 143) a questo proposito: "Tutte le culture tradizionali derivano la loro funzione igienica da questa capacità di dotare l'individuo dei mezzi che gli permettono di tollerare il dolore, di comprendere l'infermità o la menomazione, e di dare un senso all'ombra incombente della morte. La cura della salute, in tali culture, è sempre un programma di regole per mangiare, bere, lavorare, respirare, far l'amore, far politica, far ginnastica, cantare, sognare, far la guerra, soffrire."

Dalla costruzione sociale della malattia dipende anche il signifi-

cato diverso che ha l'ammalarsi a seconda delle culture di appartenenza; non ci si ammala tutti allo stesso modo in quanto diversi contesti di significato influenzano la percezione di ciò che si considera malattia ed inoltre alcune patologie diventano visibili quando sono identificate come tali. Ad esempio negli anziani la condizione di malato o meno dipende anche da fattori quali l'essere attivi, autonomi e l'averne un maggiore sostegno sociale. Dunque, uno stato soggettivo che non può essere misurato, quantificato o descritto, ma "compreso" attraverso la considerazione delle singole individualità e delle specificità legate alle storie di vita di ciascun attore sociale. A questo proposito sono rilevanti le esperienze che molti medici hanno avuto con un modo differente di porsi di fronte al cancro da parte di alcuni pazienti da cui sono emerse caratteristiche soggettive: forte senso di autonomia, rapporti profondi e significativi, esperienza intensa del proprio corpo, una scelta profonda di vivere.

Questa prospettiva introduce, di conseguenza, una duplice lettura: quella soggettiva, cioè una rappresentazione cognitiva auto-percepita e autovalutata, e quella oggettiva esterna della malattia come non integrità organica. È su tali assunti che solo di recente si sono introdotte più variabili nel concetto di salute, che non può esaurirsi esclusivamente nell'assenza di malattia, e quindi il termine stesso ha acquisito una pluralità di significati che ne rendono difficile la definizione stessa. Nella valutazione delle condizioni di salute è, pertanto, necessario tener presente anche i fattori interpretativi di tipo soggettivo da cui deriva un cambiamento di ruolo del soggetto in quanto da oggetto passivo di cure mediche diventa attivo nella costruzione del proprio benessere. Nell'approccio scientifico/positivista tale

aspetto non può trovare ascolto accentuando così i limiti della pratica medica, evidenziati anche dall'aumento di persone che si rivolgono a medicine cosiddette alternative. Oggi, infatti, ci troviamo di fronte ad una scienza medica che è progredita proprio grazie all'oggettività che però entra in contatto con "realtà altre" e quindi deve rivedere i propri modelli epistemologici. Per spiegare l'attuale situazione si può ricorrere a quanto sostenuto da Prigogine e Stengers: "forse il sommarsi delle nostre intuizioni sul mondo circostante e sul mondo interiore è una delle caratteristiche più convincenti della recente evoluzione scientifica". Cioè una nuova alleanza tra mente e natura che superi il precedente dualismo. Sulla concezione di salute in termini oggettivi e operativi si è andato costruendo "un apparato specializzato di sanitarizzazione, dominato dall'organizzazione e dalla scienza medica, a cui si è aggiunto, nel novecento, un più leggero e frammentato, ma sempre più ampio insieme di istituzioni e pratiche psicoterapeutiche." (Ingrosso, 1994 p. 9). Alcuni Autori sottolineano che "un tempo delle cure" è sempre esistito, ma era svolto prevalentemente all'interno della famiglia ed erano le donne ad occuparsene; solo in seguito allo spostamento nel pubblico delle pratiche riguardanti la salute e alla professionalizzazione dell'intervento sanitario il sistema è diventato maschile e gerarchizzato (medici e infermieri; ginecologi e ostetriche etc.). Nel documento del III Simposio dell'International Network for a Science of Health svoltosi a Salsomaggiore (Parma) si legge: "la salute e la qualità della vita sono frutto del concorso di responsabilità individuale, dell'azione collettiva e delle politiche pubbliche" ed è quindi necessario favorire stili di vita più sani: attraverso il miglioramento delle

competenze personali, lo sviluppo di ambienti favorevoli alla salute e il miglioramento dei servizi sociosanitari. Tra i punti più significativi ricordiamo sinteticamente che:

- nella società contemporanea si esprimono una pluralità di modi di concepire e praticare la salute;
- essi trovano scarsa rispondenza nelle organizzazioni delle istituzioni sanitarie e nelle modalità di rapporto prevalenti tra professionisti e utenti;
- la costruzione della salute è frutto di un insieme di azioni e interventi che si coordinano attraverso lo stabilirsi di relazioni sociali adeguate;
- in molti campi scientifici e disciplinari è in atto una revisione delle tradizionali contrapposizioni tra salute e malattia, corpo e mente, medico e paziente, individuo e società, a favore di una visione complementare, relazionale e processuale delle differenze;
- il personale sanitario e sociale occupa un ruolo strategico per il miglioramento della qualità della vita;
- le competenze delle comunità locali, che si esprimono attraverso il Terzo settore, costituiscono una risorsa indispensabile nell'ottica di una costruzione sociale della salute, soprattutto se il loro coinvolgimento non si limita all'erogazione di servizi e all'assistenza ma sono coinvolti nel ruolo di progettazione, educazione e promozione.

Inoltre, su questa prospettiva sono stati individuate delle possibili linee strategiche: riorientamento dei sistemi sanitari nella prospettiva di uno scenario eco-

logico della salute; attenzione alla relazionalità e alle interazioni significative fra gli individui e ai processi di comunicazione (non si devono tenere in considerazione solo criteri economici, ma bisogna far sì che l'equità sia mantenuta al centro delle politiche sociali e sanitarie); introdurre negli ordinamenti didattici universitari corsi che tematizzano la salute come questione centrale e sviluppino anche metodi non solo quantitativi ma anche qualitativi di ricerca; sviluppare processi di autoriflessione nei professionisti socio-sanitari; supportare da parte degli Enti locali la formazione nelle organizzazioni di terzo settore. Gli approcci interdisciplinari hanno aggiunto conoscenze che si sono intrecciate proficuamente, una sorta di contaminazione dei saperi, che superano gli steccati tra scienze della natura e scienze della cultura, ma hanno migliorato non solo la rappresentazione che si fa della salute ma anche gli interventi di progettazione e pratica della sua "produzione". È necessaria, quindi, una revisione ed un cambiamento significativo nei modi di pensare e praticare la salute strettamente unito all'importanza di introdurre questi indicatori, come il genere, nei percorsi di ricerca, nell'analisi e nell'applicazione dei risultati. In altri termini la salute individuale e collettiva è la risultante non solo della qualità delle prestazioni sanitarie erogate, ma di un complesso di fattori sociali che riguardano le istituzioni, le politiche, la sfera relazionale oltre alla dimensione economica ed ambientale. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha assunto questo punto di vista, di una ecologia della salute, dove i processi di costruzione sociale trovano uno spazio e una considerazione più adeguata. La sociologia della salute assume dunque un suo specifico rilievo, identificando un proprio oggetto di studio, in

quanto chiamata a rispondere non solo sul piano organizzativo delle strutture sanitarie e del bisogno di servizi, ma anche degli aspetti soggettivi, dei bisogni sociali, delle condizioni di vita come determinanti di salute. Prima l'approccio analitico centrato sulla sanità si caratterizzava per elevato grado di strutturazione dei luoghi sociali deputati alla cura, definizione rigida delle figure professionali e delle loro mansioni, enfaticizzazione dell'oggettività della malattia, separazione delle istituzioni terapeutiche, standardizzazione delle prestazioni, universalismo scientifico delle competenze specifiche, primato dell'intervento con finalità terapeutiche, comportando, di conseguenza, funzionalizzazione del paziente alle logiche istituzionali e difficoltà organizzativa ad identificare momenti e modalità di cura al di fuori del ricovero.

L'approvazione della Riforma sanitaria nel 1978, legge n° 833, implica, in seguito all'affermarsi di una nuova concezione di salute, un "riorientamento" dei servizi sanitari non soltanto in termini organizzativi. Infatti, la componente autoperceptiva del proprio stato di benessere, il significato individuale attribuito ai bisogni, come vengono espressi ed il modo di fruizione dei servizi diventano elementi essenziali. Ne deriva l'approccio centrato sulla salute che mette al centro il soggetto, le interazioni fra i singoli e la collettività, la rete informale della famiglia, la comunità, considerando così il cittadino non solo riduttivamente come utente dei servizi, ma come persona. Si ha così la rimozione delle barriere tra complesso sanitario e soggettività, attraverso un passaggio dalla terapia alla prevenzione, una personalizzazione crescente delle relazioni terapeutiche, l'esigenza di una maggiore flessibilità delle strutture e dei servizi ed una maggiore articola-

zione territoriale aperta alla partecipazione.

La letteratura più recente in questo settore, al fine di rendere effettive queste indicazioni, amplia le funzioni delle politiche sociali e degli elementi di integrazione - non solo tra discipline ma anche sul piano operativo e della programmazione dei servizi - che devono assumere un ruolo rilevante non solo in termini di contenimento dei processi degenerativi, ma soprattutto come riferimenti per una costruzione in positivo dei processi di inclusione e qualità della vita diffusa (Ingrosso, 2006).

“È chiaro che i corpi sono influenzati dai processi sociali: la salute, lo sviluppo dei bambini, lo sport forniscono prove in abbondanza di questo fatto. Il modo in cui il nostro corpo cresce e funziona dipende dalla distribuzione del cibo, dalle abitudini sessuali, dalle guerre, dal lavoro, dal livello di urbanizzazione, dall'istruzione e dalla medicina, per nominare solo alcuni dei più ovvi fattori di influenza.” (Connell, 2006).

2. Il genere nella salute

L'accesso alle cure presenta ancora delle diseguaglianze relative non solo alle conoscenze più o meno efficaci del sistema sanitario, per cui l'accesso per le classi più povere avviene in maniera differenziata, “ma anche rispetto al livello socio-economico, all'istruzione e al genere”, fattori che condizionano anche la valutazione del sintomo che avviene con maggiore ritardo, essendo troppo spesso questi elementi esclusi dalla valutazione del quadro clinico. Come abbiamo riassunto nei paragrafi precedenti, la professione medica è stata fortemente valorizzata, definita per il suo universalismo e oggettività scientifica, ma esistono altri elementi e valori che bisogna ripensare, in maniera critica, per resti-

tuire agli utenti una diversa visibilità. Infatti, molti fattori concorrono a definire lo “stato” di salute, dalle politiche ai programmi, dall'industria farmaceutica all'organizzazione sanitaria, ma anche i ruoli e le condizioni sociali in cui l'attore opera, il suo quotidiano, le asimmetrie di potere, l'autostima e lo stato psicologico. Risulta, inoltre, a tal fine importante capire quali sono le rappresentazioni sociali della malattia, ovvero l'insieme di idee, le classificazioni, le convenzioni, le immagini che orientano in modo inconsapevole il nostro pensiero e le nostre azioni. Fra questi sicuramente il genere è una dimensione cruciale “della vita personale, delle relazioni sociali e della cultura: una dimensione in cui siamo chiamati ad affrontare, quotidianamente, questioni molto complesse che riguardano l'identità, la giustizia sociale e persino la nostra stessa sopravvivenza.” (Connell, 2006). Moscovici (1984) sostiene che “nessuna mente è libera dagli effetti del condizionamento che viene imposto attraverso le rappresentazioni, il linguaggio, la cultura che le sono proprie. Noi pensiamo per mezzo di una lingua, organizziamo i nostri pensieri in base ad un sistema che è condizionato sia dalle nostre rappresentazioni che dalla nostra cultura e vediamo solo quello che le convenzioni sottostanti ci permettono di vedere, senza essere consapevoli di tali convenzioni”. Anche Illich (1977) sostiene che il monopolio medico agisce quando “la cura della salute si tramuta in un articolo standardizzato, un prodotto industriale; quando ogni sofferenza viene “ospitalizzata” e le case diventano inospitali per le nascite, le malattie e le morti, quando la lingua in cui la gente potrebbe far esperienza del proprio corpo diventa gergo burocratico; o quando il soffrire, il piangere e il guarire al di fuori

del ruolo del paziente sono classificati come una forma di devianza.” La gestione eteronoma della vita, inevitabilmente, dapprima restringe, poi mutila e infine paralizza le reazioni importanti dell'organismo, e quella che voleva essere cura della salute si tramuta in una forma specifica di negazione della salute. In altri termini il corredo biologico è anch'esso plasmato socialmente dalle diverse pratiche e istituzioni. Ne deriva che occorre “una prospettiva trasversale rispetto ai confini convenzionali tra le discipline”. Il genere è d'altra parte un argomento molto vasto: per affrontarlo adeguatamente bisogna essere disposti a compiere un viaggio intellettuale e culturale al tempo stesso (Connell, 2006).

2.1. L'ottica di genere

Nella vita di tutti i giorni il genere è dato per scontato, come un elemento che fa parte dell'ordine naturale ma, invece, come affermò Simone de Beauvoir, “Donna non si nasce ma si diventa.” La prescrittività delle norme sociali sulle azioni individuali ha fatto considerare naturali e immutabili i ruoli biologici mentre questi sono costruiti socialmente. La differenza riproduttiva a cui è stata attribuita una notevole importanza ha, quindi, dato origine a quella sociale anche se, come ben ha evidenziato la Roberts, il biologico e il sociale si costruiscono mutuamente (Biancheri & Dell'Osso, 2007). Sesso e genere rappresentano le due dimensioni che caratterizzano le identità femminili e maschili; se la prima definisce i caratteri delle diverse funzioni riproduttive ed era considerata “data e storica”, la seconda riguarda la divisione dei ruoli costruiti socialmente, le differenze simboliche, un processo culturale in divenire che produce le diverse identità. Come ha sottolineato Bourdieu (1998), il

genere non può essere modificato semplicemente da un atto volontaristico, in quanto essere donna o essere uomo è determinato dai diversi contesti in cui le persone vivono quotidianamente, le identità sono sostenute e consolidate da molteplici aspetti, sia materiali che simbolici di cui le persone non possono facilmente spogliarsi senza perdere una parte fondamentale di se stesse. Il paradigma di genere è, infatti, diventato sempre più presente nell'analisi storica e sociale proprio per comprendere i caratteri culturali che determinano le differenze, gli squilibri di potere che sono poi sostenuti dalle istituzioni stesse e determinano le caratteristiche della famiglia, del mercato e dei sistemi di welfare. Tale categoria ha messo anche in evidenza come i due generi, le rispettive identità sono determinati dall'interazione, dai conflitti e dagli accomodamenti reciproci. Uno strumento, quindi, che ha aggiunto, per la comprensione dei processi, una chiave analitica importante in grado di esplicitare le differenze tra uomo e donna senza o appiattirle dietro una presunta neutralità della mascolinità o gerarchizzarle in funzione del prevalente dominio maschile. Gli studi di genere hanno, infatti, un carattere relazionale, prendono in considerazione sia gli uomini che le donne nei diversi ambiti sia della sfera privata (salute, famiglia, sentimenti, tempo libero) che pubblica (partecipazione al mercato del lavoro e alla politica). Ma se il concetto di genere è entrato ormai a far parte del patrimonio concettuale delle scienze umane, a partire dagli anni Settanta, altrettanto non è avvenuto nelle scienze mediche dove è stata da poco introdotta questa dimensione per comprendere la complessa interazione tra caratteristiche biologiche e sociali e come queste intervengano nella difforme incidenza, tra donne e uomini, di

alcune patologie e, più in generale, sulla promozione della salute. Come abbiamo evidenziato, il fatto che la cura sia stata strettamente legata ad un intervento di carattere esclusivamente medico, diversamente da quello che oggi si ritiene unanimemente condivisibile e cioè la sua componente sociale, ne ha ristretto la visione ad una presunta oggettività trascurando le differenze di genere, ma anche dei singoli vissuti che non possono essere indipendenti dalla cultura entro cui si concretizzano e dalle condizioni che li determinano. Infatti, se le determinanti genetiche danno origine ad alcune patologie specifiche della biologia femminile, altri elementi influenzano l'insorgenza di malattie che sono appunto riconducibili ai ruoli sociali, cioè ai compiti, agli obblighi ed alle aspettative che da questi derivano. Le statistiche sanitarie dimostrano come le diverse mansioni svolte nella sfera produttiva e negli ambiti della quotidianità del lavoro di cura producano conseguenze che incidono non solo sulle aspettative di vita, ma anche sulla qualità. Se la maggiore longevità delle donne è da attribuire anche alla minore incidenza di eventi traumatici, a comportamenti meno "a rischio", la più alta morbilità riflette condizioni di svantaggio e disagio nei corsi di vita favorendo, ad esempio, una più alta incidenza della depressione. Inoltre gli aspetti concreti delle discriminazioni si accentuano quando si sommano ad altri fattori: la dipendenza economica e psicologica, la mancanza di autonomia, il subordinare le scelte lavorative alle responsabilità familiari, i sensi di colpa, elementi che agiscono, assieme alle componenti genetiche, sull'insorgenza della malattia, sulla durata, sulla motivazione alla guarigione o sulla cronicità. A questo proposito si può far riferimento a Illich (1977) che,

nel suo testo "Nemesi medica. L'espropriazione della salute", sostiene che il concetto di salute è l'intensità con cui gli individui riescono a tener testa ai loro stati interni e alle condizioni ambientali: "Di conseguenza, la salute tocca i suoi livelli ottimali là dove l'ambiente genera capacità personale di far fronte alla vita in modo autonomo e responsabile. Il livello della salute non può che calare quando la sopravvivenza viene a dipendere oltre una certa misura dalla regolazione eteronoma (cioè diretta dagli altri) dell'omeostasi dell'organismo".

2.2. Differenze e disegualianze

Come è noto l'Italia è uno dei paesi più longevi del mondo e le donne sono la quota più rilevante, pari al 58,8% della popolazione con età superiore a 65 anni di età. Infatti, una prima importante differenza riguarda le speranze di vita alla nascita.

	Età media Anni '70	Età media Oggi
Donne	74,9	83,2
Uomini	69	77,6

Rilevante è notare però che il vantaggio per le donne è andato assottigliandosi nei paesi occidentali in conseguenza di una omogeneizzazione dei comportamenti e degli stili di vita che si sono registrati a partire dagli anni Settanta. Inoltre, i dati Istat mettono in evidenza che se si considera la speranza di vita in buona salute, il vantaggio delle donne è molto più contenuto e a volte si annulla quasi completamente. Sempre l'Istat nell'indagine multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" del 2006 ha rilevato che, per quanto riguarda lo stato di salute, il 73,1% della popolazione si attesta su un livello buono, con leggere oscillazioni territoriali a vantaggio delle regioni del sud; solo il 36,6%

degli italiani dichiara di avere una malattia cronica. Sono però gli uomini (50,3%) che si sentono più in salute, mentre le donne sono maggiormente affette da patologie. È indubbio però che fra i motivi della più lunga speranza di vita c'è la maggiore attenzione che le donne prestano al corpo, all'adozione di stili di vita più sani (tra cui rilevante la diversa attitudine al fumo) e di comportamenti preventivi per la propria salute. Il consumo di sostanze psicoattive presenta comportamenti diversi tra i due generi, pratiche distinte determinano queste differenze, in particolare nell'assunzione di droghe - definite 'pesanti' - che sono sicuramente più utilizzate dal sesso maschile. L'eziologia di questo fenomeno può derivare da più fattori, nessuno dei quali è però sufficiente a spiegarlo e, quindi, il consumo di queste sostanze non può essere fatto risalire ad una sola causa. In Italia ci sono differenze anche nelle zone geografiche e la diffusione dell'abitudine al fumo, ad esempio, continua ad essere fortemente differenziata con una preva-

differenze. Sempre dati Istat rilevano che i luoghi di culto sono frequentati di più dalle donne che vanno anche maggiormente al cinema e a teatro e si dedicano con percentuali più elevate alla lettura, privilegiando i romanzi e la poesia. Per quanto riguarda l'attività sportiva, le differenze si assottigliano, ma cambiano le motivazioni; infatti, le donne fanno sport per mantenersi in forma mentre gli uomini per divertimento e competizione. "Proprio perché la storia dello sport moderno è strettamente intrecciata ad una maschilità egemonica, forte, aggressiva, competitiva, ancora oggi le donne sono assai meno disposte degli uomini a spendere tempo e denaro per praticare un'attività fisica e, qualora lo facciano, tendono a preferire specialità non competitive che possono essere svolte con membri della famiglia, anziché attività competitive o sport di contatto che potrebbero farle apparire maschiline" (Passatelli, 2006). Uomini e donne hanno modalità di spesa e di consumo di prodotti e servizi distinti, come gli oggetti stessi che

ferenziati per sesso, che contribuiscono a sostenere un processo di socializzazione dicotomico e asimmetrico (Gilligan, 1987).

2.1.1. Salute e aspetto fisico

Nella nostra società è sempre più evidente la spinta ad una rinnovata attenzione alla cura del sé che ingloba la dimensione fisica e che sembra coincidere quasi esclusivamente con essa.

Il corpo invade la nostra esperienza quotidiana assumendo nuovi significati che diventano un tratto inedito della cultura contemporanea.

Lo prova il crescente ricorso alla chirurgia estetica per adeguare l'immagine di sé ai canoni della bellezza socialmente condivisa e l'importanza che viene assegnata alla bella presenza. Queste tecniche, sempre più diffuse, scolpiscono letteralmente nei corpi la forma prescritta dalla rappresentazione simbolica del genere. Inoltre, spesso si sovrappongono le informazioni sulla salute e quelle relative all'aspetto fisico che aggiunte alle dinamiche della società dei consumi e dell'immagine diventano un imperativo verso la bellezza e la forma fisica. In questa esplosione di modelli estetici sono soprattutto alle donne che si rivolgono i messaggi dedicati al benessere, alle diete con una esaltazione della magrezza. Questa pressione mediatica trova ampio spazio nella percezione del proprio corpo, determinando anche rischi per la salute.

Alcune indagini rilevano che a fronte di una media pari al 40,9% del campione che dichiara di piacersi così com'è, solo una 18-25enne su tre esprime la stessa soddisfazione. Non c'è dubbio che se si guarda l'offerta televisiva prevale un modello di identificazione principalmente rivolto alle più giovani e che risulta anche il più vulnerabile ai condizionamenti. Se le donne adulte

Soggetti Fumatori

	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud	Isole
Donne	17,2%	16,9%	19,4%	13,8%	15,4%
Uomini	28,9%	24,7%	29,2%	31,6%	30,2%

Soggetti bevitori di almeno una bevanda alcolica

	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud	Isole
Maschi	85,1	84,5	83,1	81,5	77,8
Femmine	59,9	63,8	58,5	52,7	46,7

Dati elaborazione Istat 2005.

lenza tra gli uomini adulti pari al 28% ed al 16,1% nelle donne. Si nota anche un calo più consistente per gli uomini (-18%) e minore per le donne (-1,9%). Nel 1983 i maschi fumatori erano il 46% e le donne il 18%.

Se guardiamo alla ripartizione geografica vediamo:

Anche nella gestione del tempo libero e della fruizione culturale donne e uomini presentano delle

acquistano. Se i primi rivolgono il loro interesse ai prodotti tecnologici, per le seconde fare shopping è un'attività ludica (Cavazza & Scalpellini, 2005). Se guardiamo ai consumi, non sono solo significative le statistiche, ma anche la semplice osservazione evidenzia quanto questi divergono fin dall'infanzia in modo sostanziale. Basti osservare i giochi per i bambini, fortemente dif-

Donne (%) che hanno seguito una dieta per perdere peso nell'ultimo anno, suddivise per fasce di età

	18-25	26-35	36-45	45-56	56-70
Sì, seguita da uno specialista	16,2	9,9	12,1	13,7	12,7
Sì, in modo autonomo	29,7	31,1	26,8	21,6	13,5
No	54,1	59,0	61,1	64,7	73,8

riconoscono che la prevalenza delle immagini offerte dai media non corrisponde alla normalità e quindi sono modelli artificiali, le più giovani sottolineano che comunque rappresentano un ideale di bellezza a cui vorrebbero assomigliare. Un altro indicatore è che più della metà delle giovani donne si è sottoposta ad una dieta per perdere peso, e alta è la percentuale di ragazze che vi si sottopone pur essendo normopeso.

L'Istat nei dati relativi al 2003 rileva che il 15,5% delle donne tra i 18-24 anni è sottopeso, contro il 7,3% delle sovrappeso (Biancheri & Dell'Osso, 2007). La cultura di massa insegna alle ragazze ad essere, per prima cosa, desiderabili, mentre ai ragazzi ad apparire forti e dominanti anche attraverso una consistente pressione del gruppo dei pari. Il discorso della moda e della bellezza riserva alle donne il ruolo di consumatrici, le sottopone ad umilianti prove di accettabilità, impone delle regole arbitrarie da seguire ed è responsabile di infelicità, di malattie se non di morti come nel caso di molte ragazze che perdono il controllo della loro dieta.

Il corpo femminile, rispetto a quello maschile sulla cui forza è stato costruito e giustificato il potere e l'autorità sulla donna, è stato descritto come debole e fragile, ad esso si riconduceva una vulnerabilità e delicatezza d'animo oltre ad una caratteriale. Da questo ne derivava un dovere di preservarle dagli sforzi e da attività lavorative che avrebbero potuto danneggiarne l'integrità

fisica e morale. Secondo un prospettiva degli studi di genere, il richiamo alla fisicità corporea serviva per ricoprire di naturalità scelte politico economiche e veniva assunto come criterio per giustificare pratiche di esclusione. Essendo considerata l'oggettività come sinonimo della naturalità, il discorso biologico si intrecciava a quello teorico per cui le politiche e le teorie elaborate in quel periodo portavano le tracce di questo rapporto tra oggettività dei corpi e loro naturale ascrizione a determinati ruoli sociali (quello della donna era quello di essere madre e di svolgere la sua essenziale funzione riproduttiva).

Il confronto con la durezza del lavoro nei campi, svolto da sempre anche dalle donne, comparato con l'immaginario della donna come essere delicato e dalla salute cagionevole, offre motivo di riflessione su come il corpo e la corporeità non costituiscano qualcosa di predefinito, ma assumano di volta in volta differenti significati storicamente e culturalmente determinati oltre ad essere usati strumentalmente.

I corpi sono stati spesso espropriati dalla soggettività femminile e interpretati unicamente per la loro capacità riproduttiva e le donne che lavorano sono state legate, di conseguenza, alla questione di corpi riproduttivi che lavorano. Il concetto di riproduzione diventa parte della categoria più generale, come sottolinea Engels, della produzione delle merci. Secondo alcune autrici, la preminenza data all'ambito produttivo fa parte di una strategia

messata in atto dal maschio per impossessarsi, attraverso la rinominazione e lo spostamento sul piano teorico, di quel processo biologico da cui è naturalmente escluso. Dando rilevanza all'aspetto economico si sottovaluta il valore sociale e culturale dell'esperienza procreativa delle donne e le si relegano in una condizione di subalternità funzionale. Il predominio maschile fa sì che il diritto di nominare significativamente tale atto è in possesso solo dell'uomo che ordina la realtà circostante secondo le proprie categorie. Su queste premesse risulta chiara la definizione di genere data da Connell (2006) come "quella struttura delle relazioni sociali che è incentrata sull'arena riproduttiva, e quell'insieme di pratiche, regolate da questa stessa struttura, che fanno rientrare le differenze riproduttive dei corpi nei processi sociali".

3. Conclusioni

Il genere rappresenta ancora, in tutte le società, una delle più importanti caratteristiche individuali da cui derivano i principali fattori di disegualianza nei diritti di cittadinanza. Sebbene ci siano molte differenze tra i diversi contesti nazionali e nelle condizioni individuali, le donne risultano tuttora svantaggiate per quel che riguarda l'accesso alla ricchezza, al potere, all'autonomia e ad altre risorse e opportunità che ne condizionano, di conseguenza, anche la presenza debole nel mercato del lavoro. Come ben hanno sottolineato gli studi di genere, queste discriminazioni hanno le loro radici storiche nella divisione dei ruoli femminili e maschili ritenuta naturale, mentre è il prodotto di una costruzione sociale e deriva il suo principale significato, come denuncia Bourdieu nel suo libro "Il dominio maschile", da tutto il sistema di opposizioni

con cui è costruita la realtà. Il ricondurla ad una differenza biologica crea una giustificazione alla gerarchia sessuale, che viene incorporata attraverso la pervasività dell'ordine simbolico maschile, per cui anche le stesse dominate ne incorporano i significati, sotto forma di struttura cognitiva, e non ne percepiscono l'arbitrarietà. Si creano così universi simbolici entro cui le donne hanno accettato e giustificato la loro esclusione, prima, e la loro omologazione, dopo, all'interno di un concetto di uguaglianza che si sostanzia, come rileva Martha C. Nussbaum, sul presupposto di neutralità e universalità dei diritti costituzionali.

In "Giustizia sociale e dignità umana" spiega come il far derivare le forme di tutela dall'appartenenza a qualche istituto, come quello familiare, determina l'astrettezza degli interventi normativi e quindi non fa sì che l'individuo diventi agente di diritti invece che semplice titolare. Infatti, secondo l'approccio alle capacità, elaborato da Amartya Sen, non basta la mera titolarità dei diritti, ma bisogna garantire le condizioni per realizzarli. La critica femminista, mettendo in evidenza quello che è stato semplificato come "patriarcato sociale", si è concentrata, pur nella diversità di approccio, alla costruzione di una soggettività femminile e le ricerche sul genere hanno dato luogo alla realizzazione di strumenti, concettuali e statistici, e a ricerche che assumendo questa dimensione, all'interno delle diverse discipline, ne hanno ampliato le chiavi interpretative. Ma sia nella scienza che nella sfera produttiva e riproduttiva le origini della costruzione discorsiva della divisione sessuale del lavoro permangono nella nostra società non solo nelle occupazioni precarie femminili, nei differenziali salariali e nella scarsa presenza nei luoghi decisionali, ma anche negli abi-

tus che agiscono come matrici delle percezioni, dei pensieri e delle azioni di tutti i membri della società.

Il genderism, come pratica comportamentale quotidiana legata al genere, trae conferma con continui richiami a stereotipi, relativi al maschile e femminile, che derivano anche dalle microdinamiche, come quelle familiari, volte a mantenere inalterate le strutture e le modalità dell'interazione sociale. Goffman, nei suoi molteplici lavori, pone l'accento sulle relazioni di potere e invita - per comprendere meglio questi meccanismi - a concentrare l'attenzione su coloro che sono in grado di fornire "versioni ufficiali della realtà" per far emergere gli schemi ricorrenti in chi si trova in posizioni di svantaggio.

Ad esempio, in uno studio realizzato sugli annunci pubblicitari l'Autore evidenzia gli assunti sociali inespressi sul rapporto fra i sessi, partendo dal presupposto che questi derivino da rappresentazioni collettive dominanti. Uno dei temi analizzati è quello del "rango funzionale" per cui gli uomini sono raffigurati, quando si trovano all'interno del regno tradizionale dell'autorità femminile, non partecipano al lavoro domestico, evitando di subordinarsi o contaminarsi con i compiti femminili.

Oppure si dipinge l'uomo in maniera ridicola e infantile, e quindi irrealistica, in modo che l'immagine di competenza dell'uomo possa essere salvata, facendo eseguire i lavori domestici come se tutto fosse uno scherzo o una sfida. Il grado di accettazione delle norme e delle idee, da cui deriva il riconoscimento della legittimità dell'ordine sociale, si consolida, dunque, attraverso i diversi tipi di comunicazione e le relazioni che le persone intrattengono e determina il comportamento sociale. Inoltre, se maggiore è la risposta

emotiva più forte sarà percepito, come reale e indiscusso, il significato dei simboli, lasciando così ampi spazi alla coercizione derivante dai legami affettivi e familiari. Le strutture interiorizzate fanno sì che gli attori sociali accettino i sistemi di significato e questa è la chiave della riproduzione, in quanto è in grado di generare comportamenti regolari che limitano l'autonomia individuale.

Il linguaggio nominando il reale, nell'interpretazione decostruzionista, lo normalizza attraverso la reiterazione delle parole e determina le costruzioni di senso per l'identità del sé. Nel concetto di violenza simbolica riveste una particolare importanza la convinzione che la maggior parte delle persone nella maggior parte dei casi assumono il proprio mondo sociale e il relativo modo di vedere le cose come dati per scontati.

Partire, dunque, dal dominio simbolico androcentrico significa inserire le ragioni delle disuguaglianze in un quadro in grado di metterne in luce la complessità, a cui devono riferirsi le soluzioni proposte. La doppia presenza delle donne non può, quindi, lasciare inalterate le politiche sociali, le regole organizzative del mercato del lavoro, l'organizzazione sanitaria in quanto oltre a creare una dissonanza nelle biografie femminili può generare marginalità ed esclusione sociale, come l'aumento consistente della povertà di genere. Domandarsi, infatti, attraverso il vissuto individuale come le donne vivono le numerose difficoltà, derivanti dai loro molteplici ruoli, raccordandole all'immaginario collettivo, alle rappresentazioni dominanti significa mettere in evidenza le contraddizioni di un processo ancora in transizione sospeso tra vecchi e nuovi modelli, tra stereotipi e volontà di affermazione.

Considerato pertanto quanto

sostenuto, diventa di estrema rilevanza cogliere, attraverso gli studi di genere applicati anche alla sociologia della salute, il riconoscimento dell'importanza di queste ricerche che stanno progressivamente crescendo nel tempo e ne sono testimonianza le numerose pubblicazioni e i convegni che si sono succeduti con una certa frequenza a livello nazionale ed internazionale, oltre al sempre più attento interesse della politica.

Di conseguenza, anche gli approcci teorici e le metodologie di ricerche devono diventare più articolati e interdisciplinari, la società e la salute non sono più studiate separatamente ma se ne analizzano le interferenze reciproche, mettendone in rilievo non solo gli indicatori ma anche le condizioni.

Il complesso intreccio socio-sanitario ha dato luogo ad un ripensamento delle categorie utilizzate per la definizione di salute anche nel campo del diritto, estendendolo a una pluralità di diritti sempre più ampia, oltre ad inglobare i contributi di discipline, quali la storia e l'antropologia, che hanno consentito di leggerne, attraverso il prisma delle diverse accezioni, l'attuale configurazione.

Tali assunti teorici hanno portato all'elaborazione di un percorso progressivo, a partire dalla riforma del sistema sanitario, che è sfociato in politiche e strumenti operativi integrati fino alla costruzione, nel caso della Regione Toscana, della società della salute.

BIBLIOGRAFIA

- Ardigò A. (1997), *Società e salute*, Milano, F. Angeli.
- Barbagli M., Kertzer D.I. (a cura di) (2003), *Storia della famiglia in Europa, Il lungo Ottocento*, Bari, Laterza.
- Barile E. (2007), *Dare corpo alla mente*, Milano, Mondadori.

- Biancheri R., Dell'Osso L. (a cura di) (2007), *Da Esculapio a Igea. La dimensione di genere nella salute*. Pisa, Plus.
- Biancheri R. (2007), *Il genere nella salute. Nuovi indicatori per migliorare il sistema sanitario. Argomenti umani*, n°10, pp.59-68.
- Biancheri R. (2007), *La salute si tinge di rosa, Le diversità tra uomo e donna devono orientare ricerca e prevenzione, Il sole 24 Ore, Supplemento al n°28, X.*
- Bock G., Nobili G. (1988), *Il corpo delle donne*, Bologna, Transeuropa.
- Bourdieu P. (1998), *Il dominio maschile*, Milano, Feltrinelli.
- Bucchi M., Neresini F. (a cura di), (2003), *Sociologia della salute*, Roma, Carocci.
- Butler J. (1997), *Corpi che contano*, Milano, Feltrinelli.
- Butler J. (2004), *Scambi di genere*, Milano, Sansoni.
- Callahan D. (2000), *La medicina impossibile*, Milano, Baldini&Castoldi.
- Carricaburu D., Ménoret M. (2007), *Sociologia della salute*, Bologna, Il Mulino.
- Cavazza S., Scarpellini E. (2005), *Il secolo dei consumi*, Roma, Carocci.
- Censis (2006), *40° Rapporto sociale sulla situazione del paese*, Roma.
- Cipolla C. (a cura di) (2004), *Manuale di sociologia della salute*, Milano, Franco Angeli, voll I e II.
- Connel R. W. (2006), *Questioni di genere*, Bologna, Il Mulino.
- Cosmancini G. (1997), *L'arte lunga. Storia della medicina dall'antichità ad oggi*, Roma-Bari, Laterza.
- Donati P. (a cura di) (1987), *Manuale di sociologia sanitaria*, Roma, Carocci.
- Ferrera M. (1984), *Il welfare in Italia. Sviluppo e crisi in prospettiva comparata*, Bologna, Il Mulino.
- Fontana A. (1969), *Introduzione*, in Foucault M., *Nascita della clinica. Il ruolo della medicina nella costruzione delle scienze umane*, Torino, Einaudi.
- Gadamer H. G. (1994), *Dove si nasconde la salute*, Cortina, Milano.
- Galimberti U. (1987), *Il corpo*, Milano, Feltrinelli.
- Goffman E. (1968), *Asylums, Le istituzioni totali*, Torino, Einaudi.
- Goffman E. (1969), *La vita quotidiana come rappresentazione sociale*,

- Bologna, Il Mulino
- Goffman E. (2003), *Stigma, L'identità negata*. Verona, Ombre corte.
- Goffman E., *Espressione e identità*, Bologna, Il Mulino.
- Illich I. (1976), *Nemesi medica*, Milano, Mondadori.
- Ferrera M., Zincone G. (1986), *La salute che noi pensiamo: domanda sanitaria e politiche pubbliche in Italia*, Bologna, Il Mulino.
- Foucault M. (1969), *Nascita della clinica. Il ruolo della medicina nella costruzione delle scienze umane*, Torino, Einaudi.
- Foucault M. (1976), *Sorvegliare e punire*, Torino, Einaudi.
- Gilligan C. (1987), *Con voce di donna. Etica e formazione della personalità*, Milano, Feltrinelli.
- Illich I. (1977), *Nemesi medica l'espropriazione della salute*, Milano, Mondadori.
- Ingrosso M. (a cura di) (1994), *La salute come costruzione sociale*, Milano F. Angeli.
- Ingrosso M. (a cura di) (2006), *La promozione del benessere sociale*, Milano, F. Angeli.
- Jaspers K. (1991), *Il medico nell'età della tecnica*, Milano, R. Cortina.
- Parodi A. (2002), *Storia della medicina*, Torino, Edizioni di Comunità.
- Parsons T. (1965), *Il sistema sociale*, Milano, Ed. Comunità.
- Ranci C. (2004), *Politica sociale. Bisogni sociali e politiche di welfare*, Bologna, Il Mulino.
- Rudder Baker L. (2007), *Persone e corpi, Un'alternativa al dualismo cartesiano e al riduzionismo minimalista*, Milano, Mondadori.
- Sassatelli R. (2006), *Presentazione*, in Connel R. W., *Questioni di genere*, Bologna, Il Mulino.
- Secondulfo D. (1987), *Medicine del quotidiano: la salute tra consumo e bisogno*, Milano, F. Angeli.
- Stella R. (1996), *Prendere corpo*, Milano, F. Angeli.
- Vineis P., Capri S. (1994), *La salute non è una merce*, Torino, Bollati-Boringhieri.
- Wallace R. A., Wolf A. (2000), *La teoria sociologica contemporanea*, Bologna, Il Mulino.
- Young K. (1999), *L'io assente. L'oggettivizzazione del corpo in medicina*, Milano, Mc Graw-Hill.

Xenobiotici in utero e sviluppo

Luigia Trabace e Vincenzo Cuomo

Negli ultimi anni la problematica dell'esposizione "in utero" a xenobiotici è divenuta oggetto di crescente interesse: è stato, ormai, chiaramente dimostrato da numerose evidenze sperimentali e cliniche che l'esposizione prenatale ad alcuni composti è in grado di produrre alterazioni neurofunzionali nella progenie, in assenza di malformazioni e/o di una sintomatologia neurotossica manifesta.

In animali esposti durante la vita intrauterina a dosi subteratogene di alcuni xenobiotici sono stati evidenziati, ad esempio, deficit, talora irreversibili, di funzioni cognitive, nonché alterazioni di parametri emozionali e motivazionali.

Considerato, quindi, l'interesse di una analisi degli effetti dell'esposizione a xenobiotici in corso di sviluppo, da diversi anni vari gruppi di ricerca hanno tentato di mettere a punto modelli animali di riferimento finalizzati a una serie di obiettivi.

Il primo obiettivo è quello di valutare gli eventuali deficit ontogenetici prodotti da esposizioni ad agenti chimici nel corso della gravidanza e, in particolare, quelli comportamentali la cui importanza è potenzialmente tanto maggiore quanto minore è il potere teratogeno a livello somatico. Il perseguimento di tale obiettivo comporta l'adozione di metodologie rigorose: esposizione in periodi ben definiti dello sviluppo prenatale; adozione crociata, per distinguere tra il danno prodotto dalla esposizione prenatale in sé e per sé da quello che può derivare da anomalie nutrizionali e/o comportamentali delle madri nel periodo postatale; controlli stringenti tra soggetti in

sviluppo con gradi controllati di omogeneità (genotipo) e di cura materna; scelta accurata dei test. Il secondo obiettivo è quello di mettere a punto degli indicatori utili al successivo studio, sia di eventuali patologie umane a carattere teratologico-comportamentale (alterazioni dei tempi di sviluppo neuropsichico, specifiche anomalie nello sviluppo cognitivo) che di possibili deficit comportamentali lievi. È soprattutto su tali patologie "borderline" – che potrebbero consistere solo di un aumento di frequenza di fenomeni già di per sé comuni, come i problemi di integrazione sociale precoce del bambino, i deficit attenzionali, le difficoltà con il sistema scolastico – che mancano indicazioni valide.

Queste appaiono necessarie per la messa a punto di un quadro sintomatologico-diagnostico di riferimento da utilizzare in studi mirati su soggetti esposti a xenobiotici nel corso della vita intrauterina.

Il terzo obiettivo, collegato al precedente, è quello di contribuire alla identificazione di parametri utili ad un monitoraggio di carattere epidemiologico di eventuali sindromi di deficit neurocomportamentali ascrivibili a esposizioni prenatali, monitoraggio che può anche fornire indicazioni sulle strategie di trattamento farmacologico atte a minimizzare i danni al sistema nervoso fetale.

Il sistema nervoso centrale (SNC) è particolarmente vulnerabile nel corso del proprio sviluppo, sia nella fase prenatale che in quella postnatale. Un agente chimico può interferire con i processi di proliferazione, migrazione, sinaptogenesi o mielinizzazione del SNC, nonché con l'azione di

molecole modulatrici della plasticità neuronale, quali ad esempio fattori neurotrofici, ormoni steroidei, etc.

In generale, mentre l'esposizione a un agente tossico nelle prime fasi dello sviluppo del sistema nervoso può provocare gravi anomalie morfologiche (spina bifida, meningocele, microcefalia), l'interferenza con i successivi processi di sviluppo pre e/o postnatali ha un'elevata probabilità di indurre sottili alterazioni neurofunzionali.

Nonostante l'attenzione al problema sia progressivamente cresciuta negli anni, le conoscenze sulla sicurezza dell'impiego dei farmaci in gravidanza o sulla esposizione a xenobiotici in generale sono tuttora carenti. Pur tuttavia, studi condotti negli ultimi 30 anni hanno permesso di approfondire la conoscenza dei meccanismi attraverso i quali alcuni xenobiotici influenzano lo sviluppo del SNC.

La complessità dei fenomeni studiati ha richiesto che, accanto ad indagini epidemiologiche e cliniche, si sviluppasse ricerche condotte nell'animale di laboratorio.

L'utilità di tali modelli sperimentali deriva dalla possibilità di analizzare parametri di difficile o impossibile valutazione nelle popolazioni a rischio, come la definizione della relazione dose-risposta, il ruolo di variabili multiple e l'identificazione di periodi di suscettibilità.

Inoltre, le informazioni che si ottengono da questi modelli di studio sono di primaria importanza per comprendere i meccanismi biologici che sottendono gli effetti dell'esposizione a xenobiotici, al fine di elaborare possibili stra-

tegie di intervento nella pratica clinica.

Nella valutazione degli effetti comportamentali di un potenziale teratogeno neurofunzionale è determinante la scelta di una batteria diversificata di test, che permetta di valutare il profilo ontogenetico di diverse categorie comportamentali, partendo dalla maturazione dei riflessi sensorimotori nella fase neonatale precoce fino alla maturazione delle funzioni cognitive e dei *pattern* comportamentali adulti. In particolare, attraverso una serie di test è possibile valutare nell'animale da esperimento eventuali effetti sulle capacità cognitive, sulla funzione motoria e sensoriale, sull'emozionalità, sull'attività sessuale etc. Molti di questi test sono predittivi per la clinica e hanno consentito di evidenziare alterazioni neurofunzionali a breve e lungo termine conseguenti all'esposizione a sostanze chimiche durante la gravidanza e/o l'allattamento.

Diversi xenobiotici inducono effetti teratogeni neurofunzionali. Tra questi vanno segnalati alcuni farmaci neuroattivi, sostanze di abuso e tossici ambientali.

Tra i farmaci neuroattivi, particolare attenzione meritano gli antiepilettici. È stato stimato che circa lo 0,4-0,8% delle donne gravide è affetto da epilessia e, tra queste, molte necessitano di un trattamento farmacologico durante la gestazione e l'allattamento. Effetti teratogeni strutturali, tra cui malformazioni cranio-facciali, muscolo-scheletriche, cardiache e del sistema nervoso sono stati osservati in seguito a somministrazione di farmaci antiepilettici, come l'acido valproico, la carbamazepina e la fenitoina. Tali malformazioni sono accompagnate da gravi anomalie neurofunzionali, quali disturbi dell'apprendimento e della memoria, ridotto quoziente intellettuale, iperattività, autismo. In animali da esperimento, in seguito alla

somministrazione di acido valproico in fasi ontogenetiche precoci, è stata osservata una diffusa neurodegenerazione in diverse aree cerebrali. Danno cerebellare con alterato sviluppo delle cellule di Purkinje è stato anche osservato in topi trattati durante il periodo neonatale con fenitoina.

Nel caso della fenitoina e del fenobarbital, studi sperimentali hanno evidenziato che vari effetti neurochimici e comportamentali possono essere presenti anche a seguito della somministrazione di dosi sub-teratogene.

Un aspetto certamente preoccupante è rappresentato, inoltre, dal fenomeno dell'assunzione di sostanze di abuso durante la gravidanza, tra cui l'alcol, i derivati della cannabis e la cocaina.

In questi ultimi anni, si è verificato, ad esempio, un sostanziale aumento del consumo di cocaina in gravidanza ed è parallelamente aumentato l'interesse nello studio delle alterazioni conseguenti all'uso di tale sostanza nel corso della gestazione. La cocaina è in grado di superare la barriera placentare e si accumula nei tessuti fetali a concentrazioni maggiori di quelle osservate nel plasma materno. L'azione vasocostrittiva della cocaina a livello dell'arteria ombelicale può, inoltre, ridurre il flusso ematico con conseguente ipossia fetale che sembra essere uno tra i fattori responsabili delle alterazioni nella progenie. Molti studi clinici indicano che neonati di madri che assumevano cocaina durante la gravidanza presentavano un peso alla nascita inferiore ai controlli, così come ridotta era la loro circonferenza cranica. Queste differenze sono state in parte attribuite ad una più alta incidenza di parti prematuri.

Tuttavia, ancora oggi non sono stati definiti i meccanismi neurobiologici che sottendono le alterazioni neurocomportamentali. Benché gran parte delle osservazioni, utilizzando la NBAS (Neonatal Behavioral Assessment Scale), abbia evidenziato anoma-

lie del comportamento, non vi è accordo sul tipo dei disturbi prodotti dall'esposizione a cocaina. In generale, è stata riportata una ridotta capacità di interesse, una diminuita abilità a fornire risposte appropriate agli stimoli, una maggiore irritabilità e iporeflessia.

Per quanto anche gli studi animali non abbiano fornito risultati sempre omogenei, tuttavia la gran parte di essi suggerisce che l'esposizione a cocaina in fasi ontogenetiche precoci induce nel roditore alterazioni del comportamento motorio, deficit dell'apprendimento, disturbi della coordinazione, alterazioni dell'"*habituation*" e delle risposte comportamentali a "challenges" di cocaina.

Tra i tossici ambientali, il piombo rappresenta un esempio tipico di teratogeno neurofunzionale. Studi sperimentali e clinici hanno evidenziato che l'esposizione a piombo nel periodo pre e/o postatale causa reazioni avverse sullo sviluppo comportamentale e, in particolare, sulla funzione cognitiva. In bambini esposti sono state evidenziate una diminuzione del QI e alterazioni della funzione visiva. Tali risultati hanno avuto come conseguenza in molti Paesi la messa al bando del piombo come antidetonante nella benzina e come additivo nelle vernici. Negli USA, in seguito a tali provvedimenti, il livello medio di piombo ematico in bambini di 1-5 anni si è drammaticamente ridotto. Il piombo sembra esercitare i suoi effetti tossici a livello della barriera ematoencefalica e dei neuroni, interferendo in particolare con alcuni sottotipi dei recettori del glutammato e con la proteinchinasi C.

In conclusione, dall'analisi dei dati forniti dalla letteratura sperimentale e clinica si evince chiaramente che l'esposizione a xenobiotici in fasi ontogenetiche precoci è in grado di produrre alterazioni neurofunzionali a breve e/o lungo termine, anche in assenza

di malformazioni strutturali o di una sintomatologia neurotossica evidente.

BIBLIOGRAFIA

- Cuomo, Trends Pharmacol Sci 1987, 8: 346-350.
- Chambers *et al.*, N Engl J Med 1996, 335: 1010-1015.
- Goldstein *et al.*, N Engl J Med 1997, 336: 872-873.
- Astin, JAMA 1998, 279: 1548-1553.
- Koren *et al.*, N Engl J Med 1998, 338: 1128-1137.
- Di Carlo *et al.*, Trends Pharmacol Sci 2001, 22: 292-297.
- Mereu *et al.*, Proc Natl Acad Sci U S A. 2003, 100(8): 4915-4920.
- Costa *et al.*, Pharmacol Rev 2004, 56: 103-147.
- Harkany *et al.*, Trends Pharmacol Sci. 2007, 28(2): 83-92.
- Bada *et al.*, Pediatrics 2007, 119(2): 348-359.
- Morrow *et al.*, Synapse 2007, 61(10): 862- 865.
- Sowell *et al.*, Cereb Cortex 2008, 18(1): 136-144.
- Oberlander *et al.*, Mol Psychiatry 2008, 13(1): 65-73.
- Malanga *et al.*, Biol Psychiatry 2008, 63(2): 214-221.

Genere e tossicodipendenze: non solo alcol

Emanuela Masini e Brunella Occupati

Le tossicodipendenze sono da sempre considerate una problematica medica tipicamente maschile. È vero infatti che la presenza dei disturbi da abuso di sostanze è più elevata negli uomini rispetto alle donne, ma casistiche recenti indicano una significativa riduzione di queste differenze, soprattutto nella popolazione giovanile. Recenti studi epidemiologici indicano che le donne presentano un rischio maggiore di sviluppare dipendenza [1], sebbene il dato sia in contrasto con l'osservazione generale che più gli uomini che le donne sono interessati da problematiche relative alle tossicodipendenze [2] e all'alcolismo [3].

Il recente aumento nell'uso delle sostanze di abuso da parte delle donne riflette i cambiamenti socio-culturali che il mondo occidentale sta attraversando [1]: all'inizio del secolo XXI, la donna è doppiamente impegnata sia sul versante familiare all'interno del quale svolge ancora un ruolo centrale, che su quello lavorativo, dove conquista faticosamente la propria affermazione, talvolta

attraverso eventi stressanti vissuti non da tutti allo stesso modo. Inoltre, dati clinici e risultati sperimentali ottenuti negli animali sono concordi nell'indicare che, nella risposta individuale alle sostanze d'abuso, sono presenti reali differenze di genere. Le donne passano più rapidamente dall'uso all'abuso e risultano più sensibili agli effetti fisiologici di alcune sostanze rispetto agli uomini, presentando una maggiore incidenza di malattie trasmesse sessualmente. La prevalenza dell'infezione da HIV nei consumatori di droga per via parenterale è in media del 13,6% negli uomini e del 21,5% nelle donne [4]. Anche i disturbi psichiatrici in co-morbilità sono più frequenti nelle donne [5]. La donna diventa tossicodipendente generalmente più tardi rispetto all'uomo, segue comportamenti assuntivi più rischiosi, se ha un partner forte assuntore, e presenta maggiori difficoltà al recupero. A tale proposito emerge dall'esperienza degli operatori del settore la chiara necessità di considerare opportunamente le differenze di genere già al

momento del primo contatto con la paziente e nella scelta del trattamento.

Le donne presentano infatti problemi biologici e psicosociali più importanti rispetto ai maschi per la comorbilità psichiatrica e il minor sostegno sociale e familiare.

Inoltre, modelli animali hanno chiaramente evidenziato che esistono differenze tra i due sessi in tutte le fasi della tossicodipendenza: nella fase di conoscenza, di uso controllato, di aumento della dose e di dipendenza, nella sindrome di astinenza, nelle recidive e nella risposta al trattamento farmacologico. Rassegne disponibili in letteratura [6] indicano che gli animali di sesso femminile apprendono più rapidamente dei maschi ad auto-iniettarsi cocaina e metamfetamina, mentre non esistono differenze per l'eroina [6]; lo stesso si può dire per l'alcool. Gli stessi studi non hanno evidenziato differenze tra i due sessi durante l'uso controllato delle sostanze. Quando gli animali passavano invece da un "uso controllato" delle sostanze ad un uso "non

controllato”, le femmine presentavano un significativo aumento della quantità di cocaina assunta rispetto ai maschi. Studi clinici hanno confermato questi dati, indicando che le donne progrediscono più rapidamente verso un uso non controllato della droga assunta, il cosiddetto “*decorso telescopico*” [7].

La Relazione Annuale 2006 dell'Osservatorio Europeo sulle droghe e le tossicodipendenze (OEDT) ha messo in evidenza che le donne si rivolgono meno dei maschi ai Servizi Pubblici per la Terapia delle Tossicodipendenze; studi clinici hanno evidenziato che il percorso terapeutico è più difficile in quanto le donne presentano con maggior frequenza depressione ed ansia, fattori di rischio per le recidive. Nella maggioranza dei Paesi dell'Unione Europea e nei Paesi Scandinavi sono presenti Unità Terapeutiche destinate esclusivamente alle donne o alle donne con bambini, ma queste sono numericamente poco rappresentate ed il numero dei pazienti in trattamento presso queste strutture è limitato. Numerosi fattori limitano l'accesso delle donne ai Servizi di Cura, come la gravidanza, la paura di perdere la custodia dei figli e/o di conseguenze legali, problemi economici e la co-morbilità con problematiche psichiatriche, che può indirizzare la donna verso i Servizi di Salute Mentale piuttosto che verso i Servizi di Cura per le Tossicodipendenze, ritenendo non importanti le problematiche tossicologiche.

Anche i problemi alcool-correlati sono in rapida espansione tra le donne, ma l'attenzione dei ricercatori negli studi di genere per la valutazione del rischio e del danno da alcool nel sesso femminile è relativamente recente [8]. Fino a non molti anni fa, si pensava che nelle donne ci fossero meno problemi per il minor consumo di bevande alcoliche; al

contrario, le evidenze biologiche suggeriscono una realtà diversa. Alla domanda: “***la donna è fisiologicamente e biologicamente più vulnerabile dell'uomo agli effetti dell'alcol?***”, la risposta sembra essere affermativa. Infatti è stato dimostrato che, rispetto agli uomini, le donne vanno incontro ad intossicazioni più gravi assumendo minori quantità di alcolici, sviluppano patologie più severe in tempi più brevi (*effetto telescopico*), dimostrando alterazioni più rilevanti ai processi cognitivi ed hanno un rischio maggiore di rimanere vittime di incidenti e di violenze [9]. I meccanismi fisiologici che determinano questa diversità sono solo in parte chiariti ed includono differenze farmacocinetiche e farmacodinamiche. Evidenze sperimentali dimostrano che assumendo ugual dosi di alcool in condizioni equivalenti, le donne hanno concentrazioni ematiche più elevate rispetto agli uomini. Questo è dovuto al fatto che le donne, soprattutto le giovani, hanno un minor metabolismo di primo passaggio dell'alcool, in quanto sono carenti di un isoenzima dell'alcool deidrogenasi a livello della mucosa gastrica. La donna, inoltre, ha proporzionalmente una minor quantità di acqua corporea e questo determina concentrazioni ematiche di etanolo più elevate [10]. Questi risultati sono estremamente interessanti, poiché indicano che sia il genere che l'età determinano una maggior vulnerabilità all'alcool. Un'ulteriore possibile spiegazione delle differenze di genere nella risposta fisiologica all'alcool sembra legata all'influenza degli ormoni femminili. Si pensa che gli estrogeni ed il progesterone possano influenzare il metabolismo epatico dell'etanolo ed aggravare l'epatopatia alcolica [11]. Esistono anche ipotesi che il consumo di alcool possa essere associato ad un aumentato rischio di cancro

al seno, anche se i risultati a tutt'oggi non sono concordi e sicuramente necessitano di ulteriori approfondimenti [12].

La maggiore sensibilità all'alcool potrebbe spiegare il motivo per il quale la dipendenza e i conseguenti danni organici abbiano nelle donne una progressione più rapida. Tuttavia le differenze metaboliche non lo giustificano completamente: studi recenti sul gioco d'azzardo patologico, hanno evidenziato anche in questo caso un decorso “*telescopico*” nelle donne. Oltre a tutti i rischi sopradescritti, è importante ricordare che l'alcool attraversa facilmente la barriera placentare ed interferisce con lo sviluppo fetale causando aborto, morte fetale, nascita prematura, basso peso alla nascita, ritardo mentale ed alterazioni somatiche evidenti (*sindrome alcolica fetale*). L'effetto teratogeno fetale può determinarsi anche se la donna assume dosi moderate di alcolici, soprattutto nelle prime fasi gestazionali.

Le differenze fisiologiche di genere per quanto concerne gli effetti e le conseguenze del consumo di altre sostanze d'abuso sono state meno studiate rispetto all'alcool.

Uno studio condotto dall'Istituto Superiore di Sanità ha evidenziato che tra i consumatori di sostanze psicotrope, soprattutto cocaina, una parte non trascurabile, il 37,5%, era di sesso femminile e riferiva di usarla per combattere i disturbi del tono dell'umore. Questi soggetti, però, al cessare degli effetti della sostanza si trovavano a dover gestire situazioni depressive più gravi e di conseguenza erano portate ad incrementare maggiormente la dose rispetto ai maschi e ad associare il consumo di alcool, in assoluto la sostanza più frequentemente assunta insieme alla cocaina in entrambi i generi. Va ricordato che l'assunzione contemporanea di

alcool e cocaina determina la formazione di “*cocaetilene*”, un metabolita notevolmente cardio-tossico. Anche la dipendenza crociata alcool e psicofarmaci contraddistingue nelle statistiche il genere femminile. Essa risponde alla stessa logica di “*automedicazione*” della depressione, dello stress, dell’ansia e dei disturbi della personalità. Va ricordato a questo proposito che l’abuso primario di psicofarmaci caratterizza prevalentemente le donne anche nei Servizi per il Trattamento delle Dipendenze, e questo si associa a rischi non solo sanitari.

È vero anche che le donne recidivano più facilmente: un recente studio, effettuato su un numero limitato di donne afro-americane che assumevano cocaina da anni ed astinenti solamente nelle due settimane precedenti l’esecuzione della PET (*Positron Emission Tomography*), ha evidenziato che esistono differenze tra i due sessi circa le aree cerebrali coinvolte nella memorizzazione del ricordo dell’esperienza vissuta con la droga. Le differenze riguardano l’amigdala, dove vi è un’attivazione nei maschi e non nelle femmine; la corteccia dorsale anteriore e la corteccia frontale dove l’attività è maggiore nelle donne rispetto ai maschi [13]. Durante il ciclo mestruale sono state riscontrate delle variazioni nei livelli plasmatici di cocaina inalata, ma non negli effetti soggettivi, variazioni che sarebbero conseguenti ad una maggior viscosità del muco della mucosa nasale nella fase luteinica, con conseguente riduzione dell’assorbimento della sostanza, e quindi con un incremento della dose. Gli ormoni sessuali femminili condizionano la risposta individuale alla cocaina, in quanto gli estrogeni amplificano gli effetti gratificanti, mentre il progesterone esplica un’azione inversa. Il decorso “*telescopico*”

della dipendenza da cocaina nelle donne rimane una questione controversa.

Il consumo di cocaina in gravidanza si associa a specifiche complicanze ostetriche come il distacco di placenta, l’inizio prematuro del travaglio, la rottura tempestiva delle membrane, l’ipossia fetale cronica, il ritardo di crescita del feto e un aumento di incidenza di bambini morti alla nascita. L’aumentata incidenza di aborto spontaneo e di rottura placentare è correlata direttamente alla vasocostrizione placentare e al diminuito apporto ematico oltre che ad un aumento della contrattilità dell’utero. Questi fattori, in aggiunta alla marcata ipertensione sistemica, possono favorire la rottura placentare. L’esposizione prenatale alla cocaina è associata ad una aumentata incidenza di malformazioni cardiache, sia per il danno ischemico secondario alla vasocostrizione che per l’azione pro-apoptotica della cocaina; a difetti congeniti a carico dell’apparato scheletrico e genitourinario; ma, una sindrome neonatale tipica da cocaina non è stata comunque definita [14]. Dopo la nascita, la vasocostrizione indotta dalla cocaina è stata indicata come il fattore scatenante l’enterocolite necrotizzante, la perforazione dell’intestino, la trombosi arteriosa, l’ipertensione e l’ischemia del miocardio [14].

Per quanto riguarda la tossicodipendenza da oppiacei, la situazione italiana non è sempre sovrapponibile a quella straniera, soprattutto americana, dove l’uso dell’eroina da parte della donna è spesso relegato in aree sociali in cui il fenomeno della disgregazione familiare è particolarmente evidente; in Italia, da una parte, specialmente in passato, l’eroinopatia nella donna era connessa con la prostituzione o comunque con l’illecito, dall’altra, soprattutto in questi

ultimi anni, siamo di fronte a donne di ogni ceto sociale, talvolta con una normale attività lavorativa e che accettano la maternità in maniera consapevole. Altre volte, invece, la gravidanza è un ulteriore evento stressante che aggrava la loro condizione tossicologica.

L’andamento della tossicodipendenza da eroina nella donna ricalca in parte quanto osservato per l’alcool: si ha spesso un andamento “*telescopico*”, con un tasso di mortalità più elevato rispetto agli uomini ed una maggior incidenza di problematiche mediche genito-urinarie e respiratorie [15]. Durante la gravidanza, la donna tossicodipendente da oppiacei è a rischio di complicanze non solo ostetriche, ma anche tossicologiche, come la sindrome di astinenza e l’overdose. Entrambe queste due situazioni determinano l’estrinsecarsi di una condizione di sofferenza fetale acuta e/o cronica con inevitabili ripercussioni sullo sviluppo e la crescita del feto, con conseguenze talora estreme, fino all’aborto spontaneo o al parto pretermine.

Il trattamento per la dipendenza da eroina durante la gravidanza deve essere adattato alle esigenze individuali della donna. Il trattamento di elezione è il mantenimento sostitutivo con il metadone, adattando la dose al soggetto, tenendo conto delle possibili differenze metaboliche e delle interazioni cui il farmaco va incontro. Tale farmaco permette il controllo della tossicodipendenza e ha permesso negli ultimi decenni di ridurre la mortalità materno-fetale, la morbilità fetale e le complicanze associate [15].

Infine, i deficit neuropsicologici indotti dall’uso della *Cannabis* sembrano essere più marcati tra gli uomini dediti ad un consumo pesante, ma le donne presentano una compromissione più accen-

tuata della memoria spaziale. In conclusione, è opinione di chi scrive che il binomio donna/sostanze d'abuso meriti una maggiore attenzione. Molti segnali ci indicano che i numeri di alcune tossicodipendenze, ad esempio l'alcolismo, si avvicinano a quelli degli uomini; ed è ragionevole aspettarci che i problemi medici legati alle tossicodipendenze nelle donne supereranno quelli degli uomini, per la loro maggior sensibilità fisiologica nei confronti delle sostanze d'abuso.

Alla luce dei dati e delle considerazioni effettuate si rendono necessari interventi terapeutici rivolti specificamente alle donne con problemi di dipendenza, soprattutto alla donne con problemi tossicologici e in gravidanza. La partecipazione ad un trattamento per la tossicodipendenza durante la gravidanza è associata ad un esito favorevole della gravidanza stessa. Infine, sarebbero auspicabili anche interventi di prevenzione mirati a bersagli e contesti specifici che tengano necessariamente conto delle specificità di genere emerse dai numerosi studi sperimentali e

dalle evidenze cliniche.

BIBLIOGRAFIA

- [1] Lynch WJ *et al.*, Biological basis of sex differences in drug abuse: pre-clinical and clinical studies. *Psychopharmacology (Berl)* 164, 121-137, 2002.
- [2] Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), Summary of findings from the 2000 National Household Survey on Drug Abuse. Office of Applied Studies, NHSDA Series H-13, 2001, DHHS Publication, Rockville, MD, USA.
- [3] Brody K. Y. & Randall C. L., Gender differences in substance use disorders. *Psychiatr. Clin. North Am.*, 22, 241-252, 1999.
- [4] OEDT, Annual Report 2005, The state of the drugs' problems in Europe. Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze, Lisbona.
- [5] Bizzarri J. V. *et al.*, Reasons for substance use and vulnerability factors in patients with substance use disorder and anxiety or mood disorders. *Addict. Behav.*, 32, 384-391, 2006.
- [6] Campbell U. C. & Carroll M. E., Acquisition of drug self-administration: environmental and pharmacological interventions, *Exp. Clin. Psychopharmacol.*, 8, 312-325, 2000.
- [7] Jessup M., Addiction in women: prevalence, profiles and meaning, *JOGNN Clinical Issues*, 26, 449-458, 1997.
- [8] Walitzer K. S. & Dearing R. L., Gender differences in alcohol and substance use relapse, *Clin. Psychol. Rev.*, 26, 128-148, 2006.
- [9] Greenfield S. F., Women and alcohol use disorders, *Harvard Rev. Psychiatry*, 10, 76-85, 2002.
- [10] Mancinelli R. & Guiducci M. S., La donna e l'alcol: vulnerabilità biologica? *Ann. Ist. Super. Sanità*, 40, 19-23, 2004.
- [11] Lammers S. M. M., Do alcohol pharmacokinetics in women vary due to the menstrual cycle? *Addiction*, 90, 23-30, 1995.
- [12] National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, Alcohol alert n.46, 1999.
- [13] Kilts C. D. *et al.*, The neural correlates of cue-induced craving in cocaine-dependent women. *Am J. Psych.*, 161, 223-241, 2004.
- [14] Chasnoff I. J. *et al.*, Cocaine use in pregnancy, *NEJM*, 313, 666-669, 1985.
- [15] Finnegan L. P. & Kendall S.R., Maternal and neonatal effects of alcohol and drugs. In "Substance Abuse: A Comprehensive Textbook, 1999, 3° Ed., pp 513-525.

L'altra metà del cielo ed il cibo

Silvana Hrelia

L'alimentazione è uno dei fattori che più fortemente incidono sull'accrescimento, sullo sviluppo fisico e mentale, sul rendimento e sulla produttività degli individui, e quindi, in definitiva, sullo sviluppo dei popoli e sul loro destino. L'alimentazione è dunque, per l'individuo, una necessità vitale: gli alimenti apportano i nutrienti ed i componenti

nutraceutici indispensabili al mantenimento di quell'equilibrio biologico armonioso che si identifica con lo stato di buona salute. L'alimentazione è la conseguenza di una serie di attività, coscienti e volontarie, con cui l'essere umano sceglie gli alimenti adatti al consumo, li libera dagli scarti, li trasforma e li tratta in vario modo, sottopo-

nendoli anche a cottura, e infine li ingerisce. A partire da questo momento si parla di nutrizione: insieme di processi grazie ai quali l'organismo riceve, trasforma ed utilizza le sostanze chimiche contenute negli alimenti. Da tutto ciò si deduce che la nutrizione dell'uomo dipende essenzialmente dalla sua alimentazione: l'organismo utilizza quello

che riceve e, poiché l'alimentazione è volontaria e cosciente, essa è suscettibile ad essere influenzata da una molteplicità di fattori.

Il ruolo delle donne, nel campo alimentazione/nutrizione, è condizionato dall'accesso alle risorse ed influenza non solo il loro stato nutrizionale, ma anche quello della famiglia o di intere comunità. Le donne sono infatti le principali garanti della sicurezza e qualità in campo nutrizionale, in quanto spesso sono le sole a *produrre, garantire, maneggiare, preparare e servire* il cibo per la famiglia e le istituzioni comunitarie. In tale contesto possiamo definire il ruolo delle donne come *produttivo* (produttrici e procuratrici di cibo), *riproduttivo* (quali madri a cui è affidato l'allevamento della prole), *sociale* (responsabili dell'intero procedimento di preparazione dei pasti).

Le donne producono più della metà del cibo disponibile al mondo. Nell'Africa sub-Sahariana producono fino al 80% degli alimenti base, in Asia il 50% delle donne sono coinvolte nella coltivazione del riso e nell'America Latina il 40% delle donne è coinvolto nella lavorazione dei campi. Sono le custodi della diversità genetica dei vegetali e delle conoscenze correlate ai vari tipi di cultivar e sul loro uso, trasmettendo questa conoscenza alle figlie.

Paradossalmente la WHO, nel computo degli "Human Nutrition Requirements", nel presentare le necessità caloriche degli individui in funzione dell'attività svolta, ha classificato il lavoro casalingo come "lavoro sedentario", che richiede un minimo dispendio energetico. Anche nei paesi industrializzati, in cui la donna opera professionalmente al di fuori delle mura domestiche, non si può ancora parlare di "divisione del lavoro" (division of

labour) tra i generi, ma solo di "accumulo di lavoro" (accumulation of labour) per le donne. Quindi si tratta di una vera e propria "gender inequality".

La disuguaglianza di genere in campo nutrizionale dipende o è la causa di diversi aspetti di disparità:

- *disuguaglianza di mortalità*: tassi di mortalità più elevati per le donne rispetto agli uomini ed una preponderanza del genere maschile nella popolazione dei paesi in via di sviluppo, opposta alla preponderanza del sesso femminile nelle società in cui non si osservano gap di genere a livello nutrizionale e di accesso alle cure;
- *disuguaglianze di natalità*: la nascita di un figlio maschio è preferita in molti paesi, la disponibilità delle moderne tecniche che permettono di determinare il sesso del feto ha determinato una maggiore incidenza di aborti volontari di feti di sesso femminile. Lo potremmo definire una sorta di "high tech sexism". Inoltre alla figlia femmina viene riservata una qualità di cure parentali inferiore rispetto al figlio maschio.
- *disuguaglianze di opportunità educative*: le opportunità di scolarizzazione sono inferiori per le donne rispetto agli uomini, a tutti i livelli. Aumentare il livello culturale delle donne significa anche migliorare lo stato di salute tramite acquisizione dei concetti di salubrità ed igiene degli alimenti, con importanti ricadute sullo stato di salute di tutta la famiglia e di intere comunità.

Nonostante il suo contributo alla produzione e sicurezza alimentare, la donna tende ad essere un attore invisibile nello scenario dello sviluppo. Le statistiche

indicano che nel mondo le donne hanno accesso a poco più del 5% delle risorse disponibili, nonostante siano responsabili della produzione di circa il 60% di tutte le risorse alimentari. L'effetto delle disuguaglianze di genere è un'aumentata "femminizzazione" della povertà, dal 1970 ad oggi la povertà femminile è aumentata del 50%; più del 70% dei 1300 milioni di individui che vivono con meno di 1 \$ al giorno SONO DONNE. La malnutrizione femminile è una delle conseguenze della povertà ed è anche una tragica eredità lasciata dalla madre ai figli. Circa 150 milioni di bambini nei paesi in via di sviluppo pesano meno di quanto dovrebbero in rapporto alla loro età. I bambini gravemente sottopeso hanno una probabilità da 2 ad 8 volte superiore di morire nell'arco di un anno di quanto non abbiano i corrispondenti normopeso. Attraverso l'intero ciclo dell'esistenza le donne evidenziano un peggiore status nutrizionale dovuto a fattori biologici (ciclo mensile, gravidanza, allattamento) e sociali (discriminazione e minor accesso alle risorse economiche), che può configurarsi in veri e propri stati di malnutrizione, non solo proteico-energetica, ma anche di micronutrienti. In particolar modo, la WHO ha sottolineato la maggiore incidenza e la gravità dei deficit a livello di tre micronutrienti: la Vitamina A, il ferro e lo iodio. Sempre in accordo alla WHO, ogni giorno 300 madri muoiono durante il parto a causa della carenza di ferro, 4.000 bambini muoiono a causa della carenza di vitamina A e 50.000 bambini nascono con ridotte capacità mentali a causa della carenza di iodio. La WHO e la FAO, attraverso il FAO Plan of Action for Women in Development, adottato per la prima volta nel 1995, si propongono di ridurre l'anemia da carenza di

ferro di 1/3, eliminare la carenza di vitamina A, eliminare la carenza di iodio entro il 2010. Le strategie utilizzate riguardano principalmente la diversificazione dietetica, la fortificazione degli alimenti e la supplementazione dietetica.

Mentre gli effetti di un cattivo status nutrizionale risultano devastanti sia localmente, sia globalmente, l'impatto di uno status nutrizionale migliorato è ugualmente potente. Migliorare lo status nutrizionale delle comunità, specialmente delle donne e dei bambini, può aiutare a superare molte delle sfide in campo sanitario che i paesi in via di sviluppo stanno affrontando, aiutando in tal modo lo sviluppo del paese stesso. In particolare, la correzione degli stati carenziali comporta una serie di benefici economici e sociali, quali migliorato stato di salute e aumentata capacità lavorativa, aumentata efficacia dell'apporto educativo, diminuita spesa sanitaria, migliorata qualità della vita. Da non sottovalutare, inoltre, è il ruolo che le donne possono svolgere nella lotta alla pandemia dell'obesità. Un'analisi della WHO sottolinea la relazione esistente tra status socio-economico ed obesità, evidenziando come l'obesità non affligga solo i cittadini dei paesi industrializzati, ma stia diventando un serio problema anche per i paesi in via

di sviluppo. Anche in questi paesi, infatti, la dieta sempre più calorica e lo stile di vita sedentario, dovuto alla crescente meccanizzazione del lavoro, hanno avuto conseguenze rilevanti. Nel giro di pochi anni è, ad esempio, notevolmente aumentato il numero di cinesi in sovrappeso, mentre in India - paese che ospita circa la metà della popolazione sottonutrita del mondo - è in eccesso di peso il 55 per cento delle donne tra i 20 e i 69 anni, con conseguente aumento del diabete.

Il più basso livello di educazione, la maggiore difficoltà ad acquistare alimenti più costosi, quali frutta e verdura, e la minore opportunità di svolgere una costante e regolare attività fisica aerobica sono alla base dell'impressionante aumento del numero di soggetti (soprattutto bambini) sovrappeso o decisamente obesi. Ma analoghe valutazioni di carattere sociale si possono fare in Occidente, dove la percentuale di soggetti sovrappeso/obesi è in media stabile, ma in aumento nella popolazione di colore degli USA, tra gli aborigeni australiani e gli immigrati dal sud-est asiatico nei paesi industrializzati. Ad esempio, in Inghilterra gli immigrati dal terzo mondo hanno un BMI (Body Mass Index) superiore a quello della popolazione originaria del paese. Le popolazioni del

Terzo mondo che si trasferiscono nei paesi industrializzati vanno quindi incontro, nel giro di una o due generazioni, a un forte aumento di peso, con un rischio di sviluppare la sindrome metabolica pari o superiore agli abitanti autoctoni. Il ruolo della donna nella prevenzione/controllo della pandemia dell'obesità diventerà sempre più importante, in quanto la donna è la responsabile delle cure parentali e della preparazione dei pasti, e dovrà diventare sempre di più co-responsabile dell'educazione nutrizionale in famiglia, in supporto alle campagne istituite dai Governi Nazionali tese ad istruire la popolazione ad effettuare le scelte più salutistiche in termini di alimentazione ed attività fisica.

Migliorare la qualità della vita delle donne, migliorando la qualità della loro nutrizione tramite opportune politiche e programmi di sviluppo, determinerà ripercussioni positive non solo a medio termine, ma anche per le future generazioni.

Migliorare la nutrizione significa quindi migliorare la qualità della vita. Solo innestando questo circolo virtuoso, facendo in modo che le donne rappresentino veramente l'altra metà del cibo, potremo garantire uno sviluppo sostenibile e forse un futuro più sano e globalmente migliore per il mondo intero.

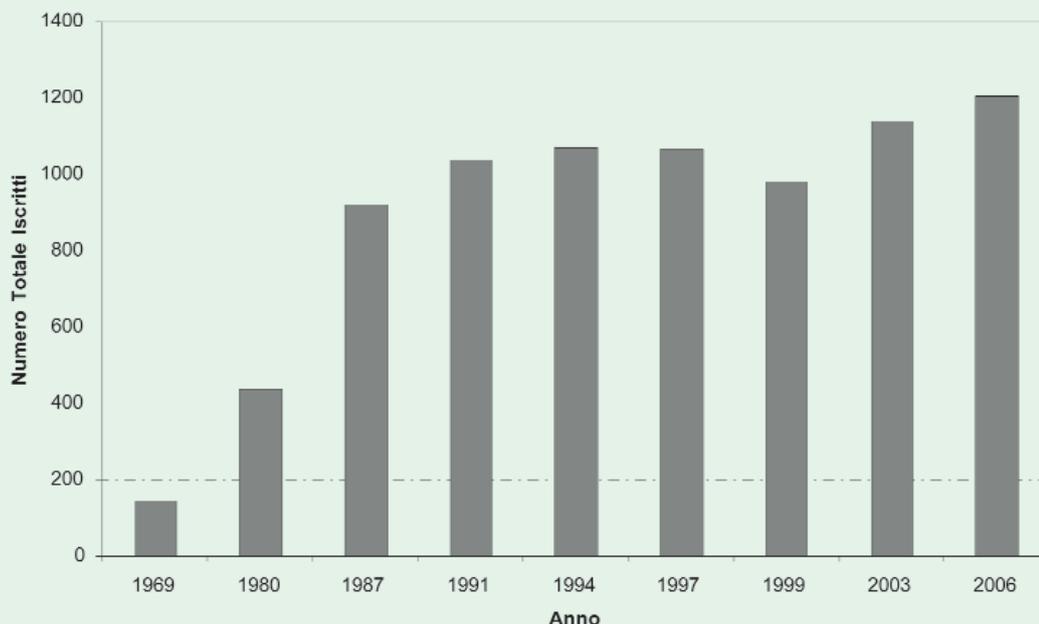
SIF e genere

Flavia Franconi, Ida Ceserani, Maria Elena Scamoni

Abbiamo ritenuto di fare cosa gradita alle nostre lettrici e ai nostri lettori fornendo loro i dati concernenti il genere, relativamente ai farmacologi italiani in confronto, per quanto possibile, con quelli d'altre società scientifiche affini. Dal 1969 al 2007 gli

iscritti alla SIF sono passati da 143 a 1.206 (Fig. 1), il che sta ad indicare lo sviluppo della nostra società. Se stratifichiamo i nostri iscritti in base al genere, osserviamo che la presenza femminile è notevolmente aumentata; infatti, dal 18,9% del 1969

si passa al 31,2% del 1980, per arrivare al 46,3% del 2003 (Fig. 3). Dal 2003 al 2006 si osserva poi ancora un trend di crescita, anche se ridotto rispetto al precedente, e nel 2007 si raggiunge in concreto la parità. Se andiamo ad esaminare l'orga-



*Fig. 1
Iscritti alla SIF
dal 1969 al 2006*

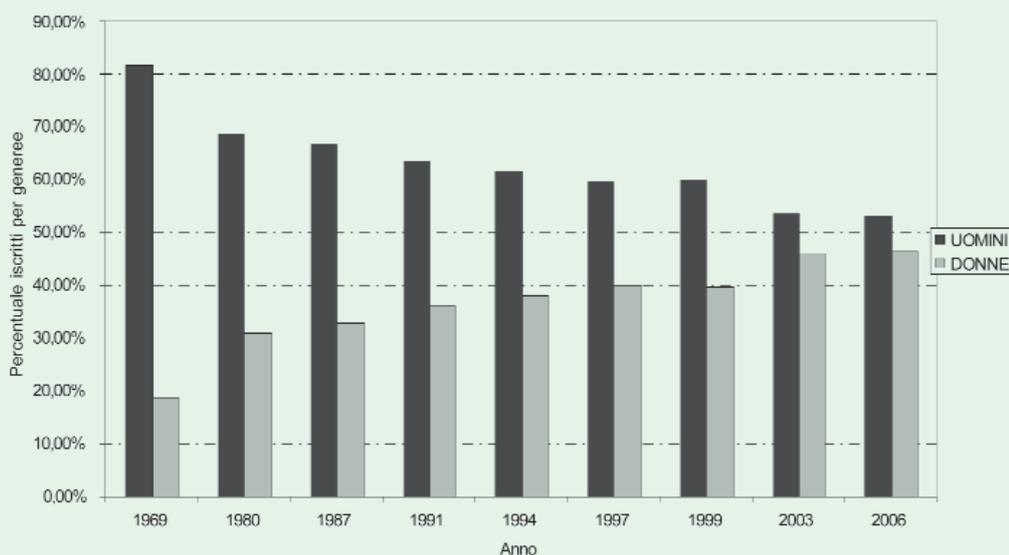
no di governo della società, emerge che la SIF non ha mai avuto un presidente o un segretario donna e che le donne sono state elette nel Consiglio Direttivo dal 1980. Le prime candidate elette sono state la Prof.ssa Franca Buffoni, la Prof.ssa Fassina e la Prof.ssa Lucilla Zilletti, costituendo il Consiglio Direttivo con la massima partecipazione femminile (42%).

La stratificazione in funzione del genere dei componenti del Consiglio Direttivo (i valori sono espressi in percentuale, poiché il numero dei membri del Consiglio Direttivo è variato nel corso degli anni) evidenzia che dopo il biennio 1980-82 non si è più

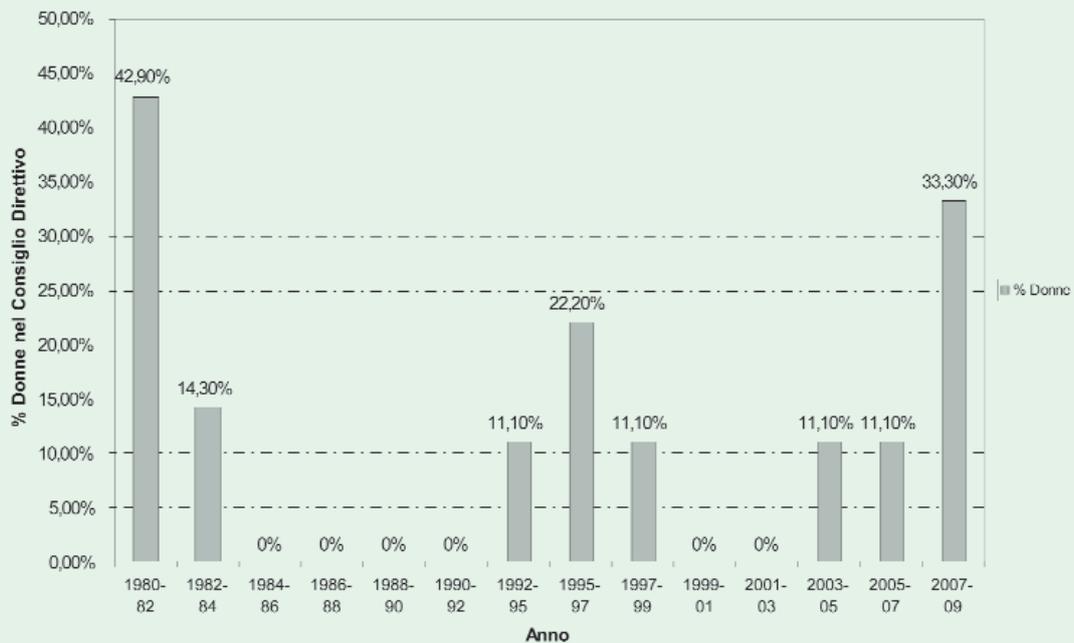
raggiunta una presenza così elevata di donne, risultando addirittura assenti nei bienni che vanno dal 1984 al 1992 e dal 1997 al 2003. Nel 2007, si osserva un incremento della partecipazione femminile nel Consiglio Direttivo della Società che raggiunge il 33% (Fig. 3).

Siamo andati inoltre a verificare che cosa succedeva nella Società Italiana di Tossicologia (SITOX) e nella Società Italiana di Chemioterapia (SIC). Per quanto riguarda la SITOX (dati dal 1997 al 2007), si osserva che già nel triennio 1997-2000 le donne rappresentavano il 25% del Consiglio Direttivo e che la segretaria era una donna (Prof.ssa Mari-

na Marinovich). Nel triennio successivo, la Prof.ssa Marinovich ricopre ancora le funzioni di segretario mentre la rappresentanza femminile sale al 33,33%. Successivamente (2003-2006), la quota femminile rimane costante ed il segretario è ancora una donna (Prof.ssa Maria Enrica Fracasso). Infine, nel triennio 2006-2009, la quota femminile ritorna al 25%: la Prof.ssa Fracasso rimane segretario ed il presidente eletto, che entrerà in carica nel triennio successivo, è una donna (Prof.ssa Marinovich). Per quanto riguarda la SIC (dati dal 1999 al 2007), si osserva che nel biennio 1999-2001, il presidente della



*Fig. 2
Percentuale di
iscritti alla SIF,
suddivisi per
genere, dal 1969
al 2006*



*Fig. 3
Donne presenti
nel Consiglio
Direttivo*

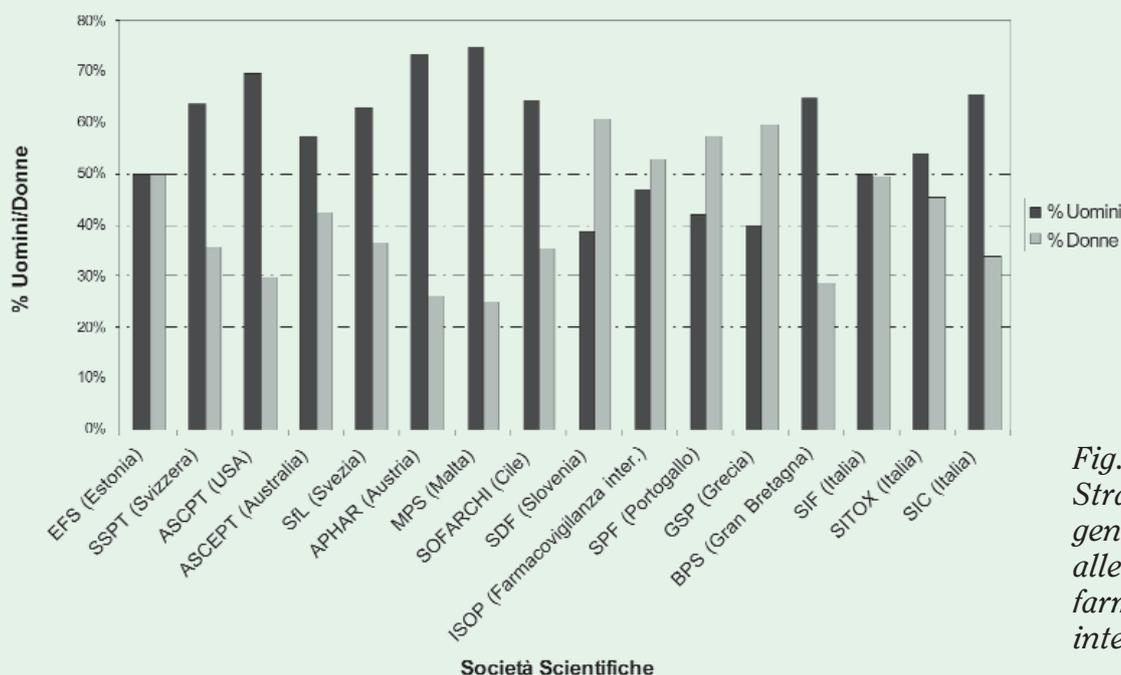
SIC era la Prof.ssa Teresita Mazzei, mentre la Prof.ssa Bertazzoni era il segretario; mi fa obbligo ricordare che, prima della Prof.ssa Mazzei, un'altra donna aveva ricoperto il ruolo di Presidente della SIC ed esattamente la Prof.ssa Giuliana Gialdroni Grassi. Nel 2003, solo il segretario è donna, mentre nei due successivi bienni il ruolo di presidente e segretario sono stati ricoperti da uomini. Le quote delle donne nel Consiglio Direttivo sono 33,33% e 25% per il biennio 1999-2001 e per tutto il

resto del periodo esaminato, rispettivamente.

L'indagine è stata estesa alle altre società farmacologiche internazionali aderenti alla IUPHAR, dove l'indagine ha suscitato un certo interesse tanto che ci è stato chiesto di tradurre in inglese i risultati. Le risposte ottenute sono presentate in Fig. 4, evidenziando che in 8 paesi (Australia, Austria, Cile, Gran Bretagna, Malta, Svezia, Svizzera, USA) la presenza maschile è preponderante; sorprende che la cosa avvenga in

paesi dove l'equità di genere è praticata da molto tempo come la Svezia e gli USA.

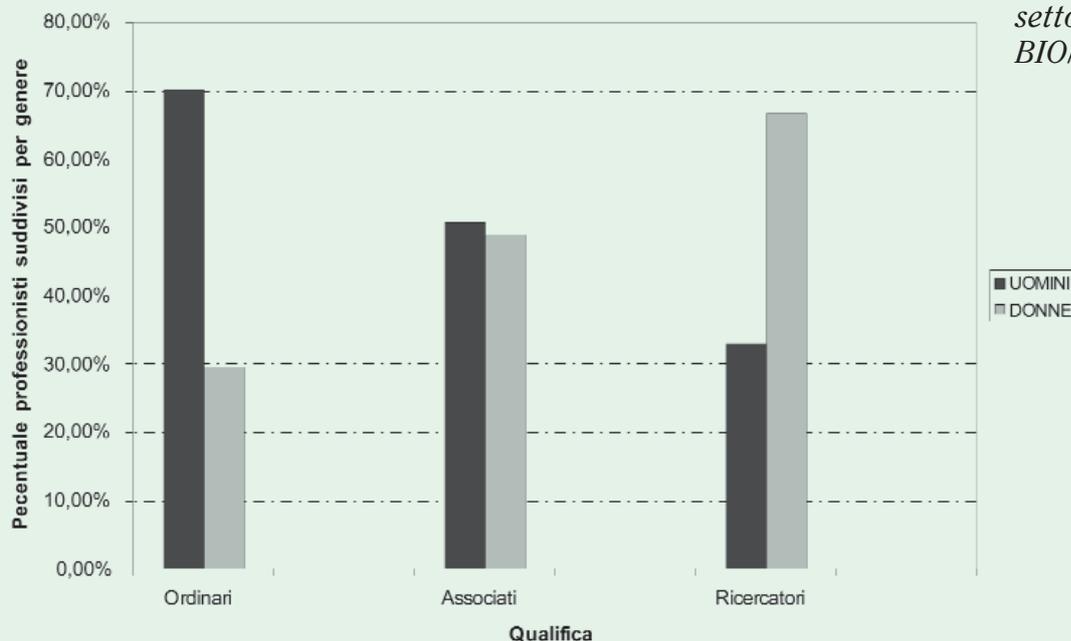
Le donne, invece, prevalgono in Slovenia, Portogallo e Grecia, mentre risultano sostanzialmente in parità in Estonia ed in Italia. Infine, se si considera la Società Internazionale di Farmacovigilanza si assiste ad una quasi parità. In questa figura, sono inseriti anche i dati relativi agli iscritti della SITOX e della SIC relativamente all'anno 2008, e si vede che la SIC è una società in cui il genere maschile



*Fig. 4
Stratificazione per
genere degli iscritti
alle varie società di
farmacologia
internazionali*

Ruoli	Uomini + Donne	Uomini	Donne
Ordinari	196	138	58
Associati	204	104	100
Ricercatori	293	97	196
Uomini + Donne	693	339	354

Tab. 1 e Fig. 5
Suddivisione per
genere dei
Professori
Ordinari, Associati
e Ricercatori nel
settore disciplinare
BIO/14



è ancora preponderate, mentre nella SITOX si è raggiunta quasi la parità.

Ritornando in Italia, siamo andati ad esaminare i ruoli universitari ricoperti dalle donne nell'ambito delle materie farmacologiche (Tab. 1). Dalla tabella si evince che a) le donne che ricoprono il ruolo di professori ordinari sono circa un quarto rispetto agli uomini; b) fra i professori associati si osserva una sostanziale parità; c) le donne sono molto più numerose dei maschi fra i ricercatori.

Concludendo possiamo asserire che per quanto riguarda il numero degli iscritti nella SIF si osserva una sostanziale parità di genere, cosa che non si realizza in tutte le società. Mentre, la parità di genere si realizza nel Consiglio Direttivo, questo in parte potrebbe anche dipendere dal fatto che, tradizionalmente, si eleggono professori ordinari e che fra questi prevalgono ancora i signori.

Un'iniziativa del Prof. Cantelli

Il Prof. Giorgio Cantelli Forti, Presidente del Polo di Rimini, e l'Alma Mater Studiorum, Università di Bologna, stanno organizzando un ciclo di conferenze su **"Donna, Società e Università"**, relativamente alle aree culturali/scientifiche coperte dalle otto Facoltà del Polo scientifico-didattico.

Le conferenze hanno lo scopo sia di promuovere le potenzialità culturali che sensibilizzare la Città di Rimini circa la presenza dell'Università. Ogni Facoltà ha proposto la propria manifestazione per una durata complessiva non superiore alle 3 ore.

Per ogni area, ciascuna iniziativa è articolata su di una "Donna di successo" che gestirà lo svolgimento dei lavori ed evidenzierà, con altri relatori, anche gli aspetti critici verso i quali la Facoltà/Università può offrire contributi per il miglioramento.

Il primo evento, dal titolo **"La Medicina di genere"**, è proposto dalla Facoltà di Farmacia; ha avuto luogo il 25 febbraio nel pomeriggio ed è stato organizzato insieme alla Società Italiana di Farmacologia (SIF) e alla Società Italiana di Tossicologia (SITOX).

Programma delle conferenze

- 25-02-2008, ore 16 **La medicina di genere**
- 07-03-2008, ore 16 **Donne e sport di alto livello**
- 13-03-2008, ore 16 **La musa nascosta.**
- 07-04-2008, ore 16 **Donne e depressione facciamo un'IDEA**
- 23-04-2008, ore 16 **La moda e la bellezza come malattia e come terapia**
- 12-05-2008, ore 16 **Partecipazione al mercato del lavoro in un'ottica di genere**
- 17-05-2008, ore 16 **Che genere di educazione? Discriminazione e stereotipi di genere nei percorsi formativi**



SOCIETA ITALIANA DI FARMACOLOGIA

Viale Abruzzi, 32 - 20131 Milano

e-mail: franconi@uniss.it

e-mail: sifcese@comm2000.it

Internet site: <http://farmacologia-SIF.unito.it>

CONSIGLIO DIRETTIVO

Presidente:

Achille Patrizio Caputi

Presidente-eletto:

Carlo Riccardi

Segretario:

Pier Luigi Canonico

Past President:

Giovanni Biggio

Consiglieri:

Elisabetta Cerbai, Alessandra Concas, Diana Conte Camerino, Filippo Drago, Giorgio Racagni, Marco Scatigna

Quaderni della SIF

Comitato di Redazione: Giovanni Biggio, Sandra Brunelleschi, Pierluigi Canonico, Ida Ceserani, Diana Conte Camerino, Carlo Riccardi, Francesco Rossi

Direttore Responsabile: Flavia Franconi

Pubblicazione iscritta nel Registro
Stampa Tribunale di Milano in

data 11 marzo 2005 - N° 528

La rivista è pubblicata con grant educazionale di:

ratiofarm