

ELVIRA REALE*

**Nuove prospettive di studio per la salute delle donne in Italia.
*Guida alla salute delle donne.*¹**

Introduzione

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

Gli obiettivi generali del gruppo di lavoro erano quelli di:

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

Gli obiettivi specifici del gruppo erano:

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

* Coordinatrice del progetto «Medicina, Donna e Salute»

¹ Il testo è stato curato da Elvira Reale e contiene gli interventi di M. Angelini Rota, G. Boidi, A. Ceci, A. Colao, E. De Filippo, L. Corradi, I. Figà Talamanca, A. Floreani, T. Grimaldi, T. Manente, G. Martino, R. Michieli, D. Minucci, M. G. Modena, M.T. Pini, N. Pallotta, E. Reale, P. Romito, S. Salerno, V. Sardelli, S. Savastano, P. Vinay.

inserire un approccio ai problemi di salute delle donne che tenga conto delle differenze di genere e dell'equità del trattamento tra i due sessi.

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

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

La ricerca sulla salute e la raccolta dei dati

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

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

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

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

donne ha superato quella degli uomini: infatti, l'AIDS costituisce la principale causa di morte per le donne nell'età compresa tra i 15 e i 44 anni e in quest'arco di anni la loro percentuale di mortalità è maggiore rispetto agli uomini.

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

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

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

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

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

La ricerca gender-sensitive sui fattori di rischio

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

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

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

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

La salute occupazionale resta un'area in cui non abbiamo conoscenze sugli rischi lavorativi e sui loro effetti per la salute delle donne: spesso questi dati non sono suddivisi per sesso oppure vi sono informazioni insufficienti sulle donne. Tuttavia, in molte delle occupazioni che sono considerate tipicamente femminili, il rischio è molto alto: nel settore della salute il 54% degli incidenti coinvolge le donne. Come in molti lavori femminili, le lesioni occupazionali sono in aumento tra le donne (+ 8.4% dal 1994 al 1997) e in decremento tra gli uomini (- 9.8% durante lo stesso periodo). C'è bisogno di un numero maggiore di studi per valutare se l'esposizione lavorativa ha effetti diversi sulle donne lavoratrici rispetto agli uomini lavoratori. Un esempio sono i lavori fisici pesanti, che sono meno tollerati dalle donne. Questo è in parte dovuto al fatto che l'organizzazione del lavoro è basata su misure standard designate per gli uomini lavoratori. Le donne italiane soffrono più frequentemente di disordini muscoloscheletrici a paragone degli uomini, anche nello stesso ambiente lavorativo. Ciò è dovuto al fatto che alle donne sono dati compiti ripetitivi in una posizione ergonomica fissa e inadeguata che mette in eccessiva tensione la loro muscolatura più piccola e vulnerabile (FIGÀ TALAMANCA, 2001, 2003).

Nello studiare i fattori di rischio per il cancro, il tipo di lavoro è sempre preso in considerazione per gli uomini mentre la stessa enfasi sul lavoro non è sempre

considerata per le donne. Tuttavia, alcuni studi recenti hanno mostrato la correlazione esistente tra alcune forme di tumore (polmone, leucemia, linfoma) e l'esposizione a solventi e idrocarburi tra le donne lavoratrici. Quindi, anche nel campo della salute occupazionale, c'è un'assenza di informazioni, il modello di riferimento e l'uomo lavoratore medio e (tranne per la gravidanza) non ci sono linee guida per misurare gli azzardi per le donne (FIGÀ TALAMANCA, 2001, 2003)

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

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

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

La violenza è un'esperienza frequente nella vita delle donne ed è considerata un fattore di rischio per l'impoverimento della salute tra le donne. Secondo uno studio italiano sull'uso dei vari servizi socio-sanitari, una sulle dieci donne del campione e il 18% di quelle di età compresa tra i 18 e i 24 anni, ha subito violenza fisica o sessuale nei 12

mesi precedenti la ricerca. I perpetratori della violenza erano spesso uomini vicini alle donne: i loro compagni, il padre, il fratello, compagni di scuola o colleghi di lavoro (ROMITO 2000). È raro che una donna sia ascoltata, creduta o aiutata in modo adeguato da chi lavora nei servizi sociali e sanitari a cui si rivolgono (ROMITO 2001, 2003).

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

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

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

Le differenze di genere nella diagnosi e nel trattamento

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

La frequenza della schizofrenia tra le donne è stata sottostimata. Per questo disordine psichiatrico, la priorità è data ai casi più gravi dal punto di vista di un problema sociale. Le donne con schizofrenia hanno spesso sintomi subdoli che conducono ad una mancanza di riconoscimento del problema. Spesso ricercano aiuto più tardi rispetto agli uomini a parità di condizioni e hanno minori ospedalizzazioni rispetto agli uomini schizofrenici (BOIDI 2001).

Per i disordini cardiovascolari, in particolare per l'ischemia cardiaca, tutte le tecniche diagnostiche come le radiografie e i test sotto stress solitamente usati sono state create sulla base di un modello maschile e sono meno efficaci per le diagnosi delle donne. Gli strumenti chirurgici per la rivascolarizzazione coronaria (by-pass, angioplastica

coronaria) sono gli stessi di quelli usati per gli uomini e poca attenzione è stata data al fatto che le donne hanno delle coronarie e dei vasi sanguigni più piccoli. Non ci sono linee guida che definiscano i sintomi tipici dell'infarto miocardio nelle donne: il dolore al torace che le donne riportano è considerato anomalo mentre il dolore riportato dall'uomo è considerato tipico. La diagnosi dell'ischemia cardiaca è basata sulle capacità cliniche del singolo medico, vista l'assenza di linee guida diagnostiche specifiche per le donne. Esiste, inoltre, l'evidenza di una sotto-utilizzazione della terapia trombolitica nelle donne affette da infarto miocardio acuto, il che conduce ad un'alta mortalità femminile nel primo stadio dell'infarto. Per tutte queste ragioni le donne sono accolte negli ospedali specializzati più tardi rispetto agli uomini e sperimentano un'alta percentuale di fallimenti terapeutici e chirurgici (MODENA, 2001, 2003).

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

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

L'esclusione delle donne dalla sperimentazione clinica

Un problema molto importante introdotto dal gruppo di lavoro è l'esclusione o l'insufficiente presenza delle donne nella sperimentazione clinica. Nonostante le differenze fisiologiche e patologiche tra maschi e femmine, fino ad ora nelle ricerche mediche e farmacologiche non è stata data un'attenzione adeguata alle donne. Negli

esperimenti clinici condotti per testare nuovi prodotti farmaceutici sono presenti soprattutto uomini adulti. Ciò significa che alle donne non è garantito lo stesso diritto di una terapia efficace e sicura – come stabilito dalle normative europee e nazionali – dal momento che non vi sono modi per sapere se un prodotto che si è dimostrato efficace e sicuro per gli uomini lo sia anche per le donne. Inoltre, anche quando le donne sono utilizzate, i dati non sono analizzati a seconda dei sessi (CECI 2001, 2003).

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

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

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

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

Conclusioni

In conclusione, il gruppo di lavoro ha sottolineato soprattutto due criteri inappropriati nell'approccio al problema del genere. Il primo è l'inadeguata considerazione dell'insieme delle differenze biologiche tra i sessi (a parte la sfera riproduttiva). Il gruppo di lavoro ha evidenziato come gli uomini e la loro biologia siano costantemente presi come il solo punto di riferimento per gli studi clinici; ciò ha favorito l'esclusione delle donne dagli esperimenti clinici, procedure metodologicamente inappropriata che pone in dubbio la validità di questi esperimenti. In campi come la cardiologia, l'oncologia, la farmacologia e la medicina del lavoro le differenze di genere non sono considerate e l'efficacia dei tests diagnostici e dei trattamenti è misurata essenzialmente sugli uomini. L'esclusione delle donne dalle ricerche mediche comporta problemi di bassa efficacia e di elevati rischi legati alle diverse pratiche mediche in campi come: l'uso di strumenti standardizzati per la diagnosi e il trattamento; i dosaggi e gli effetti collaterali dei prodotti farmaceutici; la definizione di linee guida per la prevenzione e il trattamento; l'analisi dei fattori di

rischio sociali- poiché il principale punto di riferimento resta l'uomo, il suo ambiente e il suo stile di vita.

Il secondo criterio inappropriato sottolineato dal gruppo di lavoro è la differenza con cui nella ricerca medica si studiano le patologie maschili e femminili. Come abbiamo visto mancano dati sulla salute differenziati tra i sessi e anche quando sono disponibili sono spesso sottovalutati e non forniscono un adeguato livello di informazioni necessarie alla valutazione delle differenze di genere. Fattori di rischio importanti non sono presi in considerazione per le donne: in primis la violenza – un fattore di rischio che può comportare gravi danni alla salute delle donne - e anche i fattori ambientali e socio-lavorativi. La ricerca sulla stress, le patologie cardiovascolari, il cancro, la depressione e le patologie da lavoro sembrano essere mancati del genere sia nelle loro ipotesi di base che nell'approccio: da un lato, gli studi sulle patologie maschili includono sempre l'ambiente, i fattori di rischio sociali e lavorativi; dall'altro lato, gli studi sulle patologie femminili si focalizzano sui fattori di rischio legati alla sfera biologica-riproduttiva-ormonale. Come abbiamo visto, il modello lavorativo maschile è preso come unico punto di riferimento mentre il modello del doppio lavoro femminile è escluso. La conseguenza più pericolosa di questi *bias* è che per le donne è preclusa la prevenzione: infatti, l'esclusione della presenza femminile nella pratica clinica ostacola l'analisi dei fattori di rischio sociali e quindi anche della prevenzione primaria per le donne nel campo della salute mentale, delle patologie legate allo stress, del cancro e delle tante malattie legate al lavoro e le lesioni.

Per finire, come citato nel documento tecnico del WHO:

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

Propositi e suggerimenti per le linee-guida europee nel campo della salute (ricerca e pratica clinica)

Tutte le esperte del gruppo di lavoro «*medicina, donne, salute*» hanno sottolineato che la medicina dovrebbe assumere per intero il principio dell'integrazione della prospettiva di genere in tutti i campi di azione, dalla pratica clinica alla ricerca, dalla diagnosi alla prevenzione. In questo lavoro il gruppo da suggerimenti per evitare i pregiudizi nella ricerca medica, nella diagnosi e nel trattamento e per integrare nel programma europeo e nazionale per la salute la prospettiva di un sistema sanitario sensibile al genere.

La seguente è una sintesi delle principali azioni raccomandate:

- Ogni progetto di ricerca nella salute, finanziato con denaro pubblico, dovrebbe essere basato sull'inclusione degli indicatori di genere nella raccolta e nell'analisi dei dati; rispetto a ciò è essenziale definire chiare procedure per includere il principio della differenza di genere nella raccolta di informazioni sia a livello centrale che locale. La circolazione di informazioni genere specifiche ad ogni livello tra i medici deve essere favorita. Devono essere promosse progetti di ricerca specifici per la prevenzione e i fattori di rischio delle

patologie femminile emergenti, quali le patologie cardiovascolari, i disordini mentali, l'HIV, il cancro, etc.

- È importante utilizzare appropriati strumenti metodologici genere-specifici in tutti i campi di ricerca. Nel confrontare donne e uomini, dovrebbe essere posta attenzione alla loro diversa realtà storica, biologica e socio-culturale. Per evitare disparità e pregiudizi, il lavoro di produzione pagato dovrebbe essere considerato insieme a quello di riproduzione non pagato, sia per gli uomini che per le donne; per tale scopo, è necessario che questi due aspetti lavorativi sia comparati e valutati sia quantitativamente (in termini di energia e di tempo speso) che qualitativamente (soddisfazione, socializzazione e riconoscimento).
- Dovrebbe essere data un'attenzione adeguata alla violenza fisica e sessuale e alle sue conseguenze in termini di danni alla salute. Come abbiamo visto c'è una grossa mancanza di informazioni e conoscenze mediche sulle conseguenze fisiche, psicologiche e sociali della violenza e dell'abuso sessuale. Sugeriamo, quindi, che il tema della violenza sia portato alla luce per tutte le donne durante la visita medica; inoltre, c'è bisogno di protocolli specifici e di linee guida per assistere i medici nel affrontare in maniera adeguata tale aspetto con le loro pazienti donne.
- Più in generale, riteniamo che ci sia bisogno di una formazione specifica del personale medico; per tale fine, dovrebbero essere promossi programmi specifici sulle differenze di genere e divenire parti essenziali dei curricula di tutti i medici
- C'è bisogno di servizi specifici per la salute delle donne nel campo della salute mentale e in altre aree della medicina; bisogna dare raccomandazioni alla regioni e alle autorità sanitarie locali per promuovere servizi sanitari e azioni sensibili al genere
- Dovrebbero essere preparate linee guida chiare per l'inserimento della prospettiva di genere nella diagnosi, nella prevenzione e nel trattamento in modo da rendere tali attività più efficaci rispetto alla salute delle donne
- Il gruppo ha anche sottolineato l'importanza di proporre raccomandazioni per inserire all'interno della comunità europea delle procedure di selezione dei campioni negli esperimenti sui nuovi prodotti farmaceutici (comprendendo le donne negli esperimenti clinici, nell'analizzare i risultati in modo separato per i due sessi, nel dare specifiche informazioni sugli effetti collaterali per le donne e gli uomini).
- Infine, il gruppo raccomanda la creazione di specifici uffici per la salute delle donne (simile a quelli presenti negli US) all'interno dei dipartimenti sanitari della comunità europea, capaci di promuovere adeguati servizi per la prevenzione, diagnosi e trattamento e di promuovere pratiche culturalmente sensibili nell'educazione e nella ricerca medica, in modo da implementare un sistema sanitario complice delle donne.

Bibliografia

AAVV: *Una salute a misura di donna*. In (a cura di) E. Reale, Atti del gruppo di lavoro "Medicina Donne Salute", Ministero Pari Opportunità, 2001, Roma.

http://www.palazzochigi.it/cmparita/commissione/attivita/pubblicazioni/mente_cuore_braccia/

AAVV: *La mente, il cuore, le braccia e...Guida alla salute delle donne*. In (a cura di) E. Reale, Atti del gruppo di lavoro "Medicina Donne Salute", Commissione Nazionale Pari Opportunità, 2003, Roma.

<http://www.salumentaledonna.it/pubblicazione.htm>

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

Vinay P. (2001), *Note su genere e statistiche sanitarie in Italia*, in “Una Salute a Misura di Donna»,
ivi.

World Health Organization, The Department of Women’s Health (2000) “*Gender and Health Technical Paper*», in *internet WHO- FHD - Gender and Health Technical Paper*.

World Health Organization (2000), *The World Health Report*.

Il Gruppo di lavoro

Matilde Angelini Rota

Medico, specialista in medicina legale e in ematologia. Ha insegnato medicina legale e bioetica presso la facoltà di medicina e chirurgia dell'Università La Sapienza di Roma. La sua produzione scientifica ha riguardato problemi di medicina legale con particolare attenzione alla bioetica, alla ematologia e genetica forense.

matildear@libero.it

Giuseppina Boidi

Psichiatra. Dirige il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura del Dipartimento di Salute Mentale ASL 3 Genovese. Si interessa di ricerca sulla schizofrenia nei due sessi e all'approccio di genere in psichiatria di comunità. E' consigliere regionale della Società di Psichiatria e presidente della Commissione Psichiatria dell'Ordine dei Medici di Genova.

nucciab@tin.it

Annamaria Colao

Endocrinologa. Ha frequentato il laboratorio di Medicina Sperimentale Aix II Marsiglia - Francia. E' professore associato presso il Dipartimento di Endocrinologia ed Oncologia Molecolare e Clinica - Facoltà di Medicina e Chirurgia- Università Federico II" Napoli, dottore di ricerca in Scienze Endocrinologiche e Metaboliche, docente presso la Scuola di Specializzazione in Endocrinologia e Malattie del Ricambio. Visiting professor presso importanti università europee ed americane. I suoi temi di ricerca riguardano le patologie ipofisarie, del ciclo femminile e l'obesità.

colao@unina.it

Emilia De Filippo

Medico, specialista in scienza dell'alimentazione, dottore di ricerca in nutrizione clinica e preventiva, aiuto presso il Dipartimento Assistenziale di Clinica Medica, Università "Federico II", responsabile dell'ambulatorio per le malnutrizioni secondarie a disturbi del comportamento alimentare.

maldca@unina.it

Adriana Ceci

Docente della Università di Bari presso il Dipartimento di Farmacologia e Fisiologia Umana. E' Direttore del 'Consorzio Valutazioni Biologiche e Farmacologiche' dell'Università di Pavia e della Fondazione S. Maugeri.

E' stata ed è componente di numerose Commissioni del Ministero della Salute, del Ministero dell'Ambiente, Del Ministero del Bilancio e della Presidenza del Consiglio dei Ministri. E' esperta dell'EMEA (Agenzia Europea Valutazione Farmaci). Ha promosso ed è Segretario Nazionale del GdL della Società Italiana di Pediatria 'Farmacologia Clinica Pediatrico. adriceci@libero.it

Laura Corradi (Ph.D. University of California)

Sociologa, è docente presso l'Università della Calabria dove insegna "Fondamenti Sociali della Salute e della Malattia" e "Studi sulla Costruzione Sociale del Genere." E' autrice di numerosi articoli e libri sulla salute della donna, su malattie specifiche quali cancro ed Aids, sulla prevenzione. Ha svolto ricerche in Europa e Stati Uniti in contesti urbani e campi profughi; in Messico e India fra tribù indigene.

laura.corradi@unical.it

Annarosa Floreani

Professore Associato di Gastroenterologia presso il Dipartimento di Scienze Chirurgiche e Gastroenterologiche dell'Università di Padova, segretario nazionale dell'UNIGASTRO (Coordinamento dei Professori Universitari di Gastroenterologia), membro della Commissione Scientifica della Società Italiana di Gastroenterologia (SIGE). Si interessa in particolare delle malattie croniche del fegato soprattutto di quelle ad eziologia autoimmune.

annarosa.floreani@unipd.it

Irene Figà Talamanca

Professore ordinario di Igiene Industriale dell'Università "La Sapienza" di Roma. Ha interessi di ricerca nell'epidemiologia della riproduzione in rapporto ai fattori ambientali e lavorativi . E' studiosa del

rapporto tra esposizioni lavorative e ambientali e la salute riproduttiva. E' *Chair of the Scientific Committee on Reproductive Hazards in the Workplace of the International Commission on Occupational Health (ICOH)*.

irene.figatalamanca@uniroma1.it

Teresa Grimaldi

Cardiologa, co-responsabile del centro Bene - Essere Donna, istituito nel 1996 presso la cardiologia del Policlinico di Modena, dedicato alla prevenzione, diagnosi e terapia delle possibili patologie legate alla post- menopausa.

teresagrimaldi@interfree.it

Teresa Manente

Avvocato penalista, responsabile dell'ufficio legale dell'associazione Differenza Donna che a Roma gestisce i centri anti violenza del Comune e della Provincia. Ha diretto il primo centro anti violenza del Comune di Roma. Fa parte della Commissione Salute Donna presso il Ministero della Salute. E' autrice di varie pubblicazioni sui temi della violenza alle donne e ai minori. Ha collaborato alla stesura del "Trattato completo degli abusi e delle dipendenze" (PICCIN 2002) affrontando il tema: "la violenza domestica nel sistema giuridico italiano".

mariateresamanente@inwind.it

Gemma Martino

Medico, è stata direttore di divisione all'Istituto Tumori di Milano. Dirige METIS Centro studi in oncologia - formazione e terapia che opera a Milano, Lugano e Parigi; insegna nei master di senologia dell'Università di Medicina a Siena, è autrice di più di 200 pubblicazioni scientifiche. Nel Consiglio della Scuola Italiana di Senologia; coordina i gruppi di studio di psicologia, terapia del dolore, riabilitazione, qualità di vita e in/formazione nella Forza Operativa Nazionale sul Carcinoma Mammario (FONCaM).

gemma.martino@metisonline.it

Raffaella Michieli

Medico di Medicina Generale, Responsabile Nazionale Area Salute dalla Donna, membro del Consiglio Nazionale di Presidenza della Società Italiana di Medicina Generale; fa parte della Commissione Ministeriale Linee Guida Menopausa. Ha pubblicato su riviste internazionali come Segretaria Generale dell'UEMO (Unione Europea Medici di Medicina Generale) e chairman dell'Equal Opportunity Working Group. Coordinatrice editoriale della rivista Medicina della Donna (CIC edizioni internazionali), ha pubblicato diversi articoli relativi alla Menopausa, Contraccezione, Osteoporosi, Sessualità Maschile e Femminile. E' docente ai Corsi Biennali di Formazione Specifica per i Medici di Medicina Generale.

ramichi@tin.it

Daria Minucci

Docente di Ginecologia oncologica e primario del servizio di oncologia ginecologica e citodiagnostica dell'Università di Padova. Dirige il corso di perfezionamento in Colposcopia e Patologia cervico-vaginale. E' autrice di numerosissime pubblicazioni che trattano prevalentemente temi di fisiopatologia della riproduzione e di oncologia ginecologica soprattutto preventiva.

daria.minucci@unipd.it

Maria Grazia Modena

Cardiologa. Professore ordinario di Cardiologia dirige la cattedra e la divisione di Cardiologia del Policlinico di Modena. A Modena ha creato il Centro "Bene Essere Donna" dedicato alla prevenzione, diagnosi e terapia delle malattie cardiovascolari nella donna. E' *Chairperson del Women European Cardiology Committee* della Società Europea di Cardiologia. E' Coordinatrice del Gruppo di Studio Italiano delle Patologie Ischemiche e Vascolari delle Donne.

modenamariagrazia@unimo.it

Nadia Pallotta

Medico, specialista in Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva. Dottore di ricerca in Scienze Gastroenterologiche. Svolge attività di ricerca ed assistenziale presso il dipartimento di Scienze Cliniche, Policlinico "Umberto I" Università "La Sapienza", Roma. Interessi di ricerca: a) Disturbi Cronici

Gastrointestinali: epidemiologia e meccanismi fisiopatologici. b) Impiego delle metodiche non invasive per lo studio della motilità gastrointestinale.

nadia.pallotta@uniroma1.it

Maria Teresa Pini

Medico, specialista in igiene e medicina preventiva e fisiopatologia della riproduzione umana (ginecologia). Direttore del Dipartimento materno-infantile della ASL Napoli 2; componente del comitato tecnico regionale per gli interventi di prevenzione nell'area materno-infantile.

Si è dedicata in particolare alla programmazione ed attuazione di programmi di prevenzione e tutela della salute delle donne: percorso nascita, progetto di casa della maternità, screening dei tumori femminili, procreazione responsabile, ecc.

Ha collaborato con l'Istituto Superiore di Sanità per lo studio di fattori di rischio socio-sanitario in gravidanza. Ha operato in qualità di esperta nel programma di prevenzione dell'handicap (gravidanza, nascita), realizzato dal Ministero degli Esteri in Colombia.

lunamate@libero.it

Elvira Reale

Psicologa. Dirige come primario dal 1978 un servizio territoriale per la Salute Mentale della donna, oggi Centro Prevenzione Salute Mentale Donna della ASL Napoli 1. Ha collaborato per 15 anni con il CNR in attività di ricerca; i principali temi sono: *Malattia Mentale e ruolo della donna* (CNR, 1982); *Stress e vita quotidiana della Donna: un'indagine sperimentale sui rischi di malattia* (CNR, 1998); *Maschio e Femmina: i principali fattori di rischio nell'adolescenza* (2001). Collabora attualmente con l'OMS sui temi della violenza, salute mentale e fattori di rischio psico-sociali nella donna; è autrice di numerose pubblicazioni sulla salute mentale della donna. Ha coordinato il lavoro per il Ministero Pari Opportunità "Una salute a misura di donna" (Roma, 2001). E' componente della Commissione Salute Donna del Ministero della Salute. E' membro di un network europeo sulla salute della donna (EWHMET).

erealena@tin.it

Patrizia Romito

Psicologa. Ha un dottorato in Psicologia (Università di Ginevra) ed è ricercatrice presso la Facoltà di Psicologia (Trieste), dove insegna Metodi di ricerca psico-sociale. Svolge inoltre un corso su Violenza alle donne e ai minori alla Scuola di Specializzazione in Psicologia del Ciclo di Vita, e, dall'anno accademico 2003-4, anche alla Facoltà di Medicina. Oltre a numerosi articoli ha pubblicato: "La depressione dopo il parto" (Il Mulino, 1992); "Violenze alle donne e risposte delle istituzioni"; "La violenza di genere contro donne e minori. Un'introduzione" (entrambi Angeli, 2000); "Il counselling in adolescenza" con C.Fuligni, (McGrow-Hill, 2002). E' attualmente Visitor scholar presso l'Institute for Research on Women and Gender, University of Stanford, California.

romito@univ.trieste.it

Silvana Salerno

Medico, specializzata in Medicina del lavoro presso la Clinica del Lavoro L. Devoto di Milano. Ha svolto attività di medico competente e del lavoro nei servizi pubblici di prevenzione. Svolge attività di ricerca presso la divisione di Biomedicina ambientale dell'ENEA sulla relazione tra lavoro e salute con particolare attenzione alla salute delle donne. E' professore ad incarico presso l'Università La Sapienza con cui collabora attivamente. silvana.salerno@casaccia.enea.it

Vittoria Sardelli

Psicologa, è responsabile presso il Centro Prevenzione Salute Mentale Donna della ASL Napoli 1 del Servizio prevenzione per adolescenti.

Coordina attività di gruppi di sostegno, self-help ed autostima. Svolge progetti di formazione nelle scuole per insegnanti e genitori. E' co-autrice con Elvira Reale di numerosi articoli e pubblicazioni.

info@salutementaledonna.it

Silvia Savastano

Endocrinologa. Ha frequentato il Dipartimento di Immunologia del Middlesex Hospital Medical School - Londra - UK. E' ricercatore presso il Dipartimento di Endocrinologia ed Oncologia Molecolare e Clinica - Facoltà di Medicina e Chirurgia- Università Federico II» Napoli, dottore di ricerca in Scienze Endocrinologiche e Metaboliche e docente presso la Scuola di Specializzazione in Endocrinologia e

Malattie del Ricambio. I suoi temi di ricerca riguardano le patologie tiroidee, del ciclo femminile e l'obesità.

sisavast@unina.it

Paola Vinay

Sociologa. Ha svolto ricerche su: la divisione sessuale delle attività lavorative retribuite e non, il ruolo della donna nella promozione della salute e il suo potenziale innovativo nella sanità. Ha pubblicato, tra l'altro: *Primary Health Care: concezioni e pratiche della salute nei medici di base e nei servizi territoriali*, in Ingrosso "Dalla prevenzione della malattia alla promozione della salute», Angeli 1987; *From Informal Flexibility to the New Organization of Time*, in Garcia Ramon - Monk, "Women of the European Union. The politics of work and daily life» Routledge 1996; *Gender, Power and Change in Health Institutions of the European Union*. European Commission - Employment & Social Affairs, 1999; *Presenza femminile e spostamenti di prospettiva nella sanità*, in Prospecta "Sanità: Quando le Donne Fanno Differenza», 2000.

m.paci_VP@libero.it