

Il medico di medicina generale e le donne Approccio alla prevenzione di genere

Parliamo in questo secondo inserto dedicato alle differenze di "genere" di prevenzione nelle donne.

La prevenzione, primaria, secondaria e terziaria, è la prima importante arma di difesa dallo sviluppo delle malattie. In particolare le due principali cause di mortalità (malattie cardiache e tumori) possono essere in buona misura evitate grazie alla prevenzione primaria (stili di vita sani) o secondaria (screening per diagnosi precoce). Ci sono molte evidenze di quanto la prevenzione oncologica abbia fatto negli ultimi anni, nella battaglia ad esempio contro il tumore al seno e al collo dell'utero, proprio nelle donne (Perry, 2006).

Ma il primo aspetto fondamentale della prevenzione è rappresentato dalla promozione della salute. Negli ultimi anni infatti la promozione della salute è diventata una scienza vera e propria, tesa soprattutto a raggiungere l'uguaglianza della salute nella società attraverso la riduzione delle differenze evidenti nell'attuale stratificazione sociale, offrendo a tutti eguali opportunità e risorse per conseguire il massimo potenziale di salute possibile. Tale eguaglianza va ricercata anche tra i generi visto le differenze esistenti tra uomini e donne nelle motivazioni al cambiamento dello stile di vita, fattore strategico della promozione della salute e della prevenzione.

Nel caso del fumo di sigarette, consumo di alcolici o di un'alimentazione incongrua, un periodo critico della vita è sicuramente l'adolescenza, in cui il rischio di iniziare a fumare o bere e di sviluppare dipendenze è strettamente correlato alle esperienze e allo sviluppo educativo dell'individuo. Purtroppo in questi ultimi anni si è reso più evidente il maggior aumento di questa tendenza da parte delle ragazze che cominciano molto presto a fumare e a bere, quasi a ricercare atteggiamenti che dimostrino la loro maturità e ne affermino meglio il ruolo sociale. Già a questa età quindi è utile iniziare con una corretta informazione sull'importanza dello stile di vita per evitare le malattie e nessuno meglio del medico di medicina generale (MMG) ne ha l'opportunità.

Secondo un'indagine condotta da Health Search nel 2007 l'adolescente frequenta molto lo studio medico

visto che il 72,2% dei giovani ha avuto per lo meno un accesso dal MMG: il 47% ha da uno a tre contatti l'anno, il 24,2% ha da 4 fino ad oltre 10 contatti l'anno. Purtroppo se i momenti di incontro ci sono, essi attualmente non sono molto efficaci perché sembra che i professionisti non siano sufficientemente attenti a dialogare con i/le proprie pazienti adolescenti circa i giusti comportamenti da adottare per mantenersi in salute e al riparo dalle malattie.

Le adolescenti hanno bisogno di particolare comprensione e ascolto da parte del proprio medico curante, di cui apprezzano la competenza anche se sono esitanti nel rivolgersi a lui come persona che rappresenta comunque il mondo degli adulti.

Di fronte alla paziente adolescente dovremo quindi verificare il comportamento alimentare e l'eventuale presenza di disturbi di questo tipo poiché il controllo del peso comporta una grande influenza sulla salute riproduttiva. Ma non solo: l'attenzione ad una corretta alimentazione fin dalla giovane età è fattore fondamentale per la prevenzione dell'osteoporosi, che inizia a questa età con la formazione di un valido picco di massa ossea, predittivo nell'età adulta di tendenza all'osteoporosi.

Cruciale poi il compito di fornire informazioni sulla contraccezione per la prevenzione dell'interruzione volontaria di gravidanza (IVG) e di valutare la conoscenza delle malattie sessualmente trasmesse già nelle adolescenti. Nonostante attualmente l'età media della prima gravidanza in Italia si sia spostata molto in là (36 anni), gli interventi sulla salute riproduttiva dovrebbero essere attuati per tutto il periodo dell'età fertile della donna al fine di influenzare un buon esito di una possibile gravidanza. Ciò significa che il MMG di fronte ad una donna fertile non efficacemente protetta deve sempre comportarsi come se fosse gravida e quindi evitare l'uso di farmaci embriotossici e la richiesta di esami diagnostici potenzialmente pericolosi. Dovrà inoltre attuare strategie atte a creare consapevolezza nella donna degli eventuali rischi personali sia nei confronti della propria salute, sia per il futuro bambino.





Nella donna in età adulta è importante una prevenzione di "genere" perché l'incidenza delle malattie cardiovascolari e la mortalità relativa sono in diminuzione nell'uomo ma rimangono stabili nella donna. Dobbiamo inoltre sottolineare che il fumo è un fattore di rischio coronarico più forte e con maggiori rischi sul versante cardiovascolare nella donna in questa fascia d'età perché può essere contemporaneo all'assunzione di contraccettivi ormonali che ne peggiorano gli effetti tromboembolici.

Anche in questa età la prevenzione attraverso gli stili di vita sani è strategica. In particolare per quanto riguarda la sedentarietà che è un nemico forse più silenzioso, ma maggiormente presente come problema nelle donne. Infatti molti studi suggeriscono che le donne sono più sedentarie degli uomini e che a parità di scarsa attività fisica, l'incremento del rischio di mortalità nelle donne è superiore a quello degli uomini. Inoltre l'attività fisica regolare associata ad una buona introduzione di calcio e vitamina D aiuta anche a continuare la prevenzione dell'osteoporosi.

Il MMG dovrebbe incoraggiare regolarmente le donne a svolgere attività fisica di moderata intensità, per un minimo di 30' al giorno, per la maggior parte dei giorni della settimana, perché il 47% della popolazione femminile italiana non pratica alcuna attività motoria.

Un esempio di differenza nel genere però è dato dalle ragioni per cui le donne non praticano attività fisica, chiaramente legate al ruolo di madre/curatrice della famiglia ed alle priorità che in questo senso si creano nelle scelte su come "usare" il tempo restante dopo il lavoro. In quest'ottica il miglioramento sarà possibile solo attraverso delle politiche sociali che da una parte agevolino l'accesso alle strutture dove si pratica l'attività fisica, sia in senso economico che organizzativo per l'accudimento dei bambini, e dall'altra stimolino il cambiamento nella divisioni dei ruoli familiari di cura della famiglia e della casa.

Il rischio cardiovascolare anche per il genere femminile aumenta dopo i 50 anni. Esiste però tuttora un pregiudizio che riguarda l'approccio ai problemi cardiovascolari delle donne. La conseguenza è che l'intervento preventivo per molti anni non si è rivolto verso gli stili di vita e le strategie preventive farmacologiche specifiche, ma fondamentalmente al controllo di quello che è stato ed è tuttora considerato il principale fattore di rischio e cioè la menopausa, con la somministrazione di ormoni che hanno esposto per molti anni le donne ad altre gravi problematiche (Battaglia, 2007). Il fumo, l'obesità, la sedentarietà e l'ipertensione rappresentano gli elementi utili per identificare le donne a rischio.

L'ipertensione viene sottovalutata dalle donne: nonostante il MMG veda circa il 90% delle sue assistite in 2

anni, poche misurano la pressione arteriosa soprattutto nelle età più giovani.

Si introduce qui il problema dell'uso dell'aspirina nella prevenzione delle malattie cerebro-cardio-vascolari. È necessario che il MMG abbia conoscenza dei differenti esiti dell'uso di questo farmaco, in particolare nella prevenzione primaria, nell'uomo e nella donna e di conseguenza di quali sono le fasce d'età ed i fattori di rischio che ne rendono utile la scelta terapeutica.

I MMG hanno un ruolo importante per la prevenzione e terapia degli stili di vita incongrui. Essi sono gli unici professionisti a essere contattati dalle persone con consumi a rischio ma che ancora non hanno sviluppato nessun danno psico-fisico; sono visti dal pubblico come figure autorevoli, credibile fonte di informazione sui comportamenti e i pazienti sono d'accordo nel ricevere consigli sulla prevenzione proprio da loro (Moore 1989; Nutting 1986; Calnan 1983; Slama 1989).

Non esiste un momento specifico per fare prevenzione: il MMG dovrà aver chiaro su quali argomenti puntare nel colloquio con la donna a seconda della sua età e dei suoi fattori di rischio, utilizzando tutte le occasioni di contatto per aiutarla ad affrontare problemi di salute e scelte terapeutiche per le quali è importante che sia responsabile e consapevole di ciò che va ad intraprendere.

Purtroppo nonostante la salute sia per 7 donne su 10 in cima alla lista delle priorità (l'83% ritiene utili i controlli medici e il 44% si dice disposto a maggiori controlli), in realtà le italiane disertano gli appuntamenti con il medico. La prevenzione primaria si attua principalmente attraverso la diffusione di informazioni corrette e conoscenze orientate a rafforzare o modificare comportamenti e stili di vita. Ma i dati in nostro possesso vengono da una ricerca ancora standardizzata sull'uomo, così come la prevenzione e la valutazione dei rischi ambientali e occupazionali è standardizzata al maschile.

Per rilanciare la promozione della salute delle donne come asse centrale delle politiche, sanitarie e non sanitarie, occorre conseguentemente aggiornare il sistema di rilevazione statistico per una raccolta dei dati di genere correlati alle condizioni socio-economiche delle donne rispetto all'accesso ai servizi sanitari e per modificare la stessa cultura organizzativa dei servizi.

In questo senso si pone anche il sistema di ricerca della SIMG, Health Search e le sue evoluzioni, che pur rimanendo al servizio del lavoro quotidiano dei MMG, hanno contemporaneamente sviluppato la possibilità di estrarre dati finalizzati alla comprensione dei meccanismi dei processi di diagnosi e cura dei pazienti e delle pazienti che accedono ai loro studi.

Raffaella Michieli
Area Salute della Donna, SIMG

Bibliografia di riferimento

Battaglia A, Michieli R. *Terapia ormonale sostitutiva in menopausa*. Rivista SIMG 2007;(4):11-23.

Blair SN, Kohl HW 3rd, Paffenbarger RS Jr, et al. *Physical fitness and all-cause mortality. A prospective study of healthy men and women*. JAMA 1989;262:2395-401.

Calnan MW, Johnson BM. *Influencing health behaviour: how significant is the general practitioner?* Health Educ J 1983;42:39-45.

Donati S, Andreozzi S, Medda E, et al. *Salute riproduttiva tra gli adolescenti: conoscenze, attitudini e comportamenti. Rapporti ISTISAN 00/7*. Istituto Superiore della Sanità 2000.

Gal DL, Santos AC, Barros H. *Leisure-time versus full-day energy expenditure: a cross-sectional study of sedentarism in a Portuguese urban population*. BMC Public Health 2005;5:16.

http://salute24.ilsole24ore.com/bioetica/diritti_del_malato/1398_Medici_e_adolescenti:_Quattro_chiacchiere_in_piu_per_la_prevenzione.php

Moore R, Makkai T, McAllister I. *Perceptions and patterns of drug use: changed since the drug offensive*. Canberra: Department of Community Services and Health 1989.

Nutting PA. *Health promotion in primary medical care: problems and potential*. Preventive Medicine 1986;15:537-48.

Perry N, Broeders M, De Wolf C, et al. *European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis*, 4th edn, 2006. http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2002/cancer/tp_cancer_2002_ext_guid_01.pdf

Pilote L. *A comprehensive view of sex-specific issues related to cardiovascular disease*. CMAJ 2007;176(6 suppl):S1-44.

Slama KJ, Redman S, Cockburn J, et al. *Community views about the role of general practitioners in disease prevention*. Family Practice 1989;6:203-9.

US Preventive Services Task Force. *Aspirin for the prevention of cardiovascular disease: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement*. Ann Intern Med 2009;150:396-404.

