

# Uno sguardo di genere sulla malattia mentale

LE DIFFERENZE DI GENERE POSSONO INFLUENZARE IL MODO IN CUI LA MALATTIA MENTALE SI MANIFESTA E VIENE TRATTATA DAI SERVIZI? IN QUALI TERMINI TALI DIFFERENZE SI CONFIGURINO COME DISUGUAGLIANZE? L'ARTICOLO SI BASA SU UNA DISAMINA, SEBBENE PARZIALE, DELLA LETTERATURA IN MATERIA E SUI DATI DEL SISTEMA INFORMATIVO PSICHIATRICO DELLA REGIONE LOMBARDIA, RELATIVAMENTE A UN ARCO TEMPORALE DI 7 ANNI.

## QUALCHE DATO EPIDEMIOLOGICO

Dagli studi di Charcot sull'isteria alle analisi odierne dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms), la malattia mentale sembra essere questione in cui il sesso e il genere<sup>1</sup> giocano un ruolo non irrilevante.<sup>1</sup>

Nei dati dell'Oms sul carico di malattia relativo ai disturbi neuropsichiatrici, le donne sono prevalenti in quasi tutti i tipi di disturbo (Who, 2000; Who, 2001).

In particolare, nella depressione (area segnalata come la più preoccupante ed estesa per la salute pubblica) si evidenzia una differenza tra femmine e maschi, a svantaggio delle prime, pari circa al doppio. Dalle analisi dell'Oms, emergono inoltre le seguenti evidenze.

1) Le donne hanno un rischio maggiore di esposizione a eventi drammatici che aumentano esponenzialmente la possibilità di sviluppare forme di disagio mentale:

- l'80% delle vittime provocate nel mondo da guerre civili, conflitti violenti, povertà, ecc., è costituito da donne e bambini;
- la prevalenza nel corso della vita della violenza contro le donne oscilla tra il 16 e il 50%;
- nel corso della vita, una donna su cinque subisce uno stupro o un tentativo di stupro.<sup>2</sup>

2) Le differenze legate al genere si mantengono lungo tutto l'arco della vita:

- nell'adolescenza i tassi relativi a disturbi d'ansia e depressivi sono maggiori nelle ragazze; nei disturbi alimentari (anoressia e bulimia), le femmine rappresentano il 95% del totale dei soggetti ammalati;

*Graziella Civent*

Assistente sociale, docente Università Ca' Foscari, Venezia

- nella fascia di età 15-44, le donne (senza particolari differenze economiche, sociali o di razza) soffrono di depressione di più, e in modo più costante e persistente degli uomini, tanto che la depressione costituisce per loro la principale causa di disabilità (rappresentando il 41,9% della disabilità da disturbi neuropsichiatrici, mentre per gli uomini tale percentuale si ferma al 29,3%);

- nella vecchiaia le donne sono significativamente più colpite, rispetto agli uomini, dai principali problemi di salute mentale tipici dell'età avanzata (depressione, sindromi organiche e demenze) (Who, 2002).

3) Le differenze legate al genere si accompagnano a specifici comportamenti, per esempio le donne risultano essere consumatrici ben più alte rispetto agli uomini di psicofarmaci ("essere donna è un fattore predittivo", dichiara il rapporto dell'Oms sulle disparità di genere in salute mentale "rispetto alla possibilità di ricevere prescrizioni di psicofarmaci").

Nella Conferenza nazionale sulla salute mentale tenutasi a Roma nel gennaio 2001, nel corso della quale è stato fatto il punto sulla situazione italiana in rapporto a dati di morbilità, servizi esistenti e obiettivi da raggiungere, i dati presentati dall'Istituto superiore di sanità hanno confermato il quadro emerso dalle analisi internazionali dell'Oms, sottolineando la prevalenza femminile in molte categorie del disturbo psichico, con un rapporto che arriva fino a 3:1 o, addirittura, 4:1 per disturbi come le depressioni maggiori, i disturbi d'ansia e i disturbi alimentari (Reale, 2002).

## QUALI LE CAUSE DELLA MAGGIORE DIFFUSIONE TRA LE DONNE DEI DISTURBI PSICHICI?

In un saggio del 1977, Phillis Chesler discute se e perché la donna sia, quantitativamente, considerata, e quindi diagnosticata, più pazza dell'uomo nella società americana e in quella occidentale. Chesler legge la maggiore frequenza del disturbo psichico nelle donne in rapporto al margine di errore comportamentale più ridotto riconosciute rispetto all'uomo: il non rispetto delle regole di comportamento prescritte (che per la donna, peraltro, riguardano soprattutto la sfera corporea e familiare e pertanto appaiono "naturali") viene connotato in termini morali e stigmatizzato come anormale molto più per le donne che per gli uomini (Chesler, 1977).

Secondo questa ipotesi dunque le donne non sono malate mentali più di quanto lo siano gli uomini, ma più facilmente degli uomini corrono il rischio di essere etichettate tali.

A questa ipotesi si è successivamente affiancata un'altra visione,<sup>3</sup> secondo la quale, se è vero che alla donna è riconosciuto un margine di errore minore, è altrettanto vero che le viene contemporaneamente richiesto un minore grado di efficienza per potersi mantenere nel nucleo familiare o perché i suoi parenti siano disposti a mantenerla, grazie al fatto che, nonostante il suo comportamento disturbato, garantisce l'assolvimento di quelle funzioni produttive e riproduttive che sono necessarie al mantenimento del nucleo familiare stesso.

È evidente che entrambe le ipotesi sono pensabili solo a partire da una premessa che attribuisce uno statuto diverso (l'uno incardinato nel biologico, l'altro nel sociale) e diseguale a uomini e donne, statuto foriero a sua volta di conseguenze diverse e diseguali: le donne sono considerate più pazze (a partire da criteri culturali diseguali), ma il loro disturbo è tendenzialmente stato considerato, sempre a partire da criteri culturali diseguali, maggiormen-

### Note

<sup>1</sup> Nonostante il termine "sesso" designi un tratto biologico e il termine "genere" indichi attributi costruiti socialmente e comportamenti riferiti a i due sessi in un contesto culturale dato, in letteratura i due termini vengono spesso usati in modo intercambiabile, anche in considerazione della difficoltà a distinguere il peso di ciascuna delle due categorie nell'influenzare le condotte (Tansella, 1997).

<sup>2</sup> Il National Women Study dimostra gli alti tassi di disturbi mentali (Ptd, disturbi ossessivo-compulsivi, tentativi di suicidio, disturbi sessuali, ecc.) e di disturbi da abuso di sostanze tra le donne che sono state vittime di violenza sessuale o di abuso fisico (cfr. Lesesne, Kennedy, 2005).

<sup>3</sup> Non necessariamente contraddicendola, perché, come osserva Julia Kristeva "forse è venuto il momento di fare apparire precisamente la molteplicità dei volti e delle preoccupazioni femminili" (Kristeva, 1998).

te compatibile, rispetto a quanto avviene per gli uomini, con i ruoli sociali loro assegnati.

È ugualmente evidente che il prezzo di questa compatibilità è spesso stato, per le donne molto più che per gli uomini, la rinuncia a sé: in presenza di una contraddizione tra ruolo sociale e bisogni di auto-affermazione (dimensioni che in genere per gli uomini sono coincidenti o comunque in rapporto dialettico) e nell'impossibilità di dare ai propri bisogni risposte organizzate positive, alla donna non è frequentemente restato che "scegliere" tra rinunciare alle proprie istanze o pagare con l'etichettamento di "malata mentale" il prezzo di un'affermazione di sé "incongrua" e "incoerente" rispetto alle attese sociali.

Né la più ampia partecipazione allo statuto sociale, che oggi per certi aspetti si registra, sembra aver indebolito quei fattori di disuguaglianza, ma semmai aver ampliato e complessificato i luoghi della contraddizione e le ragioni di vulnerabilità: per le donne doppio carico di lavoro (familiare ed extra-familiare), ma rispetto agli uomini ancora livelli occupazionali e redditi più bassi, minore possesso di risorse, minore potere sociale.

## COME SI MANIFESTANO LE DIFFERENZE?

Il problema non è tuttavia solo quantitativo: se è vero che alcuni disturbi (quelli dello spettro ansioso-depressivo e i disturbi del comportamento alimentare) sono unanimemente riconosciuti come più rappresentati nelle donne, anche per malattie mentali come la schizofrenia (in cui la distanza tra i tassi di prevalenza nei due sessi si riduce o addirittura si evidenzia uno svantaggio per gli uomini) sono emerse sensibili differenze di genere relativamente a variabili legate alla sintomatologia e all'andamento del disturbo. In particolare, sono state messe in rilievo differenze legate a:

- Età di esordio. "Pur non essendo facile stabilire l'esatto esordio, perché i sintomi sono insidiosi e devono essere giudicati retrospettivamente, tutte le ricerche confermano un esordio più tardivo nelle donne dell'ordine di 5 anni con picco maschile tra i 18 e i 25 anni e duplice picco femminile tra i 25-35 e tra i 44 e i 55 anni. Secondo alcuni il disturbo schizofrenico sarebbe diagnosticato prima negli uomini a causa della maggiore aggressività con cui esso si manifesterebbe nel sesso maschile. È anche possibile che vi sia una maggiore tolleranza per le donne affette da schizofrenia,<sup>4</sup> per cui le famiglie ricorrerebbero più tardi ai servizi specialistici. Un dato comunque

ampiamente confermato è che il 50-60% dei maschi (ma solo il 20-30% delle femmine) ha la prima ammissione in ospedale intorno ai 25 anni" (Boidi, 2002).

- Funzionamento premorbo. Il funzionamento premorbo sembrerebbe tendenzialmente peggiore (con maggiore numero di deficit intellettivi e sociali) nei maschi. Dato l'esordio tardivo, le donne raggiungono infatti, verosimilmente, un più appropriato sviluppo psicologico e sociale: rispetto agli uomini presentano più alta probabilità di avere una relazione affettiva significativa, maggiore autonomia rispetto alla famiglia di origine, minore isolamento, caratteristiche tutte che possono essere assunte come indice prognostico favorevole.

- Decorso ed esito. Anche queste variabili risulterebbero migliori (considerando sia misure cliniche, quali tempo di ospedalizzazione e ricadute, sia indicatori di adattamento sociale) nelle donne.<sup>5</sup>

- Risposta ai farmaci. Nonostante le linee guida relative alla prescrizione farmacologica, per esempio quelle relative ai farmaci antipsicotici, non differenzino tra pazienti maschi e femmine, numerosi studi hanno mostrato che la farmacocinetica e la farmacodinamica sono diverse nei due sessi, evidenziando una risposta tendenzialmente migliore nelle donne a dosi minori di neurolettici (cfr. Seeman, 2004).

- *Compliance* al trattamento. Anche l'adesione alle proposte terapeutiche appare diversa nei due sessi e sembrerebbe migliore nelle donne.

- Attitudini dei familiari. Le famiglie tenderebbero a comportarsi con i figli ammalati secondo modalità legate più al genere che alla malattia. Le pressioni culturali e sociali verso i maschi sono più alte e le aspettative che li riguardano sono meno realistiche e meno compatibili con una sintomatologia spesso caratterizzata da aggressività e comportamenti di ritiro sociale. L'esordio precoce, inoltre, determina maggiore stress, perché le famiglie si colpevolizzano di più, non potendo attribuire la causa della malattia a fattori esterni (come accade invece nel caso delle figlie che, ammalando più tardi, hanno già sperimentato rapporti esterni alla famiglia).

Come ricorda Boidi, cui si deve l'analisi sopra riportata, "sia per l'esordio tardivo, sia perché i sintomi precoci sono meno severi, sia perché le famiglie tollerano più facilmente nelle figlie il progressivo ritiro sociale, le donne giungono più tardi all'osservazione, cercano più facilmente aiuto spontaneamente e collaborano meglio ai programmi di trattamento" (Boidi, 2002).

## UN ALTRO ESEMPIO DEL DIVERSO COMPORTAMENTO MASCHILE E FEMMINILE: SUICIDIO E TENTATO SUICIDIO

Una divergenza (in costante crescita a partire dagli anni '70) nei comportamenti dei due sessi si manifesta anche relativamente ai tassi di suicidio e tentato suicidio: le donne, infatti, tentano il suicidio con una frequenza circa 3 volte più alta rispetto agli uomini, ma gli uomini muoiono per suicidio circa 6 volte più delle donne, tanto che per gli uomini il suicidio è diventato la seconda causa, dopo gli incidenti, e in molti Paesi europei la prima causa di morte nelle fasce di età più giovani (cfr. Möller-Leimkühler, in stampa). Quali fattori determinano questa differenza?

Alcuni studi (cfr. Hunt et al., 2006) mettono in relazione la predominanza maschile nel suicidio con il fatto che gli uomini tendono a scegliere metodi più letali (laddove i tentati suicidi delle donne sarebbero atti prevalentemente dimostrativi o ricattatori volti a richiamare l'attenzione).<sup>6</sup>

Altri (cfr. Hunt et al., 2006) fanno riferimento a fattori sociali, in particolar modo a quelli legati ai ruoli: i suicidi maschili sarebbero, in quest'ottica, indice della maggiore pressione performativa che gli uomini subiscono nel mondo del lavoro, così come nei rapporti con l'altro sesso.<sup>7</sup> L'azione, d'altra parte, è sempre stata campo maschile, ragion per cui l'insuccesso femminile è, come già accennato, meno stigmatizzato (essendo più basse le attese) e più tollerabile, oltre che maggiormente conciliabile con la vita quotidiana.<sup>8</sup>

La maggiore frequenza dei suicidi maschili viene messa in relazione con i ruoli sociali anche in un'altra prospettiva (cfr. Möller-Leimkühler, in stampa) che, al contrario, lega l'aumento del tasso di suicidi maschili verificatosi negli ultimi decenni alla decostruzione dei tradizionali ruoli femminili e maschili e della rappresentazione di sé dei due sessi, decostruzione che ha lasciato gli uomini, molto più che le donne, privi di riferimenti, non essendosi accompagnato a questo processo un positivo e parallelo processo di definizione di modelli identitari alternativi.

Non mancano anche ricerche (cfr. Hunt, et al., 2006) che riconducono i diversi esiti dei comportamenti suicidari maschili e femminili a caratteristiche proprie del genere: gli uomini portano a termine con successo più frequentemente delle donne l'atto autolesivo perché, come riportano molti studi condotti negli Usa, sopravvivere a un suicidio è culturalmente percepito come un comportamento inappropriato per un uomo

(cfr. Canetto, 1997). O anche in quanto più riluttanti a chiedere aiuto (uno studio sulla prevenzione del suicidio condotto in Svizzera, Möller-Leimkühler, in stampa, significativamente riporta che il 75% di quelli che avevano cercato aiuto professionale presso un servizio per la prevenzione del suicidio era costituito da donne, ma il 75% di quelli che nello stesso anno avevano attuato il suicidio era costituito da uomini) e/o meno abili nel parlare del proprio disagio emotivo, meno “resilienti” nel fronteggiare i *life events* stressanti (cfr. Hunt et al., 2006) o, potremmo dire, meno capaci di assorbire ed elaborare il dolore.

Di fronte alla perdita del compagno/a, o comunque di una persona cara, o alla separazione o abbandono da parte del convivente, per esempio, sono gli uomini (più frequentemente nell'età anziana, ma anche nelle fasce più giovani) a non saper trovare strategie di accettazione ed elaborazione del lutto (o semplicemente di riorganizzazione della quotidianità) e a risolvere la perdita attraverso il suicidio.<sup>9</sup>

Come se, in sostanza, le donne custodissero e tutelassero una maggiore prossimità e responsabilità verso la vita (degli altri forse ancora più che della propria). Scriveva Yourcenar in *Fuochi*: “Un figlio è un ostaggio. La vita ci ha catturati. Lo stesso avviene con un cane, una pantera o un cinghiale. Leda diceva: ‘Non sono più libera di suicidarmi da quando ho comprato un cigno’” (Yourcenar, 1984).

È importante sottolineare che il fatto che nella maggior parte dei casi i tentati suicidi femminili non si concludano con la morte non deve portare a una sottovalutazione del fenomeno, non solo perché si tratta di un comportamento indice di un disagio che richiede di essere affrontato, ma anche perché tale comportamento può esitare in disabilità onerose per la persona (e per il sistema assistenziale) e può rappresentare un fattore di rischio significativo per il ripetersi dell'atto suicidario (cfr. Beautrais, 2001).

## I SERVIZI

L'ipotesi che alle donne venga richiesto un più basso livello performativo spiegherebbe il fatto che (stante una differenza, a svantaggio delle donne, nella prevalenza del disturbo psichico tra i due sessi) i tassi di ospedalizzazione non risultino poi così diversi tra uomini e donne e, insieme, spiegherebbe la maggiore richiesta di terapia ambulatoriale da parte delle donne che, evidentemente, nonostante i loro disagi, continuano a vivere nel contesto sociale o semplicemente nel nucleo familiare.

La maggiore richiesta femminile di terapia ambulatoriale può essere ricondotta anche al generale maggiore utilizzo da parte delle donne dei servizi sanitari formali (compresi quelli di medicina generale che, peraltro, costituiscono l'ambito principale di riferimento per l'utenza con disturbi d'ansia e dell'umore).

Tale dato è stato messo in relazione (cfr. Koopmans, Lamers, 2007) a variabili quali: il livello di morbilità tendenzialmente più elevato nelle donne rispetto agli uomini,<sup>10</sup> una percezione dei sintomi e una consapevolezza delle proprie condizioni di salute più attenta e tempestiva nelle donne rispetto agli uomini, una maggiore propensione femminile a chiedere aiuto e, all'opposto, una minore disponibilità da parte maschile a condividere con altri (per esempio con gli operatori dei servizi professionali) il proprio disagio.

Nello specifico dei servizi psichiatrici, il maggiore utilizzo degli stessi da parte delle donne è confermato da diversi studi (cfr. Rhodes et al., 2002), che ripetutamente, basandosi sia su quanto dichiarato dal campione reclutato sia sui dati registrati, riscontrano come le donne mediamente si rivolgano alle strutture territoriali psichiatriche con una frequenza doppia rispetto a quella maschile, differenza che si mantiene anche quando i risultati vengono “aggiustati” per diagnosi o per fattori socio-economici e che evidentemente interroga sul significato del comportamento rilevato. Fermo restando che le variabili sopra richiamate costituiscono una spiegazione attendibile del maggiore ricorso alle strutture psichiatriche territoriali da parte delle donne, è evidente che, per chi svolge un ruolo programmatico e deve operare al fine di ridurre eventuali disuguaglianze nell'accesso ai servizi, il *trend* descritto non può non sollevare la domanda se le donne non facciano un uso inappropriato dei servizi (sovrautilizzandoli) e/o se, piuttosto, i servizi non siano incapaci di intercettare adeguatamente il bisogno maschile (sottorappresentandolo) (cfr. Albizu-Garcia et al., 2001).

Questo dubbio viene sciolto osservando quali risposte i servizi offrono alla domanda di salute loro rivolta.

Sembrerebbe infatti che, pur essendo le donne (per consenso di ricercatori e clinici) le maggiori portatrici di patologia psichica e pur essendo i tassi di utenza femminile dei servizi territoriali più elevati di quelli maschili, la condizione femminile non sia in realtà sufficientemente rappresentata e presa in considerazione in piani di intervento mirati. Nonostante cioè le evidenze scientifiche

mostrino come le donne di ogni gruppo sociale e appartenenti a diverse fasce di età siano il bersaglio preferito di disturbi psichici, la psichiatria, la scienza medica, ma anche l'organizzazione sanitaria non sembrerebbero interrogarsi con la necessaria attenzione su quali strumenti di prevenzione e cura sia opportuno attivare per fronteggiare la situazione.

Si tratta di un silenzio e di una carenza percepibili anche nelle pratiche più attente: “La psichiatria antiistituzionale”, scrivevano le autrici di una ricerca-intervento condotta (2 anni soltanto dopo la promulgazione della legge 180, ovvero in un momento di grande trasformazione culturale) a Napoli, nell'ambito di un servizio rivolto alla sola utenza femminile e gestito interamente da tecnici-donne, “non ha finora ritenuto che vi fosse un problema specifico da cogliere nella malattia mentale della donna. Soltanto da parte di alcuni isolati operatori di salute mentale si è levata qualche voce di perplessità sul modo consueto di affrontare il disagio femminile. Sono e rimangono voci sen-

## Note

4 Non a caso la schizofrenia femminile, presentando condotte adattative più consone al ruolo tradizionale (ritiro, passività), rischia di essere sottodiagnosticata.

5 Anche se le differenze sembrano attenuarsi sul lunghissimo periodo, come si è visto nelle ricerche con *follow-up* di 20 anni e oltre. È inoltre necessario ricordare che, sebbene le donne abbiano tendenzialmente un esito migliore, quando questo non avviene, esse tendono a stare peggio rispetto ai maschi a parità di altre condizioni. Maggiori stress sociali, come l'essere povere, *homeless* e a rischio di abusi fisici e sessuali creano, infatti, una qualità di vita molto povera nelle donne con psicosi cronica.

6 Mentre tendenzialmente, infatti, le donne preferiscono morire tramite ingestione di farmaci, gli uomini tendono a ricorrere a mezzi più aggressivi, cioè, ancora una volta, più “maschili”. Non può non venire alla mente la poesia di Dorothy Parker, autoironica sintesi del pensiero femminile al riguardo: “I rasoi fanno male, i fiumi sono umidi, l'acido lascia tracce e le pillole danno i crampi. Le pistole sono illegali, i cappi cedono, il gas ha una puzza orrenda. Tanto vale vivere”.

7 Non a caso, per esempio, tra i disoccupati il tasso di suicidi è molto più alto rispetto a quello che si riscontra tra chi ha un lavoro.

8 Questa ipotesi potrebbe essere in qualche modo confermata dall'osservazione che, quando invece le donne si avvicinano al successo in campi fortemente legati all'espressione di sé e maggiormente a rischio di incompatibilità con l'assolvimento dei doveri socialmente loro attribuiti (si pensi a titolo di esempio all'ambito artistico), la contraddizione diventa insanabile e, molto più frequentemente che nell'omologo campo maschile, viene gestita dalle donne cancellando se stesse. Hanno risolto in questo modo la contraddizione le fotografe Diane Arbus e Francesca Woodman, le scrittrici Virginia Woolf, Marina Cvetaeva e Ingeborg Bachman, le poetesse Alfonsina Storni, Antonia Pozzi, Amelia Rosselli, Sylvia Plath, Anne Sexton, la drammaturga Sarah Kane, tutte portatrici di un linguaggio, oltre che di condotte, assolutamente innovativi e destabilizzanti rispetto ai ruoli sociali prescritti.

9 Nei vedovi maschi si hanno 4 volte più suicidi che non tra i coniugati (Torre, 1992).

10 Le donne vivono più a lungo ma in peggiori condizioni di salute: tendenzialmente soffrono di più di malattie lievi e transitorie e di malattie croniche non mortali, al contrario degli uomini, che mostrano tassi più elevati di malattie croniche mortali e di mortalità.

sibili ma minoritarie”, in un panorama in cui ciò che risalta è “l’assenza di un modello concettuale interpretativo del disagio della donna” (Cnr, 1982).

D’altra parte, come ci ricorda Boidi (2002), nell’ambito della ricerca le variabili correlate al sesso continuano a essere esplorate in misura ancora insufficiente.

Nell’ambito delle ricerche sui disturbi schizofrenici, per esempio, la percentuale dei maschi reclutati nei trial clinici o farmacologici è in genere sensibilmente più alta (sino a cinque volte a uno).<sup>11</sup>

Nella quasi totalità della produzione scientifica, inoltre, anche se il campione viene suddiviso per sesso, le variabili che possono influenzare la risposta al trattamento, il decorso e l’esito, sono in genere testate sull’insieme dei casi e non vengono fatte correlazioni specifiche tra variabili di esito e sesso.

Conseguentemente, il profilo di malattia su cui vengono costruite le ipotesi di ricerca e che serve da indicazione per le linee guida di trattamento risulta prevalentemente legato alle caratteristiche della popolazione maschile, con il rischio di sottovalutare specifici fattori di rischio o di protezione e di attuare trattamenti meno efficaci per la popolazione femminile (Boidi, 2002).

Il fatto che i servizi non abbiano strutturato specifici modelli interpretativi e specifiche strategie di azione rivolte all’utenza femminile non significa tuttavia che i trattamenti erogati a maschi e femmine siano uguali.

La risposta dei servizi di cura è infatti diversa nei due sessi: “Studi su pazienti lungo-assistiti mettono in evidenza che le donne sono meno rappresentate nei programmi di cura intensiva mirati al recupero delle competenze sociali, meno avviate a programmi di *training* educativo e occupazionale e meno rappresentate negli inserimenti lavorativi. È meno facile cioè che le donne ricevano trattamenti riabilitativi e psicologici, mentre tendono ad avere maggior supporto assistenziale. Inoltre, probabilmente in considerazione del fatto che hanno meno disturbi della condotta, le donne in genere ricevono meno tempo di trattamento (in alcune ricerche da metà a un terzo rispetto ai maschi)” (Boidi, 2002).

La minore offerta di trattamenti riabilitativi-risocializzanti se, da un lato, può essere vista come un indicatore del miglior funzionamento psicosociale delle utenti di sesso femminile, dall’altro non può non essere letta come sintomo del più basso livello di aspettative che gli operatori stessi nutrono nei confronti delle pazienti donne,<sup>12</sup> come cioè se

il mantenimento dei ruoli di moglie, madre e casalinga potesse costituire di per sé un traguardo più che sufficiente.

## IN LOMBARDIA

Quanto finora enunciato trova rispecchiamento nei dati rilevati nella Regione Lombardia.

Il recente Piano regionale per la salute mentale (Dgr n. VII/17513 del 17 maggio 2004), per esempio, nelle sue 40 pagine non dedica neppure una riga a una lettura dei bisogni che tenga conto anche delle specificità di genere. Non lo fa nell’introduzione, dove vengono presentati i dati sulla diffusione dei disturbi psichici nella popolazione, né nelle singole sezioni (per esempio, quella relativa alla depressione o quella dei disturbi alimentari).<sup>13</sup>

Eppure motivi per adottare uno sguardo di genere non mancherebbero.

La Lombardia dispone dal 1982 di un consolidato sistema informativo psichiatrico, che sul modello del registro dei casi, raccoglie (attraverso un software in rete utilizzato dagli erogatori regionali) i dati relativi ai pazienti,<sup>14</sup> identificati univocamente attraverso il codice sanitario individuale, e ai loro contatti con le strutture psichiatriche regionali<sup>15</sup> svolgendo funzioni sia di monitoraggio epidemiologico sia di valorizzazione delle prestazioni (Lora, in stampa).

Analizzando i dati del sistema informativo psichiatrico relativamente al periodo 1/1/1999-31/12/2005 (Lora, in stampa) si rileva innanzitutto un aumento, pari circa al 35%, della prevalenza trattata un anno, ovvero un aumento, nel periodo esaminato, del numero di persone con almeno un contatto nell’anno con le strutture dei Dipartimenti di salute mentale (Dsm) e le strutture private accreditate.<sup>16</sup> Sebbene in termini generali l’aumento più considerevole si registri nelle fasce di età superiori a 45 anni (dato che, da un lato, riflette l’invecchiamento della popolazione generale e dall’altro segnala la ridotta accessibilità delle strutture dei Dsm alle fasce più giovani di popolazione),<sup>17</sup> si evidenzia come in ciascuna fascia di età esaminata i tassi relativi al sesso femminile siano costantemente (anche se per quanto riguarda le fasce di età più giovani, 15-24 e 25-34 anni, il fenomeno si evidenzia solo negli ultimi anni) superiori a quelli dei maschi, con un rapporto M/F che in media è pari a 0,8, ma che raggiunge in alcune situazioni anche valori più elevati: per esempio, nel 2005 ogni 100 maschi si sono rivolte a un servizio di salute mentale 125 donne.

Osservando le caratteristiche delle due popolazioni si notano anche alcune

differenze significative che si mantengono sostanzialmente inalterate nel corso degli anni.

Dall’analisi dei dati emergono in primo luogo importanti differenze, legate al genere nella distribuzione diagnostica.<sup>18</sup> Il tasso relativo ai disturbi schizofrenici, ai disturbi di personalità, ai disturbi da abuso di sostanze e al ritardo mentale resta infatti maggiore nel sesso maschile, mentre l’opposto avviene per i disturbi affettivi e nevrotici, dove il tasso relativo al sesso femminile è quasi doppio rispetto a quello maschile.

Ma anche relativamente agli indicatori socio-demografici, sono evidenti differenze significative tra maschi e femmine: mentre la maggioranza dei maschi in contatto con le strutture psichiatriche è celibe, la maggioranza delle femmine risulta coniugata. Analogamente, si rileva che la maggioranza dei maschi vive nella famiglia di origine, mentre la maggioranza delle femmine vive nella famiglia acquisita. Si tratta di un dato interessante, che sembrerebbe indicare come l’essere coniugati (o conviventi) rappresenti un fattore protettivo per i maschi e, viceversa un fattore di rischio per le donne. Questa ipotesi è stata peraltro avvalorata, perlomeno per quanto riguarda i disturbi depressivi, da diversi studi (cfr. Weissman, Klerman, 1977), che hanno messo in relazione l’essere sposati (o la cura dei figli) a una maggiore esposizione al rischio per le donne di sviluppare disturbi affettivi.

Differenze tra maschi e femmine si registrano anche (forse più prevedibilmente) in aree quali il titolo di studio e l’occupazione. Relativamente al primo, si assiste nel corso degli anni a un aumento dei soggetti (di entrambi i sessi) con diploma di scuola media inferiore e superiore e di laurea, ma sono ancora in maggioranza le donne ad avere solo la licenza elementare. Per quanto riguarda l’occupazione, sebbene tra gli utenti dei servizi l’incremento negli anni di soggetti con occupazione sia più marcato nelle donne, la percentuale di occupati in età lavorativa (vale a dire al di sotto dei 65 anni) resta comunque costantemente maggiore nel sesso maschile rispetto a quello femminile, con uno scarto percentuale di circa 10 punti: nei maschi si passa, infatti, dal 45% del 1999 al 50% del 2005; nelle femmine: dal 34% del 1999 al 42% del 2005.

## DIFFERENZE O DISUGUAGLIANZE?

Le differenze evidenziate vengono, e in che modo, trattate dai servizi?

Guardiamo ancora i dati del Sistema informativo.

I tassi più elevati di prevalenza femminile trovano riscontro nei dati relativi all'utenza in cura presso i Centri psico-sociali (Cps), ovvero le strutture territoriali di accesso alla rete dipartimentale di servizi per la tutela della salute mentale lombarda: in accordo con quanto descritto in letteratura, i tassi relativi al sesso femminile restano, nel periodo esaminato, costantemente superiori a quelli dei maschi (quasi sei pazienti su dieci sono di sesso femminile).

Ma guardando anche ai dati di attività, si scopre che le donne ricevono, in tutte le fasce di età, meno interventi dei maschi.

Questo dato è in parte spiegato dal fatto che i Cps rivolgono più della metà degli interventi erogati ai pazienti con disturbi schizofrenici, categoria che rappresenta solo un quarto della popolazione trattata e nella quale le donne sono meno presenti degli uomini.

Nonostante nel periodo in esame il peso percentuale della schizofrenia si sia ridotto a favore di un incremento degli interventi erogati nei confronti dei disturbi affettivi e nevrotici, l'aumento del numero di pazienti in trattamento (particolarmente significativo proprio per i disturbi nevrotici e affettivi, gruppo nel quale più netta è la prevalenza femminile) ha finito con il determinare una diminuzione del numero di interventi medio in questi due gruppi, a fronte di un incremento di tale indicatore per la schizofrenia e i disturbi di personalità.

Mancando un'elaborazione dei dati disaggregati per sesso e per tipologia di intervento, non è possibile analizzare se esistano differenze tra i due sessi anche di tipo qualitativo oltre che quantitativo.

Quello che è invece certo è che i Cps sono l'unica struttura in cui i tassi più elevati di prevalenza femminile trovano riscontro. Guardando alle altre strutture dei Dsm si verifica, infatti, che sono sempre gli uomini gli utenti percentualmente più seguiti.

Nei Servizi psichiatrici di diagnosi e cura (Spdc), per esempio, in tutti gli anni presi in esame le donne sono complessivamente meno ricoverate degli uomini, subiscono ciascuna un numero di ricoveri inferiore e restano ricoverate per un numero di giorni più basso rispetto a quanto si rileva per i maschi.<sup>19</sup>

Occorre tuttavia dire che se si guarda alle singole fasce di età si riscontrano delle variazioni significative: mentre gli uomini sono ricoverati (e consumano il maggior numero di giornate di degenza) prevalentemente nella fascia di età 25-

34 anni, a partire dai 45 anni sono le donne a essere maggiormente ricoverate e a rimanere nei reparti psichiatrici per un numero di giorni più elevato.

Si tratta di un dato che impone delle riflessioni. Le donne chiedono aiuto ai servizi, lo fanno più di quanto lo facciano gli uomini e soprattutto lo fanno con relativa tempestività, tuttavia ciò non è sufficiente a evitare che la risposta elettiva data al manifestarsi di situazioni di difficoltà in alcune fasi della loro vita (semberebbe principalmente l'età che precede e accompagna l'invecchiamento) sia il ricovero.

A guardare i dati del sistema informativo relativi alle altre tipologie di strutture, emergono alcuni rilievi che potrebbero spiegare questo modello.

Si rileva, per esempio, che nei Centri diurni (CD) i pazienti di sesso maschile hanno tassi costantemente superiori a quelli delle pazienti di sesso femminile, con un rapporto M/F mediamente pari a 1,5. Analogamente i tassi di presenze semiresidenziali erogate nei confronti dei maschi sono costantemente superiori a quelli relativi alle donne: nel 2005, per esempio, più del 60% delle presenze giornaliere in Centro diurno sono state erogate a pazienti di sesso maschile.<sup>20</sup>

Ma anche nelle strutture residenziali, oltre che in quelle semiresidenziali, i pazienti di sesso maschile hanno tassi costantemente superiori a quelli delle pazienti di sesso femminile.

Così avviene nei Centri residenziali terapeutico-riabilitativi (Crt) dove le giornate di degenza erogate ai pazienti di sesso maschile sono superiori, in tutto il periodo in esame, di circa un terzo rispetto a quelle erogate alle femmine.

E così avviene anche nelle Comunità protette (CP), dove sei pazienti su dieci, tra quelli residenti ogni giorno nelle strutture, sono maschi.

Occorre dire tuttavia che il sistema informativo non rileva informazioni relative alla gravità degli utenti, variabile non automaticamente deducibile dalla diagnosi e verosimilmente correlata con la tipologia e l'intensità dei trattamenti erogati. La possibilità di correlare la gravità con il sesso consentirebbe di verificare se il minor impegno dedicato dai servizi all'utenza femminile può essere spiegato con la minore gravità del loro disturbo.<sup>21</sup>

Quello che i dati comunque evidenziano è che, nel periodo preso in esame, il maggiore incremento riguarda, in quasi tutte le variabili considerate, proprio le donne.

Ciò significa che verosimilmente dovranno attrezzarsi per fornire una risposta mirata al malessere femminile,

il che non potrà avvenire se non adottando un'ottica maggiormente attenta alla prevenzione,<sup>22</sup> al trattamento precoce e alla promozione.

Strettamente connessa alla necessità di sviluppare pratiche di prevenzione è l'attenzione maggiore che i servizi dovranno prestare alla dimensione sociale del disagio femminile e all'elaborazione di costrutti di pensiero e di pratiche capaci di tenere conto dei processi di trasformazione sociale in corso. Sarà, per esempio, interessante osservare se nel tempo, a fronte di un probabile ulteriore cambiamento nel profilo

#### Note

11 L'esclusione, per esempio, delle donne dai protocolli farmacologici può avvenire per diverse ragioni: per le fluttuazioni ormonali legate al ciclo riproduttivo, per la presenza di forme di schizofrenia femminile con sintomi sottosoglia per i criteri diagnostici più selettivi, per la limitazione del campione a pazienti di età più giovane (spesso < 45 anni), ecc.

12 È noto che le aspettative degli operatori possono costituire una variabile prognostica importante.

13 Se si esclude l'inclusione della gravidanza e del *post partum* tra le aree potenzialmente a rischio e quindi necessitanti progetti di prevenzione.

14 Vengono rilevate le caratteristiche socio-demografiche e diagnostiche dei pazienti e le diverse tipologie di interventi (prestazioni territoriali, presenze semiresidenziali, ricoveri ospedalieri e residenziali) da questi ricevuti.

15 Le strutture oggetto di rilevazione sono le strutture afferenti ai 24 Dipartimenti di salute mentale pubblici regionali e le strutture private accreditate residenziali e semiresidenziali, mentre sono esclusi dalla rilevazione i pazienti che hanno avuto solo contatti con le strutture private accreditate di ricovero (case di cura) e i pazienti che hanno avuto solo contatti ambulatoriali con strutture private accreditate.

16 Tradotto: mentre nel 1999 in Lombardia era in contatto con i servizi psichiatrici un cittadino su novanta, nel 2005 ha avuto almeno un contatto nell'anno con i servizi psichiatrici un cittadino su settanta.

17 Nonostante le indagini di popolazione condotte anche recentemente in Italia confermino una significativa presenza di disturbi mentali in età giovanile, le strutture psichiatriche non sono percepite come una risorsa fruibile, in quanto probabilmente vissute dalle persone giovani come ancora troppo stigmatizzanti (Lora, in stampa).

18 Le diagnosi sono state formulate in base alla 10<sup>a</sup> Classificazione internazionale delle malattie (Icd 10) dell'Organizzazione mondiale della sanità.

19 Anche se per quanto riguarda le giornate di degenza, va detto che la forcice va restringendosi, e nel 2005 il numero di giornate fruito dalle donne è risultato lievemente superiore a quello delle giornate di ricovero erogate agli uomini.

20 Non solo, ma se si guarda alle caratteristiche socio-anagrafiche delle pazienti seguite nei CD, viene anche il sospetto che si tratti di un segmento molto particolare dell'utenza: prevalentemente nubile, domiciliata presso la famiglia di origine, con bassa scolarità e quasi mai occupata, la paziente tipo del CD si differenzia sensibilmente dalle caratteristiche dei casi prevalenti, tanto da far pensare che gli interventi semiresidenziali che le vengono erogati poco vadano a incidere sulle condizioni di disagio più generali dell'utenza femminile dei servizi.

21 Sarebbe in questo senso auspicabile che le ricerche sulla gravità verificassero alcune semplici ipotesi: Sono più gravi gli uomini o le donne? Hanno gravità diverse (per esempio più sintomi gli uni e più disabilità le altre o viceversa)? E, a parità di gravità, chi riceve più interventi, ovvero quanto pesa in un'analisi statistica multivariata il sesso?

22 Cercando il difficile punto di equilibrio nella sfida di sempre tra psichiatizzazione e prevenzione.

delle popolazioni trattate (in direzione di una migliore scolarizzazione e di una maggiore integrazione socio-lavorativa degli utenti, donne e uomini, dei servizi di salute mentale), si modificheranno anche le aspettative, e gli interventi, degli operatori e, in particolare, quelli rivolti all'utenza femminile.

Non solo. Se, come ricorda l'Oms (Who, 2000), quando si parla di tutela della salute mentale delle donne il *focus* non può essere solo sull'individuo e sui suoi comportamenti,<sup>23</sup> ma deve a più largo raggio tenere sotto attenzione i diversi fattori (socio-culturali, economici, legali, ambientali, ecc.) che possono influenzare le condizioni di benessere, o malessere, degli individui, decisiva sarà anche la capacità dei Dsm, strutture che progressivamente negli anni sembrano essere diventate sempre più sanitarie e autoreferenziali, di aprirsi a un confronto più ampio sia con le altre agenzie territoriali, sia con il mondo dell'informale, in modo da costruire percorsi plurali, flessibili e integrati, maggiormente capaci di rispondere alle specifiche forme di disagio femminile e di agire sui fattori di rischio che possono condizionarne lo sviluppo e il decorso.

#### Bibliografia

- Albizu-Garcia C. E., Alegria M., Freeman D., Vera M., "Gender and health services use for a mental health problem", *Social Science & Medicine*, 53, 2001, pp. 865-878.
- Beautrais A. L., "Suicides and serious suicide attempts: two populations or one?", *Psychological Medicine*, 31, 2001, pp. 837-845.
- Boidi G., "La schizofrenia e la differenza di genere", in Reale E. (a cura di), *Una salute a misura di donna*, Dipartimento Pari Opportunità, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per l'Informazione, Roma, 2002.
- Canetto S. S., "Meanings of gender and suicidal behavior during adolescence", *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 27, 1997, pp. 339-351.
- Cnr - Progetto finalizzato medicina preventiva, *Malattia mentale e ruolo della donna. Dall'esperienza pratica a una nuova teoria del disagio femminile*, Quaderni di documentazione prevenzione malattie mentali, Il Pensiero Scientifico, Roma, 1982.
- Chesler P., *Le donne e la pazzia*, Einaudi, Nuovo Politecnico, Torino, 1977.
- Dgr n. VII/17513 del 17 maggio 2004, "Piano regionale triennale per la salute mentale in attuazione del Piano socio-sanitario regionale 2002-2004".
- Hunt K., Sweeting H., Keohan M., Platt S., "Sex, gender role orientation, gender role attitudes and suicidal thoughts in three generations. A general population study", *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 41, 2006, pp. 641-647.
- Koopmans G., Lamers L., "Gender and health care utilization: the role of mental distress and help-seeking propensity", *Social Science & Medicine*, 64, 2007 pp. 1216-1230.
- Kristeva J., *Le nuove malattie dell'anima*, Borla, Roma, 1998.
- Lesesne C., Kennedy C., "Starting early: promoting the mental health of women and girls throughout the life span", *Journal of Women's Health*, Vol. 14, 9, 2005, pp. 754-763.
- Lora A., *Il sistema di salute mentale della Regione Lombardia*, Direzione Generale Sanità, Regione Lombardia, Milano, in stampa.
- Möller-Leimkühler A. M., "The gender gap in suicide and premature death or: why are men so vulnerable?", *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, in stampa.

Parker D., *Tanto vale vivere. Racconti e poesie*, La Tartaruga, Milano, 1983.

Reale E., "Differenze di genere nella depressione e in altri disturbi psichici", in Reale E. (a cura di), *Una salute a misura di donna*, Dipartimento Pari Opportunità, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per l'Informazione, Roma, 2002.

Rhodes A., Goering P., To T., Williams J. I., "Gender and outpatient mental health service use", *Social Science & Medicine*, 54, 2002, pp. 1-10.

Seeman V., "Gender differences in the prescribing of antipsychotics drugs", *American Journal of Psychiatry*, 161, 2004, pp. 1324-1333.

Tansella M., "Introduzione", in Who - Division of Mental Health and Substance Dependence, *Gender differences in the epidemiology of affective disorders and schizophrenia*, 1997.

Torre E., *Manuale di Epidemiologia psichiatrica*, La Goliardica Pavese, Pavia, 1992.

Yourcenar M., *Fuochi*, Bompiani, Milano, 1984.

Weissman M. M., Klerman G. L., "Sex differences and the epidemiology of depression", *Archives of General Psychiatry*, 34, 1977, pp. 98-111.

Who, *The World Health Report*, 2000.

Who - Department of Mental Health and Substance Dependence, *Women's Mental Health. An Evidence Based Review*, 2000.

Who, *The World Health Report - Mental Health: new understanding, new hope*, 2001.

Who - Department of Mental Health and Substance Dependence, *Gender disparities in mental health*, 2002.

#### Note

<sup>23</sup> Con il rischio di attribuire, in un processo che non è necessariamente *empowering*, la responsabilità delle disuguaglianze a coloro che le subiscono (Who, 2000).

## SEGNALAZIONI

AA. VV.

### LA CURA DELLA VITA NELLA DISABILITÀ E NELLA MALATTIA CRONICA

Gruppo Solidarietà, Castelplanio, 2008, pp. 112, € 11,00.

La "relazione di aiuto", la "relazione che cura", la "relazione tra curante e curato" è il cuore della pubblicazione. Là dove il curato può essere ricondotto al malato o al disabile e dove il curante può essere il medico, l'operatore sanitario, l'educatore, il volontario, l'amico, il parente. Relazioni che rimandano a un'asimmetria, a un'impossibile parità. L'invito è quello di vedere oltre la malattia, la limitatezza, la disabilità, la patologia, per arrivare all'individuo, con i suoi bisogni e i suoi desideri. Un invito ai curanti perché in quel vedere oltre c'è anche un vedere dentro di sé. C'è una relazione che cura e che guarisce anche quando, paradossalmente, davanti a noi c'è una persona inguaribile. Quando l'altro cessa di essere una malattia, una patologia, un'insufficienza. Ricompare, allora, l'umano, che ci mette davanti alle nostre difficoltà e paure, che possono anche assumere la maschera del distacco, che ci fa sperimentare più spesso l'impotenza. A volte ci viene richiesto soltanto di esserci: presenti e silenziosi. L'incontro con la debolezza e la sofferenza può diventare anche l'incontro con noi stessi, con le nostre fragilità e incertezze. Il testo vuole essere un invito a farci attraversare dall'altro, a fargli posto, un altro che non deve scomparire dietro una diagnosi o una patologia. Un altro che, rendendoci meno sicuri e più incerti, può restituirci, nei nostri ruoli, un po' di umanità. Di questo, ci pare, c'è grande bisogno all'interno delle "istituzioni che curano", siano esse ospedali, residenze sanitarie, servizi socio-educativi. Luoghi accoglienti e

non giudicanti; luoghi umanizzanti per gli stessi curanti.

Richiedere il volume a:

grusol@grusol.it, Tel. 0731.703327

R. Tomatis

### L'OMBRA DEL DUBBIO

Sironi, Milano, 2008

Renzo Tomatis, recentemente scomparso, nei suoi romanzi ha saputo trasformare in materia narrativa la sua esperienza di medico ricercatore di fama mondiale. Anche questo suo ultimo libro, composto di quattro storie e ambientato negli Stati Uniti, ha il suo centro nel mondo della scienza medica. I protagonisti sono ricercatori impegnati in studi sperimentali sul cancro e sulle sue cause ambientali. La loro attività non è immune da pressioni esterne - siano quelle del potere politico o delle lobby industriali della chimica o del tabacco - né da rivalità personali o perfino meschinità. In queste condizioni, preservare intatta la ragione del proprio lavoro, coltivare l'indipendenza del giudizio senza perdere il gusto della collaborazione intellettuale e dell'amicizia diventano momenti di un vero impegno: etico non meno che scientifico. Nessuno dei personaggi di questo libro è del tutto "puro": nemmeno il narratore, che si interroga sul proprio agire e riconosce anche in sé il rischio della tiepidezza, dell'ambiguità o del sospetto. Con una prosa nitida e precisa, Tomatis stende nelle sue pagine l'ombra del dubbio: sull'ambiente della ricerca scientifica, sulle umane azioni e sui loro moventi. Quel che emerge, però, non è un pessimismo generico e paralizzante, ma l'aspirazione costante all'onestà dell'agire, alla benevolenza dei rapporti umani, a una scienza che sia al servizio dell'uomo e non degli interessi economici.