

GENERE, AMBIENTE, RISCHIO. DALLA PREVENZIONE ALLA PROMOZIONE DELLA SALUTE

Che cosa sono i “fattori di rischio”?

Trasmissioni televisive, inserti dei quotidiani, riviste femminili parlano spesso di fattori di rischio senza dare un preciso quadro di riferimento. I fattori di rischio infatti sono socialmente prodotti, così come i comportamenti delle persone che questi rischi sceglierebbero (più o meno liberamente) di assumere.

Le teorie del rischio rispetto al cancro, per esempio, sono state spesso criticate dai movimenti di donne: già parlare di “rischio” significherebbe infatti inquadrare il discorso delle cause di una malattia esclusivamente come un problema di comportamenti (“rischiosi” o “non rischiosi”) mentre viene omesso o minimizzato il ruolo degli agenti cancerogeni ambientali sia fisici che chimici, sui quali i soggetti hanno ben poco controllo.

È possibile leggere materiali preventivi di corrente divulgazione senza nemmeno incontrare l’idea che il cancro possa essere causato da agenti cancerogeni fisici (es.: campi elettromagnetici) e da agenti cancerogeni chimici (es.: pesticidi, cloro).

E i rischi “ambientali”?

Quando parliamo di ambiente ci riferiamo ad esso in senso lato: dall’ambiente fisico esterno all’ambiente di lavoro, dall’ambiente in

casa a quello sociale che influenza la nostra psiche e anche, attraverso questa ultima, il rapporto che abbiamo con il nostro corpo.

Già dal 1964 l'Organizzazione mondiale della sanità sostiene che l'80% delle cause di cancro dipende da agenti cancerogeni prodotti dagli umani. Sfortunatamente i tentativi di bandire le sostanze più pericolose si sono scontrati - spesso anche a livello giuridico - con gli interessi di grandi gruppi industriali.

Tale fenomeno è particolarmente visibile negli Stati Uniti attraverso due esempi. Negli Anni 50 le sigarette venivano chiamate "chiodi della bara" (*coffin nails*) e vi era una diffusa consapevolezza della loro pericolosità. L'industria del tabacco scatenò una offensiva mirata a stabilire che non vi era associazione certa tra cancro e fumo attraverso una serie di studi "scientifici", che tranquillizzassero il pubblico ed incrementassero le vendite di sigarette.

Lo stesso fenomeno si è ripetuto nei decenni successivi: potenti marche petrolifere sono riuscite ad invalidare anni di seria ricerca tossicologica, mentre le *lobby* dei grandi proprietari terrieri facevano cancellare le leggi che proibivano l'uso dei pesticidi più pericolosi; leggi promulgate dopo studi epidemiologici sui contadini e le loro famiglie a fronte di tassi di cancro superiori fino all'800% rispetto alla media. Anche di fronte a dati eclatanti e inconfutabili sul piano scientifico, i rischi ambientali sono stati minimizzati a favore di spiegazioni che privilegiassero la responsabilità personale e la eventuale "predisposizione" dei soggetti.

Ma, come vedremo, anche se la malattia viene erroneamente rappresentata come problema individuale, essa è socialmente prodotta.

Esistono rischi "geografici"?

Molte si chiedono anche se la geografia sia un rischio. Certo, in generale chi vive in città è più esposto all'inquinamento delle auto rispetto a chi sta in campagna, i piccoli centri sono meno a rischio dei grandi centri. Ma anche le periferie delle città, spesso degradate, attraversate da flussi di traffico e tralicci dell'alta tensione non sono

immuni da rischi ambientali. Ciò che determina il rischio - anche in campagna - va ricercato nella eventuale presenza di fabbriche, le cui produzioni sono dannose, e di inceneritori, antenne, e quanto altro a livello locale. Quindi non è importante dove si vive, ma la qualità dell'aria che si respira, la quantità di elettrosmog, oltre ad altri rischi accertabili quali la presenza di amianto e radon.

Mentre sul piano globale i cambiamenti climatici sono considerati tra i maggiori determinanti della salute, il *Report 2002* sulla salute in Europa cita anche le "transizioni socio-economiche", guerre e conflitti fra le minacce alla salute delle donne. Questa fonte ufficiale ci indica che vi sarebbero nell'Est europeo più di quattro milioni di donne appartenenti a gruppi migranti e rifugiate che necessiterebbero di attenzioni particolari.

La povertà è qui considerata a ragione un rischio importante: attraverso l'analisi quantitativa del carico di malattie che può essere attribuito ad ogni fattore di rischio, emerge che la malnutrizione da sola contribuisce al 12% delle morti nel mondo.

Anche per le popolazioni in Europa la povertà è considerata una "condizione di rischio" e vi sono chiare evidenze che non è sufficiente l'aumento di ricchezza se non viene data attenzione alla sua distribuzione: gli indicatori di salute sono migliori laddove le società sono più coese e ugualitarie, ovvero dove è minore la deprivazione relativa in alcune fasce.

È chiaro che non vi può essere una salute per ciascuna senza una salute per tutte, e che il criterio di equità nelle nostre politiche sociali e sanitarie è oggi più necessario che mai.

Che cosa sono gli "stili di vita"?

Con l'espressione "stile di vita" si indicano insiemi di comportamenti che i soggetti hanno nella vita quotidiana e che sono giustamente ritenuti alla base di fattori di rischio: fumare, bere alcolici e non fare attività fisica costituiscono le basi per uno stile di vita a rischio di molte malattie, dai tumori ai problemi cardiovascolari.

Anche l'alimentazione è un fattore che rientra negli stili di vita, ma non è completamente frutto di una scelta personale. Infatti mentre posso decidere di evitare il consumo di carni a favore di una dieta prevalentemente vegetariana, ho poco controllo su ciò che viene messo nei cibi industriali: additivi, coloranti, conservanti, emulsionanti e persino organismi geneticamente modificati presenti in molti prodotti, dalle merendine ai biscotti, dalla maionese ai piatti pronti. Quindi i fattori alimentari sono solo in parte frutto dei comportamenti individuali.

E anche i comportamenti sono in larga parte socialmente costruiti: si fuma di più nei paesi dove la pubblicità di tabacco è pressante e diretta ai giovani; si smette di fumare maggiormente nelle aree e nelle fasce d'età in cui si investe in programmi di *smoke-quitting* (cessazione del fumo, *n.d.e.*). Forse non siamo così liberi di scegliere come crediamo di essere: i condizionamenti sociali sono forti e una delle ragioni per cui le donne fumano in maniera crescente (e hanno meno successo degli uomini nei programmi di cessazione del fumo) è che la sigaretta è ancora percepita come un fattore di emancipazione. È però possibile intervenire sui cosiddetti "stili di vita" attraverso l'informazione corretta e sensibile rispetto al *target*, l'incoraggiamento di modelli culturali alternativi, e attraverso politiche sociali mirate alla riduzione del danno.

Quando il genere è un rischio?

Ci sono rischi specificamente legati al corpo della donna: si può menzionare la particolare associazione tra pesticidi e cancro al seno e in generale la maggiore vulnerabilità dei tessuti degli organi riproduttivi che nella donna sono presenti in misura maggiore.

L'alcool danneggia più le donne degli uomini per il rapporto tra acetaldeide ed estrogeni. Essere in sovrappeso è un fattore di rischio maggiore per le donne.

Inoltre le donne soffrono la repentina chiusura della protezione ormonale quando entrano in menopausa e la scelta della terapia

sostitutiva ormonale (TOS) può porle di fronte a un maggior rischio di tumori.

Ma una lettura non biologista ci spinge a guardare alle differenze anche fra le donne, per capire a fondo che cosa significa la costruzione sociale di una malattia.

Le donne impegnate in professioni tradizionalmente maschili tendono ad assumerne anche il rischio: è il caso della donna *manager* relativamente allo *stress* e ai problemi cardiologici connessi.

I tumori della pelle colpiscono maggiormente le donne bianche (in special modo quelle con carnagione chiara ed efelidi) rispetto alle nere, in un rapporto di 50 a 1.

Le donne bianche vanno incontro maggiormente a rischi diversi, dovuti proprio al maggiore accesso a beni di consumo. Le donne benestanti tendono ad utilizzare anche lampade abbronzanti e a fare un uso maggiore di cosmetici, deodoranti (che contengono tra l'altro alluminio), tinture per capelli, ed altri prodotti che contengono agenti chimici spesso dannosi.

È chiaro che l'appartenenza di classe incide a diversi livelli nell'esposizione: dalla qualità dell'alimentazione che una famiglia può permettersi (il "biologico" non è alla portata di tutti/e) a quella dell'acqua potabilizzata con sempre più alte percentuali di cloro, un potente cancerogeno, inventato negli Usa come arma chimica prima della fine della Seconda Guerra mondiale, oggi battericida a basso prezzo per i nostri acquedotti.

Anche qui vale lo stesso discorso: non tutte le famiglie possono permettersi di cuocere la pasta ogni giorno in acqua di bottiglia. Ma il cloro si volatilizza nel giro di 3-4 giorni e l'acqua può successivamente essere utilizzata per cucinare.

Quali sono i fattori di rischio per il cancro?

I fattori di rischio per il cancro possono essere raggruppati in sei grandi categorie in base al tipo di intervento che si profila sul piano della prevenzione primaria:

- ◆ alimentazione/dieta e *fitness*;

- ◆ tabacco (fumo attivo e passivo, sniffato, masticato) e consumo di alcool;
- ◆ esposizione ad agenti cancerogeni chimici;
- ◆ esposizione ad agenti cancerogeni fisici (es. radiazioni ionizzanti);
- ◆ fattori genetici e paragenetici;
- ◆ fattori virali, malattie precursori (es. epatite) ed altre lesioni premaligne;
- ◆ trapianti, operazioni chirurgiche, terapie mediche, pillola anti-concezionale;
- ◆ stress e altri fattori psico-sociali.

Va altresì ricordato che il cancro si profila come malattia multifattoriale: spesso ci troviamo di fronte ad una eziologia mista. Innumerevole è la quantità di agenti cancerogeni con cui entriamo in contatto nella nostra vita quotidiana: purtroppo vi è una grande carenza di studi in tal senso che ci chiariscano la portata delle esposizioni multiple cui siamo sottoposte.

Rischi occupazionali e rischi domestici

I rischi occupazionali sono quelli da più tempo studiati: le industrie che producono sostanze nocive, prima di danneggiare l'ambiente circostante e chi vi abita, danneggiano i lavoratori che sono quotidianamente alle prese con tali sostanze in maniera ravvicinata e continuativa. Ma solo il 30% dei casi di malattia occupazionale segnalato in Italia è effettivamente riconosciuto come tale ed indennizzato.

Il rischio occupazionale legato classicamente al lavoro industriale interessa maggiormente gli uomini che le donne, giacché questi settori - la cui pericolosità è stata studiata negli scorsi decenni - sono quelli che tradizionalmente impiegano forza lavoro maschile. Oggi vi sono nuovi rischi occupazionali legati alla *new economy*, che creano nuove patologie e interessano maggiormente le donne, non ancora adeguatamente studiati.

Va aggiunto che l'inquinamento dei luoghi chiusi non riguarda

solo le fabbriche: è un problema anche in ufficio (campi elettromagnetici, computer) dove in maggioranza lavorano donne - e in casa, dove le famiglie passano la maggior parte del tempo e dove le casalinghe erogano ogni giorno il proprio lavoro di cura.

Molti rischi sono presenti nelle nostre case: dai tessuti ai televisori, dai giocattoli ai cosmetici. Una recente ricerca europea cosponsorizzata dalla Organizzazione Europea Consumatori e dall'Associazione Europea per la Salute Pubblica, denunciando che la produzione di sostanze chimiche è passata da un milione di tonnellate l'anno a 400 milioni di tonnellate (*Eea Unep 1998*), ha analizzato i campioni di polvere nelle case riscontrando numerose sostanze tossiche, alcune anche cancerogene. In media ogni grammo di polvere risulta contenere mezzo milligrammo di quattro sostanze pericolose con rischio di: tumori, disturbi del sistema endocrino e riproduttivo, aumento di asma e allergie.

La Commissione europea ha riconosciuto la necessità di liberare la popolazione da queste sostanze pericolose obbligando le industrie a sostituire i composti pericolosi; ma purtroppo non vi sono stati ancora cambiamenti rilevanti.

Appartenenza etnica come costruzione sociale

Nel nostro paese le differenze etniche nella salute e nella malattia hanno solo di recente ottenuto attenzione in seguito alle migrazioni di forza lavoro da altri paesi. L'approccio iniziale è stato di tipo protettivo: si vedevano cioè le persone appartenenti ad altre etnie prevalentemente come possibili portatori di malattie esotiche. Questo ha lasciato il posto ad un approccio di tipo diverso e negli anni successivi si è valutato che la persona migrante è soprattutto un soggetto vulnerabile che si trova improvvisamente in un ambiente fisico (dal clima all'alimentazione) e sociale diverso.

Le donne di colore presenti sul nostro territorio sono impegnate principalmente nel lavoro di cura, nella piccola industria e come *sex workers* - spesso forzate alla prostituzione in un rapporto di lavoro

schiavile - sono più a rischio delle autoctone di contrarre malattie sessualmente trasmissibili, di frequenti gravidanze indesiderate, di metodi abortivi chimici rischiosi, di essere oggetto di violenze e di pratiche sessuali altamente rischiose (es: *dry sex*).

In generale le migranti soffrono di problemi - dalle affezioni respiratorie ai disturbi psicologici - di cui non avrebbero sofferto nel proprio paese di origine e conducono una esistenza mediamente più povera, precaria e stressante, oltre ad avere un accesso minore (per questioni sia culturali sia materiali) alle cure sanitarie. Un'attenzione specifica sia in termini di prevenzione sia di cura potrebbe risolvere molti dei problemi che le lavoratrici straniere hanno nel nostro paese, con beneficio per loro e per tutta la popolazione.

La malattia è una colpa? La genetica e l'atteggiamento di biasimo dei medici

Molto spesso è stata individuata la tendenza a biasimare la vittima per la sua malattia. Questo comportamento dei medici, indirizzato più frequentemente verso le donne - indicato in inglese con l'espressione *blame the victim* - tende a ricercare la responsabilità della malattia nel corredo genetico o nei comportamenti individuali della persona diagnosticata. Tale atteggiamento, spesso menzionato dalle associazioni di donne malate, è controproducente anche nelle pratiche preventive.

Sull'ereditarietà spesso si fondano molti pregiudizi: anche gli scienziati affezionati all'idea dell'origine genetica del cancro non addebitano più del 5% di responsabilità della malattia ai geni ricevuti come bagaglio alla nascita. I tumori ereditabili sono rari e tendono a colpire già nell'infanzia (come nel caso del retinoblastoma).

Un prestigioso simposio di genetisti a San Francisco ha evidenziato i limiti della attuale ricerca - che è condotta su modelli artificiali e separatamente dalla anatomia patologica - e ha messo in luce come i cosiddetti "geni del cancro al seno" (denominati *Brka1* e *Brka2*) si riscontrino effettivamente solo in una malata ogni 200.

Evidentemente quello che avviene nei vetrini dei laboratori è ancora lontano dallo spiegare quello che avviene ai corpi reali delle persone che vivono in specifici aggregati sociali.

Sulla base di ondate di paura che hanno percorso gli Stati Uniti durante gli anni '90, i medici sono arrivati a consigliare la mastectomia bilaterale profilattica alle ragazze la cui madre o nonna avesse avuto diagnosi di cancro al seno. È evidente come l'amputazione di un organo sano sia una aberrazione, che non corrisponde certo all'imperativo medico "*primum non nocere*", ma a logiche militari per le quali, ad esempio, l'unico modo di salvaguardare le foreste dagli incendi è l'abbattimento di tutti gli alberi.

Che cosa si intende per prevenzione?

Esistono due tipi di prevenzione:

➤ la prevenzione primaria si prefigge come scopo l'**eliminazione o la riduzione delle cause di malattia**, attraverso il controllo dei cibi, dell'acqua, dell'aria e dell'ambiente fisico. Ma non solo, la prevenzione primaria si prefigge anche la modificazione di quei rapporti sociali che riducono le capacità di autonomia e di libertà delle persone, che sono alla base del benessere. Purtroppo la prevenzione primaria in Italia si concentra quasi unicamente sul fumo di sigaretta (diretto e indiretto) e su altri comportamenti che non colgono tutti i problemi legati alle differenze di genere e di cultura;

➤ la prevenzione secondaria ha come obiettivo la **diagnosi precoce della malattia**, che in molti casi può salvare la vita della persona. Di particolare successo per la salute delle donne è il **pap-test**, che ha ridotto fortemente la mortalità femminile dovuta al tumore del collo dell'utero. Oggi circa il 30% dei tumori al seno viene scoperto grazie alle metodologie di diagnosi precoce, mentre i due terzi attraverso la semplice autopalpazione (volontaria o casuale): è quindi importante per le donne imparare a conoscere il proprio seno senza pudori e segnalare agli specialisti le eventuali variazioni.



PER UNA PREVENZIONE SOCIALE: CHE COSA POSSONO FARE I MEDICI?

Spesso viene privilegiata la prevenzione *individual oriented*, quella cioè che insegna agli individui come comportarsi per evitare le malattie, come seguire uno stile di vita sano. Ma non tutta la prevenzione può essere lasciata nelle mani delle singole persone, né tutti i fattori di rischio possono essere controllati dalle volontà individuali.

Quello che manca in molti paesi industrializzati è un modello di prevenzione *social oriented*, ovvero diretto alle comunità, che tenga in conto in maniera specifica il genere, le età, le diverse culture presenti sul territorio, gli orientamenti sessuali e religiosi.

È chiaro che un intervento di salute pubblica capillare non deve essere atteso come provvedimento dall'alto, soprattutto quando vi sono contesti nazionali, come il nostro ad esempio, dove lo Stato trae vantaggio dalla vendita di tabacco ed alcolici, oppure dove alcuni prodotti alimentari e cosmetici "pericolosi" sono normalmente disponibili sugli scaffali del supermercato.

Ma "la prevenzione sociale" può partire proprio dal lavoro di base di operatori/trici della salute che sono a contatto con le malattie che si sviluppano in una determinata area; e dall'attività di promozione culturale di gruppi sociali direttamente interessati a specifici problemi di salute.

Infine non bisogna dimenticare che: **conoscere significa prevenire.**

Consigli utili per la promozione della salute

Oltre alla prevenzione di singole malattie - dal cancro alle malattie sessualmente trasmissibili - è importante attivarsi per conoscere alcune pratiche di promozione della salute, che difendono e rafforzano quello specifico ambiente che è il nostro corpo.

Le strategie di promozione della salute sono molteplici e costituiscono i denominatori comuni della prevenzione di molte patologie:

- dall'uso di materiali edili ecologici alle strategie per evitare l'elettrosmog, dalla dieta mediterranea a base di legumi e cereali - una alimentazione che privilegia le proteine vegetali rispetto a quelle animali - a una maggiore attenzione nel diminuire i grassi a favore di una alimentazione ricca di frutta e verdura non trattata;

- dalla regolare attività fisica quotidiana alle tecniche di rilassamento che diminuiscono lo *stress*, a forme di "ecologia della mente" per imparare a valorizzare il proprio tempo, ascoltare le emozioni e a stare bene con le persone che ci circondano.



CHE COSA POSSONO FARE LE DONNE INSIEME?

Creare gruppi di sensibilizzazione sulla salute per diffondere elementi di prevenzione primaria sul modello delle esperienze autogestite dalle *promotoras de salud* nelle comunità a basso reddito dell'America latina.

Queste esperienze, che non hanno sufficienti risorse monetarie, ma che utilizzano appieno quelle umane (incluse le donne diagnosticate) e di *networking* fra donne, mostrano come sia possibile invertire almeno in parte la tendenza verso l'alto della *epidemia di cancro* - che interessa sempre più, nei paesi industrializzati, i bambini e i giovani che vengono diagnosticati con cancro in misura crescente - ed ottenere maggior controllo sul territorio rispetto alla produzione e alla diffusione di agenti cancerogeni sia chimici sia fisici.

Se la produzione della malattia è sociale, altrettanto sociale deve essere la risposta. Alcune cause di cancro, come ad esempio l'uso di tabacco, possono essere combattute prevalentemente a livello individuale; ma la maggior parte di esse, che riguardano le scelte di salute pubblica, devono essere contrastate con il pieno coinvolgimento delle comunità e delle donne in primo luogo.