

Inizia con questo numero, a partire da queste pagine, un'occasione.

Prende vita uno spazio dedicato a informazioni, esperienze, costruzione di conoscenza che muovono dall'incontro delle donne con la ricerca, punto d'incontro di competenze professionali diverse ma in relazione tra loro: dalla ginecologia alla metodologia della ricerca quantitativa e qualitativa, dalla farmacologia alle discipline umanistiche. Un'ottica di genere dunque, che legge dentro a queste parole significati diversi: la donna oggetto di quale attenzione nei protocolli di ricerca? Che cosa significa produrre ricerca *gender sensitive*? Come possiamo migliorare l'attenzione ai contenuti di genere nella produzione scientifica? Ma anche: vita dura oggi e sempre per le donne ricercatrici? Che cosa pensano le giovani donne che iniziano percorsi di formazione e ricerca, intorno a questi temi?

Chi di noi è dentro la pratica clinica di tutti i giorni conosce molto bene la natura che governa gli spazi dedicati: è una natura ambivalente, che introduce attenzione e opportunità, ma tende nello stesso tempo a confinare temi rilevanti e strutturalmente trascurati, in luoghi di marginalità.

Noi vogliamo cogliere questa opportunità, "sentire che aria tira in giro" mescolando le segnalazioni dal mondo, le conoscenze prodotte dai gruppi di ricerca attenti alle questioni di genere, con la fatica, la soddisfazione, le preoccupazioni, i pensieri, spesso non scritti, che abitano tutti coloro che ogni giorno, nella propria attività, provano a praticare e a disseminare spazi, tempi e contenuti di genere diverso. Ci proviamo!

TAGLIO CESAREO: UNA PRATICA SFUGGITA DI MANO?

Merita un commento di sostegno la linea guida dal titolo: "Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole", pubblicata a gennaio del 2010, come parte dell'attività del Sistema Nazionale per le Linee Guida (Istituto Superiore di Sanità - Ministero della Salute, www.snlg.iss.it).

Il documento tenta faticosamente di mettere un po' d'ordine in una realtà che sempre più drammaticamente evoca questa domanda. Infatti "in Italia il ricorso alla pratica del taglio cesareo ha raggiunto livelli allarmanti, sia per il numero di interventi effettuati, ben al di sopra della proporzione registrata negli altri paesi europei, sia per la variabilità rilevata tra le diverse regioni e aziende sanitarie. Questa variabilità, in particolare, sembra essere un indizio importante di comportamenti clinico-assistenziali non appropriati, in assenza di prove scientifiche che associno il maggior ricorso alla chirurgia a una diversa distribuzione dei fattori di rischio materno-fetali o, per altro verso, a miglioramenti effettivi degli esiti perinatali".

Tradotto in numeri questo significa che nel nostro Paese, per il ricorso al taglio cesareo,

siamo passati dall'11% nel 1980 al 38% nel 2008. L'Italia presenta a livello europeo la più alta percentuale di cesarei, seguita dal Portogallo con il 33%, mentre negli altri paesi si registrano valori inferiori al 30%. La variabilità interna su base regionale, ci mostra valori tendenzialmente più bassi nell'Italia settentrionale: si va dal 23% nella provincia di Trento e in Friuli Venezia Giulia, al 62% in Campania.

Infine, si registrano anche differenze intraregionali tra punti nascita a diversa tipologia amministrativa e volume di attività, con percentuali di cesarei nettamente superiori alla media nazionale nei reparti con basso numero di parti e nelle strutture private rispetto a quelle pubbliche.

È dunque in maniera chiara, anche in documenti prodotti a livello istituzionale, l'eccesso di medicalizzazione a cui sono andati incontro nel nostro paese eventi come la gravidanza e il parto, insieme all'urgenza e alla necessità di rimettere le cose al loro posto, sul terreno del consolidamento delle buone pratiche nell'assistenza alla nascita.

È importante rilevare come il primo dei due documenti previsti dal piano affronti quesiti riconducibili al tema più generale della *patient-oriented care*, con l'obiettivo di migliorare la comunicazione tra le donne e gli operatori

sanitari e favorire scelte consapevoli e condivise sul parto. A tale scopo è stata prodotta anche una versione divulgativa delle raccomandazioni, specificamente rivolta alle donne.

Ottimo lavoro quindi, da sostenere e disseminare.

Occasione da cogliere, parlando di genere ma non solo, per una riflessione più generale su quello che significano le nostre pratiche. La medicina ha trasformato la gravidanza e il parto in eventi sempre meno rischiosi per la mamma e il bambino, ma vale la pena cominciare a ragionare su alcune cicatrici che queste fughe in avanti, per i motivi più diversi,

pilotate dalla tecnica nelle sue diverse espressioni, lasciano sul corpo, la mente e il cuore delle donne, come la distruzione della trasmissione di esperienza tra le generazioni e da parte di figure significative in campo materno-infantile.

Neppure per gli operatori le cose sono tanto semplici: anche per loro "... è fondamentale non tanto ciò che la tecnica fa, quanto piuttosto ciò che essa significa... In pochi anni le macchine hanno estinto nei ginecologi il senso del tatto" (Barbara Duden).

Renata Bortolus

renata.bortolus@ospedaleuniverona.it

PILLOLE DI METODOLOGIA

L'HEALTH-SURVIVAL PARADOX: BIAS DI SELEZIONE E DI INFORMAZIONE?

C'è una notevole discrepanza tra la salute e la sopravvivenza degli uomini rispetto alle donne in tutte le parti del mondo: le donne hanno peggior salute, ma migliore sopravvivenza degli uomini: è il cosiddetto Health-Survival Paradox.

Ci sono diverse possibili spiegazioni a questo paradosso, ma i meccanismi ad esso sottostanti non sono ancora chiari. Probabilmente queste differenze sono dovute a cause multifattoriali, in parte biologiche e in parte comportamentali. Non è tuttavia da escludere la possibilità che parte di tali differenze sia dovuta a problemi metodologici degli studi, come ad esempio un bias di informazione sesso-specifico, dovuto ad esempio ad un diverso grado di partecipazione da parte degli uomini rispetto alle donne o ad una maggior accuratezza di queste ultime nel riportare disabilità e malattie.

Uno studio danese (Oksuzyan A et al., 2009) esplora questa ultima possibilità, sfruttando la tradizione tipica dei paesi nordici in materia di indagini sulla popolazione e di buona qualità dei registri di popolazione.

Utilizzando una combinazione di dati provenienti da indagini e dal Registro Nazionale della Popolazione danese, che contiene informazioni anche sulle ospedalizzazioni (sia per tutte le cause che per diagnosi specifiche) e sui consumi di farmaci, lo studio vuole valutare se una selezione sesso-specifica

e un bias di informazione nelle *survey* possano contribuire a spiegare l'health-survival paradox.

Ne risulta che gli uomini hanno tassi di partecipazione più alti a tutte le età; le donne ospedalizzate hanno tassi di partecipazione più alti rispetto alle non ospedalizzate; le donne che prendono farmaci *all-causes* hanno tassi di partecipazione più elevati delle non *users*, mentre per gli uomini non esiste tale relazione.

La sovrarappresentazione di donne ospedalizzate e di donne che utilizzano farmaci, secondo gli autori, può contribuire alla spiegazione del paradosso, anche se probabilmente in misura limitata.

Al di là dell'importanza in sé di questa spiegazione del paradosso, è interessante l'approccio *biased specific* di questo lavoro: negli studi molte relazioni sono male interpretate proprio per l'incapacità di pensare in termini di fattori confondenti, di fondamentale importanza perché possono stravolgere completamente le relazioni tra variabili.

Giulia Bisoffi

giulia.bisoffi@ospedaleuniverona.it

Oksuzyan A, Petersen I, Stovring H, Bingley P, Vaupel JW, Christensen K. The male-female health-survival paradox: a survey and register study of the impact of sex-specific selection and information bias. *Ann Epidemiol* 2009; 19: 504-11.

MEMORIA

A partire dalle difficoltà incontrate dalla Mayo Mammography Clinic

nella conduzione di uno studio longitudinale su vasta scala sull'associazione causale fra densità del seno e cancro al seno, l'articolo si confronta con il tema del progressivo allontanamento della popolazione dalla partecipazione a ricerche epidemiologiche che si è prodotto negli Stati Uniti dagli anni '70 in poi. Questo allontanamento selettivo determina una diminuzione della validità degli studi e della loro generalizzabilità a causa delle distorsioni che si producono nel campione. I focus group condotti hanno permesso di individuare le resistenze alla partecipazione allo studio fra cui: la scarsa comprensione degli aspetti tecnici riportati nel consenso informato, la scarsa fiducia nelle proprie capacità di rispondere adeguatamente alle domande, la percezione di lontananza dal tema e i timori suscitati da alcune domande. Tutto questo si aggiunge alla sovraesposizione alle indagini postali. Hanno giocato invece a favore della decisione di partecipare esperienze di tumore al seno personali o di persone vicine. •

Sinicrope PS, Patten CA, Bonnema SM, et al. Healthy women's motivators and barriers to participation in a breast cancer cohort study: a qualitative study. Ann Epidemiol 2009; 19: 484-93.

L'insicurezza lavorativa è nota come un fattore associato con una minore salute fisica e psichica,

una peggiore salute percepita e un aumento del rischio di cardiopatia coronarica. Alla luce della recente crisi economica questo studio, pur condotto su dati precedenti, può gettare qualche luce sulle possibili conseguenze dell'insicurezza lavorativa sulla salute. Sono stati utilizzati i dati di 3 rilevazioni di popolazione condotte fra il 2002 e il 2006 in 16 paesi europei fra cui l'Italia. L'analisi è stata limitata alle persone fra i 45 e i 70 anni. La percentuale di persone che vivono il proprio lavoro come insicuro variava dal 14,2% al 41,7%. In generale l'*odds ratio* dell'associazione fra scarsa salute einsicurezza lavorativa è risultato di 1,39 (1,61 per le donne e 1,35 per gli uomini). Limitatamente all'Italia tale relazione non è tuttavia risultata significativa. Sempre in Italia infatti le donne, rispetto agli uomini, hanno un po' più di probabilità di

valutare la propria salute come scadente in relazione all'insicurezza lavorativa. La relazione fra salute percepita einsicurezza lavorativa è piuttosto omogenea fra i paesi europei coinvolti e questo fa dire agli autori che un buon sistema di Welfare non è comunque in grado di eliminare gli effetti negativi dell'insicurezza lavorativa sulla salute percepita. Sesso, età, grado di istruzione, stato civile, fattori legati al lavoro, stili di vita e malattie croniche non spiegano tuttavia i motivi di questa associazione che resta in gran parte da chiarire. •

La'szlo' KD, Pikhart H, Koppa MS, et al. Job in security and health: a study of 16 european countries. Soc Sci Med 2010; 70: 867-74.

Buone notizie per le donne dopo i 50 anni!

Uno studio recentissimo condotto in Inghilterra, Scozia e Galles ha valutato le capacità cognitive di 9600 partecipanti a una coorte di soggetti seguiti fin dalla loro nascita, nel 1958. La valutazione ha riguardato la memoria immediata e differita, la fluidità verbale nonché la velocità e l'accuratezza con cui venivano processate le informazioni. Le donne hanno ottenuto risultati significativamente migliori dei coetanei maschi in entrambi i test di memoria e nel test di velocità mentale, mentre gli uomini hanno ottenuto risultati migliori nel test di fluidità verbale e di accuratezza.

Inoltre non fumatori ed ex-fumatori hanno fatto registrare risultati migliori dei fumatori nelle prove di memoria, anche dopo i dovuti aggiustamenti per variabili socio demografiche.

Gli astemi invece hanno ottenuto risultati peggiori dei moderati bevitori in tutte le prove e persino dei bevitori accaniti nelle prove di memoria e fluidità verbale. Il fattore predittivo migliore dei risultati a tutte le prove a 50 anni restano tuttavia le funzioni cognitive infantili. •

Brown M, Dodgeon B. NCDS cognitive assessments at age 50: initial results. London: CLS, 2010. (www.cls.ioe.ac.uk/news.asp?section=000100010003&item=562)

Rubrica a cura di
Giulia Bisoffi, Renata Bortolus (coordinamento),
Anita Conforti, Francesca Filippini,
Simonetta Friso, Cristina Oliani, Nadia Oprandi.