

Agosto 2014 anno 13
numero **37**

Rivista medico-scientifica
dell'Ordine dei Medici
Chirurghi e degli Odontoiatri
della Provincia di Arezzo



IL CESALPINO

PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO

- Trombosi venosa profonda degli arti inferiori: percorso diagnostico-terapeutico ed esperienza della zona Valdichiana.

ESPERIENZA OSPEDALE TERRITORIO

- "Direct link" Ospedale - Territorio: la proposta del Laboratorio per fruire delle informazioni TAO orientate all'assistenza

AMBIENTE E SALUTE

- Ambiente e Salute per uno Sviluppo sano, equo e duraturo: da Modena alcune esperienze e proposte.

MEDICINA E SALUTE PUBBLICA

- La sfida degli oncologi medici italiani per ridurre l'impatto ambientale della loro attività professionale

Il Cesalpino - Periodico quadrimestrale - N° Registrazione ROC 16902

Poste Italiane SpA - Spedizione in abbonamento postale - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27-02-2004 n. 46) art. 1, comma 1, CB Arezzo
Direttore Responsabile Roberto Romizi - Aut. Trib. n°7 - 2001/del registro stampa n°522/2001 - Stampa L.P. Grafiche Arezzo

ISSN 0394-6231

Sommario

Editoriale

- 2 ■ Lorenzo Droandi

Riflessioni

- 3 ■ “Pillole amare”.
M. Bardi

Percorso diagnostico-terapeutico

- 4 ■ **Trombosi venosa profonda degli arti inferiori: percorso diagnostico-terapeutico ed esperienza della zona Valdichiana.**
R. Migliacci, C. Corbacelli, A. Salvicchi,
S. Faenzi, G.A. Porciello, G. Migliacci

Epigenetica

- 9 ■ **Epigenetica cerebrale, i segni dell'ambiente e della società nel cervello.**
F. Bottaccioli

Esperienza ospedale territorio

- 14 ■ **“Direct link” Ospedale - Territorio: la proposta del Laboratorio per fruire delle informazioni TAO orientate all'assistenza**
M. Borgogni

Medicina di genere

- 19 ■ **“La medicina di genere: dalla metodologia della ricerca al socioculturale”**
A. Frullini

Storia della medicina

- 24 ■ **Il primato degli italiani**
N. Magnavita

Ambiente e salute

- 27 ■ **Ambiente e Salute per uno Sviluppo sano, equo e duraturo: da Modena alcune esperienze e proposte.**
P. Lauriola
- 31 ■ **Plankthotrix rubescens: il caso di studio del lago di Vico**
A. Litta
- 35 ■ **Cambiamenti climatici, profughi ambientali e salute: verso quale futuro?**
A. Sannella
- 37 ■ **Il principio di sostituzione per gli interferenti endocrini: il progetto europeo LIFE-EDESIA**
S. Lorenzetti, A. Mantovani

Medicina e salute pubblica

- 41 ■ **La sfida degli oncologi medici italiani per ridurre l'impatto ambientale della loro attività professionale**
G. Porcile, S. Palazzo, C. Olini, S. Crispino, S. Bretti,
M. Clerico, D. Cova, A. Bonaldi, R. Romizi

Lettera al Direttore

- 44 ■ **Tonno, inquinamento marino e promozione della salute.**
C. Brini

IL CESALPINO

*Rivista medico-scientifica
dell'Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
della Provincia di Arezzo*

Agosto 2014

anno 13 - numero 37

Comitato editoriale e redazione

Consiglio provinciale dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri

Presidente: Lorenzo Droandi

Direttore responsabile

Roberto Romizi

In redazione

Angiolo Agnolucci, Amedeo Bianchi,
Giovanni Casi, Alberto Cinelli,
Giovanni Falsini, Giovanni Iannelli,
Salvatore Lenti, Giovanni Linoli,
Giulio Ozzola, Piero Pieri, Mauro Sasdelli.

Coordinamento redazionale

Cesare Maggi, Isabella De Napoli

Segreteria redazionale e

progetto grafico

Simona Ghezzi
redazionecesalpino@gmail.com
c/o Ordine dei Medici Chirurghi e
degli Odontoiatri
Viale Giotto, 134 - 52100 Arezzo
tel. (+39) 0575 22724
fax (+39) 0575 300758
chirurgi@omceoar.it
odontoiatri@omceoar.it
www.omceoar.it

Aut. Trib. n°7 - 2001
del registro stampa n° 522/2001
La informiamo che secondo quanto
disposto dall'art. 13, comma 1, della
legge 675/96 sulla “Tutela dei dati
personali”, Lei ha diritto, in qualsiasi
momento e del tutto gratuitamente, di
consultare, far modificare o cancellare i
Suoi dati o semplicemente opporsi
al loro trattamento per l'invio
della presente rivista.

In copertina:

ANDREA CESALPINO

(Arezzo 1519 - Roma 1603)
Medico, botanico, filosofo aristotelico,
medico di Papa Clemente VII;
importantissime furono le sue
osservazioni sulla circolazione del sangue.

Retro copertina:

Piazza Grande di Arezzo

Fotografia di Marco Cerofolini®

“La medicina di genere: dalla metodologia della ricerca al socioculturale”

ANNARITA FRULLINI

Coordinatrice Osservatorio FNOMCeO
professione femminile

Per corrispondenza:
annarita.frullini@tin.it

La Medicina di Genere: sfida e obiettivo strategico per la formazione del personale sanitario è stato un evento proposto nel piano di Piano di Formazione Aziendale 2014 dell'USL 8 di Arezzo il 13 giugno 2014.

Una delle lezioni magistrali aveva come titolo “La medicina di genere: dalla metodologia della ricerca al socioculturale”. Questo articolo ne riporta i punti salienti.

La medicina di genere è strumento di appropriatezza clinica, principio di equità delle cure e risponde ai bisogni di salute della donna e dell'uomo, dei bambini e degli anziani. Dà migliori chiavi di lettura delle dimensioni cliniche e propone, per ciascun paziente, diagnosi e terapia su misura, con farmaci adeguati per qualità e dosaggio, con bilancio positivo tra benefici, rischi, costi. Non è la medicina del sesso femminile, né una nuova branca specialistica.

È una dimensione trasversale della medicina, che ha aspetti culturali, sociali ed economici.

L'approccio di genere non è ancora diventato parte integrante della nostra pratica sanitaria, nonostante le considerazioni in ambito scientifico e il grande interesse culturale.

Ragionare in termini di medicina di genere è pratica recente: nel 1998 l'Organizzazione Mondiale della sanità ha preso atto delle differenze di genere e nel 2002 ha chiesto che considerazioni di genere fossero integrate in tutte le politiche sanitarie. In Italia si è avviato un Progetto ministeriale per la salute della donna nel 2005.

Si erano evidenziate segnalazioni sulle differenze di genere già nel 1932, alla Yale University quando si osservò che la dose di barbiturici ipno-inducente era nelle femmine di ratto del 50% inferiore rispetto a quella necessaria per i ratti maschi. Alla segnalazione non fu data grande rilevanza. Per molto tempo si

continuò a sostenere che non vi fossero differenze importanti nel metabolismo dei farmaci legate al sesso e che non fossero necessari aggiustamenti terapeutici per le differenze sesso-dipendenti riscontrate.

Dovevano passare oltre ottanta anni perché dalla sinergia delle agenzie regolatorie, - FDA, EMA e AIFA¹- fossero emanate, nel 2013, le prime indicazioni posologiche di genere. Riguardano lo zolpidem, un farmaco ipnotico che ha mostrato nelle donne, per la più lenta eliminazione, una ridotta capacità di attenzione al mattino. La dose raccomandata è stata dimezzata per le donne, sia per i prodotti a rilascio immediato sia per quelli a rilascio prolungato.

Convieni ricordare come in precedenza le differenze uomo-donna riguardassero solo gli organi riproduttivi. La storia di questo passaggio culturale è ben percorsa in un volume del 2003 edito dal Dipartimento per l'Informazione e l'Editoria della Presidenza del Consiglio dei Ministri, promosso dalla Commissione Nazionale per la parità e le pari opportunità tra uomo e donna: *La mente, il cuore, le braccia e... Guida alla salute delle donne* (esaurito in libreria) è reperibile al sito http://www.pariopportunita.gov.it/images/stories/documenti_vari/UserFiles/Servizi/Pubblicazioni/salute_delle_donne_intero.pdf.

¹ FDA Food and Drug Administration, EMA, European Medicines Agency, AIFA Agenzia Italiana del Farmaco

Sono particolarmente legata a questo volume che fu presentato nel convegno "Dalle leggi alle risorse per la pari opportunità e la salute" nel settembre 2003 realizzato a Pescara città dove vivo, dal locale Omceo e dalla Commissione Nazionale Pari Opportunità. In quell'incontro, che divenne l'ultima uscita della Commissione Nazionale Pari Opportunità, erano presenti sia Marina Piazza allora presidente della Commissione sia Elena Marinucci, che della Commissione nazionale era stata la prima presidente nel 1984.

Il manuale nasceva dal lavoro del gruppo di ricerca "Una salute a misura di donne" voluto nel 1999 da Laura Balbo, allora ministro per le Pari Opportunità, e voleva arrivare alle donne e ai loro medici per ridurre le disuguaglianze di genere, spesso nascoste e difficili da scoprire, e migliorare le condizioni di salute delle donne.

Quel volume dimostrava come il corpo delle donne non fosse solo utero, ma mente cuore e braccia, non solo capacità riproduttiva, ma anche produttiva, organizzativa, decisionale. Come vi fosse nelle donne "compresenza" di un corpo psichico, fisico e sessuato.

Scriveva Marina Piazza nella prefazione del volume. "Occorre pensare ad azioni che promuovano la partecipazione e il benessere femminili. Lavorare per realizzare pari opportunità non annulla nessuna differenza, non riduce nessuna complessità".

L'informazione proposta doveva aiutare a svelare pregiudizi - il maschile come modello e misura della salute, della malattia e del corpo femminile - mettere a fuoco vecchi e nuovi fattori di rischio e promuovere la salute. Per la prima volta si affrontavano temi di medicina partendo dalla cultura delle donne capace di mettere insieme conoscenze ed esperienze, intrecciare corpi, menti e sentimenti, entrare nel mondo scientifico portando con sé bagaglio ed esperienza della vita quotidiana.

■ Ricerca in medicina di genere

A distanza di oltre dieci anni abbiamo molti dati e ricerche nel grande contenitore della medicina di genere e studiare differenze di genere e sesso-specifiche è particolarmente complesso.

Partiamo dalla ricerca preclinica su cellule. Solo da poco si è capito quanto sia importante conoscere il sesso delle cellule sulle quali si sperimenta. È del novembre 2013 un articolo su *Am J Physiol Cell Physiol* intitolato *Do you know the sex of your cells?* Sappiamo anche che le cellule staminali, cordonali, hanno un diverso effetto e una differente efficacia in base al sesso del donatore e al sesso del ricevente e risentono anche del tipo cellulare utilizzato, del tipo di malattia da curare e di fattori ambientali, immunologici ed endocrinologici.

Da anni Walter Malorni -Direttore Reparto Malattie degenerative, invecchiamento e medicina di Genere, Istituto Superiore di Sanità - studia il destino cellulare in una prospettiva di genere. Ha dimostrato che le linee cellulari diventano contenitori tutti uguali, perdendo la "memoria" della loro origine sessuale solo dopo decine di passaggi. Si occupa anche dello stress ossidativo che è uno stimolo alla base di numerose patologie: infarto,

diabete, processi neurodegenerativi, invecchiamento, infiammazione.

Su linee primarie cellulari con pochi passaggi o cellule ex vivo con prelievo dal sangue periferico Malorni ha studiato quali effetti lo stress ossidativo producesse su cellule di origine maschile o femminile e cosa determinasse la morte cellulare. A parità di stimolo le cellule isolate, provenienti da organismi maschili o femminili, hanno mostrato differente suscettibilità con la possibilità di andare incontro a destini diversi. Esposte a stress ossidativo le differenze di genere si amplificano: "Le cellule provenienti da femmine hanno una maggiore plasticità comportamentale, una maggiore capacità di adattarsi ai cambiamenti del microambiente che le circonda. Le cellule maschili appaiono più inclini all'apoptosi, mentre le cellule femminili sono inclini all'autofagia una strategia di citoprotezione e sopravvivenza al danno cellulare -dice Walter Malorni- Se l'uomo è un essere sociale e la sua salute è condizionata dal suo contesto, anche le cellule hanno il loro sistema sociale". Vi sono studi che dimostrano come i mitocondri abbiano un ruolo particolare nello studio delle differenze di genere e della longevità. Il DNA mitocondriale, per definizione entità materna, è ereditato per via matrilineare. I mitocondri usati in laboratorio provengono da organismi maschili e femminili. Non esiste caratterizzazione sessuale dei mitocondri e poco sappiamo circa le caratteristiche legate alla provenienza dei mitocondri.

Si è cercato di capire come funzionino i mitocondri inseriti in diverso contesto citoplasmatico a provenienza xx e xy. Si è visto che il milieu cellulare è assolutamente decisivo e prevalente sulle caratteristiche del mitocondrio. Prendendo lo stesso mitocondrio e ponendolo in citoplasmi diversi il destino della cellula cambia.

Anche la ricerca preclinica su animali ignora la disparità di genere. La discriminazione inizia quando si sperimenta la molecola terapeutica sulle cavie, quasi sempre di sesso maschile. Le cavie femmine, se usate, sono giovani e non hanno mai avuto una gravidanza. Nella sperimentazione clinica la popolazione femminile è poco rappresentata in tutte le fasi. Dovrà essere previsto l'arruolamento delle donne negli studi clinici, in particolare per lo studio dei farmaci anche in fase clinica I e II.

Le differenze uomo/donna vanno oltre le differenze ormonali. Tuttavia dobbiamo parlare di tante donne per le variazioni ormonali che avvengono nelle donne. È dimostrato che alcuni farmaci hanno un diverso effetto a seconda della fase mestruale. Inoltre vi sono modificazioni nella risposta ai farmaci indotte sia dai contraccettivi sia dalla "tempesta ormonale" che si verifica dopo una gravidanza. Molto ancora deve essere fatto circa le interazioni farmacologiche: in Italia, un anziano su due oltre i 65 anni assume dai cinque ai nove farmaci al giorno e quasi tutta la ricerca si basa su singole malattie ed esclude pazienti complessi e anziani. Oggi la popolazione tra gli 80 e i 90 anni cresce numericamente e più rapidamente di altre. Si stima che gli ultra 65enni, attualmente intorno al 20% della popolazione, diverranno il 33% nel 2030. Anche persone in altre fasce di età, se introdotta nella rete specialistica e multidisciplinare vi-

vono differimenti e continue intersezioni. La medicina di genere potrebbe essere l'occasione per superare l'eccessiva frammentazione specialistica, rifocalizzandosi sull'unità della persona.

Con lo sviluppo di temi clinici nella medicina di genere è comparso anche il concetto di pregiudizio di genere. Ci si riferisce solitamente a malattie sottorappresentate in un sesso. Paradigmatica è l'osteoporosi che nel sesso maschile, pur in presenza di una incidenza complessiva di fratture più bassa, presenta un più elevato tasso di morbidità e mortalità.

Ma vi sono altri settori da analizzare per capire come quanto studiato su di un sesso sia trasferibile a beneficio dell'altro sesso. Dal 1951 anno della morte dei Henrietta Lacks, la donna dalle cellule uterine immortali, si continua a studiare su cellule "HeLa". Queste cellule posseggono 82 cromosomi e sono portatrici di una mutazione, indotta da un Papillomavirus, a carico delle telomerasi. Il paradigma della medicina "testato sull'uomo, valido per tutta la popolazione" con il Modello HPV è stato sovvertito, utilizzando il modello sperimentato per le donne su tutta la popolazione.

■ Dimensione sociale della medicina di genere.

Esiste anche una dimensione sociale della medicina di genere. I temi che si affrontano sono quelli della violenza, delle migrazioni e delle disuguaglianze sociali. Grande attenzione si pone nel mondo sanitario per evidenziare quelli che possiamo chiamare segnali deboli della violenza domestica e di genere. Va ricordato che nel 2009 il Nobel della medicina fu assegnato a tre ricercatori statunitensi, per aver scoperto come i telomeri, strutture terminali che stabilizzano le estremità dei cromosomi, modulassero l'invecchiamento cellulare. È stato anche dimostrato che la lunghezza dei telomeri nelle persone maltrattate, adulti e bambini, è significativamente più breve rispetto ai controlli perché lo stress psicologico cronico può accelerare l'invecchiamento a livello cellulare e influenzare la risposta immunitaria agendo sui telomeri.

In un'ottica di genere possiamo anche chiederci come cambiano nel tempo le disuguaglianze di salute. Si è evidenziato, come unica eccezione alla "legge naturale" che condanna lo svantaggio sociale a influenzare negativamente la salute, come donne più istruite e in carriera registrassero un aumento di mortalità per il ritardo dell'età al primo figlio e l'effetto, a lungo termine, dell'epidemia da fumo.

Rientra in un'ottica di medicina di genere anche il considerare le condizioni di vita, i supporti familiari e comunitari: da questi elementi dipendono la possibilità di cura e di guarigione di una persona, come evidenziato dall'OMS con la Classificazione Internazionale del Funzionamento, Disabilità e Salute (ICF, 2001). Il concetto di funzionamento, che descrive lo stato di salute delle persone in relazione agli ambiti e ai contesti esistenziali, evidenzia come le persone possano convivere con la loro patologia e come si possa agire per migliorare

la qualità della loro vita se coesiste un supporto accogliente e di sostegno. Appare quindi evidente come la medicina di genere possa avere ampi spazi di sviluppo in tutti gli ambiti socio-sanitari. Si potrebbe dire che le evidenze della medicina di genere devono essere considerate sempre una in relazione all'altra, mai una alla volta. Diventano così configurazioni di evidenze dove centrale è il riferimento al genere della persona, alla sua età, alle sue caratteristiche.

■ Far interagire ricerca, applicazione, formazione, divulgazione.

È importante capire come far interagire ricerca, applicazione, formazione, divulgazione delle conoscenze intorno alla medicina di genere. Senza che questa richiesta di equità della cura produca aumento della diagnostica per individuare diversità fra il manifestarsi delle patologie. Personalmente credo che alcuni modelli per una medicina più vicina alle esigenze delle persone debbano convergere. Auspico un incontro fra l'appropriatezza e l'equità che ricerca la medicina di genere con la medicina sobria, rispettosa e giusta che propone la Slow Medicine. Per entrambi l'obiettivo potrà essere quello di aumentare la "capacità di ciascun individuo di prendersi cura di sé stesso, di badare alle proprie fragilità e vulnerabilità e di controllare i propri comportamenti e stili di vita" come afferma Antonio Bonaldi presidente di Slow Medicine.

Fare della buona prevenzione significherà quindi condividere conoscenza, informazioni e dati, sia nella ricerca scientifica sia nella pratica clinica, favorendo l'empowerment del paziente e della sua famiglia in una dimensione comunicativa, individuando anche indicatori per valutare la qualità dei servizi sanitari.

Può essere utile ricordare come l'esigenza di una buona interazione fra scienza e comunicazione sia fortemente sentita. Se ne è parlato anche nella riunione annuale della Associazione Alessandro Liberati – Network Italiano Cochrane - Gli amori difficili – titolo mutato da un libro di Italo Calvino.

Quanto detto in questa recente riunione può essere traslato nel campo della medicina di genere. "La comunicazione deve essere continuativa e non episodica, facile e comprensibile, basata su dati e non opinioni. (...) Comunicare equivale a raccontare una storia: per comunicare serve conoscenza (bisogna sapere di cosa si parla), tempestività (occorre essere rapidamente disponibili per gli altri), sintesi (è necessario saper distinguere tra cose essenziali e di secondario rilievo), chiarezza (si deve saper ragionare costruendo immagini, immaginando come costruirle per aiutare gli altri a ragionare). – ha concluso il sociologo Davide Bennato - Soprattutto serve onestà. Essendomi proposta di collegare le tante tessere dell'ottica di genere in medicina aggiungo anche qualche parola sulla medicina narrativa, strumento che ha già evidenziato differenze fra i generi. Sono emerse infatti, documentate da Antonio Sassu² differenze rilevanti, fra

² Antonio Sassu professore ordinario di politica economica all'università degli studi di Cagliari. Ha curato come primo autore il volume *Genere e sa-*

uomini e donne, circa la salute percepita e le narrazioni di malattia. Le donne mostrano una capacità introspettiva e riflessiva più accorta nel ricercare un nuovo equilibrio di fronte alla discontinuità che la malattia produce nella vita. Gli uomini soffrono particolarmente la malattia come discontinuità verso il ruolo sociale e l'attività lavorativa. Nello spazio della relazione terapeutica vi sono possibili narrazioni e possibili mascheramenti: la medicina narrativa consente di svelare e accogliere il rapporto della persona con la propria realtà, la percezione della malattia che si insinua dentro di noi. La narrazione dell'esperienza personale - ri-elaborata, condivisa e partecipata - può trasformarsi, con la comprensione del linguaggio razionale, emozionale e valoriale, in risorsa. La medicina narrativa può dare quindi significato sia all'essere malato sia al curare, perché la narrazione potrà essere per l'operatore strumento terapeutico e di autoriflessione sulla propria pratica professionale.

■ Complessità della visione della medicina di genere

Come spesso accade, più ci si addentra in un argomento più si rimane colpiti dalla sua vastità e profondità. Parlare di complessità della visione della medicina di genere non significa operare semplice sommatoria o coordinamento delle conoscenze.

Proviamo ad oscillare fra riduzionismo, che tende a vedere un sistema come il solo insieme delle parti di cui è formato, e olistico che tende a vedere il tutto senza saper individuare le parti.

L'approccio riduzionistico prevede una catena di esclusioni, e l'approccio alla complessità richiede la capacità di includere i tanti diversi rilevanti elementi presenti.

La medicina di genere, con il suo fermento di approfondimento a diversi livelli d'indagine può essere un modo per creare sia collegamento fra discipline specialistiche, sia nuove relazioni con il non scientifico. Se ben utilizzata può consentirci di comprendere, senza ridurre né il tutto alle parti né le parti al tutto, e di costruire dialogo, interazione e alleanza dei saperi e metodi della ricerca. Per superare la frammentazione delle specializzazioni proviamo a pensare, secondo principi ologrammatici, che la parte è nel tutto e il tutto è nella parte.

Anche le teorie di Santiago di Humberto Maturana e Francisco Varela³ alla fine anni '80 ci invitava a credere che ogni "parte" fosse in relazione di causalità diretta con altre "parti" e in relazione di causalità circolare con l'intero universo. Credo che questa sia una logica con la quale confrontarsi per evitare di essere sommersi da un parlare incontenibile sulla medicina di genere che non sarà utile né a una definizione della stessa né a noi che ci sforziamo di comprenderla e praticarla.

Chiediamoci se per governare un sistema complesso occorra avere grande varietà di possibili comportamenti o serva cercare di ridurre la complessità. Forse potremmo

essere d'accordo nel ritenere che, nel paradigma della complessità, sia la semplicità il sigillo della verità. Si tratta di un principio metodologico -il Rasoio di Occam- già espresso nel XIV secolo da William de Ockham (1285-1349) filosofo e frate francescano inglese che diceva "La pluralità va ipotizzata solo quando è necessaria. - Non moltiplicare gli elementi più del necessario. - A parità di fattori la spiegazione più semplice è da preferire". Ma cosa può significare nello specifico il semplificare nella medicina di genere? Possiamo cominciare con il disaggregare tutti i dati per genere e fasce di età. Sarà un primo passo semplice e di grandi ricadute.

Quando si parla di genere bisognerà considerare non solo l'osservato, il paziente o l'oggetto della ricerca, ma anche la popolazione medica: la compliance rispetto alle indicazioni terapeutiche varia in relazione al rapporto con i medici e al loro genere. La medicina di genere non può esistere a prescindere dal soggetto che la pratica e dalla relazionalità del percorso di cura.

■ Medicina di genere e cultura di genere

Spesso diciamo con convinzione che la medicina di genere non è la medicina delle donne. Tuttavia sono soprattutto le donne che si sono impegnate perché la medicina di genere si sviluppasse.

Per questo vorrei proporre di riflettere sul significato di parole come genere e cura, differenza di genere ed etica della cura. Credo sia in gioco l'essenza stessa della professione medica, non solo il rapporto fra genere e medicina.

Può essere utile andare dalla pretesa di oggettività alla valorizzazione della soggettività, dal partire da sé, che le donne hanno introdotto in questi decenni, alla soggettività irripetibile del malato.

Carol Gilligan⁴ negli anni settanta, dall'ascolto delle donne, ha fatto emergere un modo alternativo di concepire la maturità morale. Ha confrontato l'etica della giustizia e dei diritti con l'etica della cura e della responsabilità. Scriveva nel 1982 *In a different voice* "Il mio approccio è consistito nell'ascoltare voci differenti, seguire flussi di coscienza, cogliere rotture nella narrazione, tracciare l'interazione fra interiorità e esteriorità." Non voleva creare un nuovo stereotipo femminile/maschile: donne orientate verso i bisogni delle persone e la cura degli altri, uomini orientati in termini di principi astratti di giustizia. Proponeva un'utopia di integrazione tra due diversi ideali di rapporto interpersonale: etica della giustizia ed etica del prendersi cura.

Semplificando si potrebbe dire che l'etica della giustizia prevedeva equità per trattare con uguali diritti astratti ogni essere umano. Secondo l'etica della cura era la responsabilità verso ciascuno che prefigurava un mondo dove nessuno fosse lasciato solo e fatto soffrire.

Non esiste una scelta predefinita di genere: fra diritti e responsabilità un terzo delle donne preferisce orientarsi verso la cura, un terzo verso la giustizia e un terzo adot-

lute in Italia aspetti socioeconomici

3 Humberto Maturana 1928 biologo e filosofo cileno; Francisco Varela 1946 2001. È stato biologo filosofo neuroscienziato ed epistemologo cileno

4 Carol Gilligan 1936 psicologa e scrittrice statunitense di fama internazionale, studiosa di etica e di studi di genere. Ha insegnato ad Harvard, Cambridge e New York

ta un sistema misto.

Nel 2011, ancora usando intervista e ascolto, Carol Gilligan ha scritto *Joining the resistance*, tradotto nel 2014 con il titolo *La virtù della resistenza*.

Protagoniste del libro, dove la voce è pensiero incarnato, trama e sostegno dell'agire, sono adolescenti, ragazze e anche ragazzi. Il sottotitolo del volume è *Resistere, prendersi cura, non cedere* dove, attraverso testimonianze, fra resistenza politica e resistenza al disagio, Carol Gilligan mostra come - ancora oggi in America - le giovani donne debbano resistere a stereotipi di femminilità definiti da norme culturali e sociali.

Scriva Carol Gilligan «In una cornice patriarcale la cura è un'etica femminile, in una cornice democratica la cura è un'etica dell'umano. (...) Prendersi cura esige attenzione, empatia, ascolto, rispetto (...). È un'etica relazionale basata su una premessa di interdipendenza. Non è altruismo».

La categoria del «genere» diventa elemento rinforzante di caratteristiche identitarie.

La differenza del «sentire» femminile potranno essere elementi di trasformazione nella cultura dominante prevalentemente maschile, e potranno come elemento di innovazione aiutare uomini e donne a riscoprire le qualità umane nella loro totalità.

È già successo un innesto proficuo quando, nella cultura del secolo scorso, si è riscoperto il ruolo dei sentimenti. Fondamentali in questo percorso sono stati gli studi di Antonio Damasio⁵ «Le emozioni giocano un ruolo nel processo decisionale e portano alla creazione di circostanze vantaggiose per l'organismo che le esibisce» e di Martha Nussbaum⁶ «Le emozioni «sono» pensiero, una forma di intelligenza e di discernimento, al centro della vita individuale e sociale, come motore delle relazioni interpersonali».

■ Cura e genere

Letizia Paolozzi⁷ con altre pensatrici nel «gruppo del mercoledì» ha sviluppato il volume *Prenditi cura* del 2013, affrontando il tema della cura, dimensione del buon vivere, rimasta per secoli in mani femminili.

Letizia Paolozzi in questo lavoro pone in parallelo la cura declinata nelle vite femminili come subalternità, dedizione, costrizione, servizio, accudimento e destino e la cura che nel pensiero femminile fa riferimento a responsabilità, relazioni, risposte ai bisogni. Dimostra come per il pensiero femminile continuo soprattutto le relazioni interpersonali con persone concrete, dove il prendersi cura significa cogliere e alleviare i problemi reali e riconoscibili del quotidiano.

Il prendersi cura dell'altro (o dell'altra o degli altri come insieme) è presupposto dell'amore, della relazione, della socialità. La coscienza/conoscenza di sé (sii te stesso/a) è premessa necessaria per una responsabilità verso gli

altri e per ciò che è altro da noi. Alla cura si può dare nuovo valore e significato attribuendo diversa considerazione al rapporto tra la libertà e la dipendenza.

Da donne destinate alla cura tradizionale, non riconosciuta socialmente e invisibile, come medici donna abbiamo rielaborato il senso della cura, sperimentando nel quotidiano manualità e correlazioni, capacità organizzativa e gestionale, ponendo attenzione alle relazioni e alle ricadute delle proprie azioni.

Come medici donna potremmo meglio riscoprire i concetti di cura e conciliazione, dopo aver preso distanza da ruoli obbligati e predefiniti all'interno della famiglia e della società.

E potremmo affermare con forza che la cura non potrà essere, nella società e nella sanità, pensata semplicemente una questione di donne.

La contaminazione fra i saperi, medicina di genere e cultura di genere, potrà apportarci conoscenza e nuove sensibilità ed opportunità.

“La “cura del mondo” chiede troppo spesso alle donne il sacrificio della “cura di sé”. Rovesciare l’idea di cura produce un cambiamento di senso. L’autodeterminazione femminile -sono io che scelgo, io che decido, io che non mi sacrifico- può essere trasformata in “paradigma di interesse generale, garante della qualità dei rapporti e dei legami”.

Letizia Paolozzi

“Non si vuole proporre di un’etica femminile al posto di quella maschile, sostituire una unilateralità con un’altra unilateralità. Non dobbiamo considerare le donne portatrici di un rinnovamento morale e di una missione civilizzatrice, né la sola risorsa dell’umanità. È già politica quella che porta nuove consapevolezze, che modifica la vita quotidiana, che cerca nuove forme di lavoro, di solidarietà, di sapere.”

Lea Melandri⁸

“...imparare a badare anche al mio benessere privilegiando la qualità delle relazioni e diffidando dell’impegno oblativo (...) perché l’altruismo sistematico impoverisce i rapporti”.

Luisa Muraro⁹

Se il corpo della donna può essere metafora della ciclicità e del divenire, la medicina di genere potrà generare un sostanziale cambiamento di cultura e di organizzazione. Mi piace pensare che la medicina di genere possa essere l'intelligenza connettiva capace di sostenersi e accrescersi attraverso la connessione con altri saperi, affidandosi a moltiplicazione dei campi di interesse piuttosto che alla loro somma.

8 Lea Melandri 1941 saggista e giornalista, ha diretto le riviste *L'erba Voglio* e *Lapis* è stata promotrice dal 1987 della Libera Università delle Donne di Milano.

9 Luisa Muraro 1940 scrittrice e filosofa all'università degli studi di Verona ha fondato la comunità filosofica femminile «Diotima» e nel 1975 la Libreria delle Donne di Milano

5 Antonio Damasio 1944 neurologo neuroscienziato e saggista portoghese

6 Martha Nussbaum 1947 filosofa e scrittrice statunitense insegna Ethic and Law presso l'Università di Chicago

7 Letizia Paolozzi, 1938. Giornalista e scrittrice