



La salute della Donna: Libro bianco 2011

La fotografia dello stato di salute della popolazione femminile italiana

Con questa terza edizione del Libro bianco O.N.Da conferma il proprio impegno nella promozione della cultura della salute di genere e nella stimolazione della ricerca nel campo delle patologie femminili con l'obiettivo di garantire, secondo i principi fondamentali di equità e pari opportunità, il diritto alla salute delle donne

O.N.Da

Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna



FARMINDUSTRIA

O.N.Da

Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna

LA SALUTE DELLA DONNA

Stato di salute e assistenza nelle regioni italiane

Libro bianco 2011

In collaborazione con



osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane

FrancoAngeli



L'Osservatorio Nazionale sulla salute della

Donna, impegnato in prima linea nella promozione di una cultura della salute di genere, propone con questa nuova edizione del Libro bianco una fotografia dello stato di salute della popolazione femminile italiana.

Continua così, in collaborazione con l'Osservatorio Nazionale sulla Salute delle Regioni Italiane, il cammino intrapreso nel 2007 con la prima pubblicazione, che ha l'obiettivo di presentare, con cadenza biennale, un quadro aggiornato sulla salute delle donne, offrendo approfondimenti e spunti di riflessione su aspetti clinico-epidemiologici e sanitario-assistenziali di particolare rilievo.

Il Libro bianco 2011 si articola in due parti: la prima è dedicata alle caratteristiche socio-demografiche della popolazione femminile, la seconda analizza le condizioni di salute e la distribuzione del benessere delle donne nelle diverse regioni italiane in relazione alle principali patologie femminili, evidenziando le aree di maggior criticità e le necessità di assistenza sanitaria.

La Medicina moderna non può infatti prescindere da un approccio di genere che, nell'ottica di garantire il diritto alla salute delle donne secondo i principi di equità e pari opportunità, riveste un ruolo di prioritaria importanza nella definizione degli interventi di programmazione sanitaria e delle strategie preventive.

Hanno curato il Libro bianco:

Dott.ssa Tiziana Sabetta,
Dott.ssa Silvia Longhi,
Dott.ssa Antonella Sferazza
(Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane)
Con la collaborazione di:
Giulia Di Donato, Valentina Orlandi,
Nicoletta Orthmann
(Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna)

PREMESSA

O.N.Da: la terza edizione del Libro bianco sulla salute della donna

Francesca Merzagora

Presidente O.N.Da Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna



Francesca Merzagora

L'Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna (O.N.Da) nasce nel 2005 con l'obiettivo di promuovere una cultura della salute di genere e stimolare la ricerca sulle principali patologie che colpiscono l'universo femminile, valutandone gli aspetti preventivi, diagnostici e terapeutici nonché le relative implicazioni economiche, politiche e sociali.

La medicina, fin dalle sue origini, ha avuto un'impostazione androcentrica, relegando gli interessi per la salute femminile ai soli aspetti specifici correlati alla riproduzione. Gli studi condotti in ambito clinico e farmacologico sono sempre stati compiuti considerando quasi esclusivamente soggetti uomini ed adattando poi i risultati alla donna, senza tuttavia valutare che la biologia femminile, con le peculiarità anatomiche, funzionali ed ormonali che la caratterizzano, può influenzare, talvolta in modo determinante, lo sviluppo e la progressione delle malattie.

La medicina di genere si propone, quindi, di studiare l'impatto del genere e di tutte le variabili che lo caratterizzano (certamente biologiche, ma anche ambientali, culturali e socio-economiche) sulla fisiologia, sulla fisiopatologia e sulle caratteristiche cliniche delle malattie. L'obiettivo è, dunque, quello di comprendere i meccanismi attraverso i quali le differenze legate al genere agiscono sullo stato di salute e sullo sviluppo delle patologie.

Tali aspetti devono essere considerati anche nel campo della farmacologia, dal momento che, come si è dimostrato, il genere di appartenenza influenza significativamente i processi di farmacocinetica e farmacodinamica, producendo risposte differenti tra i due generi alle medesime terapie.

In sostanza, l'ottica di genere, dalla quale la medicina moderna non può più prescindere, applica alla medicina stessa il principio di "diversità tra generi" per garantire a tutti, uomini e donne, il migliore approccio clinico, diagnostico e terapeutico in funzione delle specificità di genere.

Il primo passo verso la medicina di genere è stato compiuto nel 1991 quando Bernardine Healy, direttrice dell'Istituto Nazionale di Salute Pubblica, presentò un articolo dal titolo "Yentl Syndrome" sul *New England Journal of Medicine* per documentare il comportamento discriminante da parte dei cardiologi nei confronti delle pazienti donne in termini di maggior numero di errori diagnostico-terapeutici e minor numero di interventi di angioplastica e bypass.

Nel 2000 la medicina di genere è stata inserita, dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), nell'Equity Act a testimonianza che il principio di equità deve essere applicato all'accesso ed all'appropriatezza delle cure, considerando l'individuo nella sua specificità e come appartenente ad un genere con caratteristiche definite. Due anni dopo, presso la Columbia University di New York, è stata condotta la prima sperimentazione riservata alle donne.

Da allora sono stati avviati a livello mondiale, europeo e nazionale un numero sempre maggiore di studi di genere, dai quali sono emerse differenze significative tra donne ed uomini, soprattutto per il sistema cardiovascolare, nervoso ed immunitario.

Oggi sta maturando una nuova sensibilità e, attraverso le indicazioni che provengono dall'Oms, dall'Istituto Superiore di Sanità e dall'Agenzia Italiana del Farmaco, si sta sviluppando un'attenzione crescente verso le differenze di genere nell'ambito della medicina clinica e della farmacologia.

Nonostante l'impegno e gli sforzi compiuti in quest'ultimo decennio, c'è ancora molta strada da percorrere per approdare ad una politica sanitaria che rispetti le distinzioni di genere. La Commissione Europea ha più volte sottolineato la necessità che quanto prima si promuova una politica in difesa della salute, tenendo conto della diversità di genere, ed il Consiglio dell'Unione Europea sol-

INTRODUZIONE

Un contributo autorevole all'attuale dibattito scientifico

Massimo Scaccabarozzi

Presidente Farindustria



Massimo Scaccabarozzi

Farindustria è lieta di rinnovare la collaborazione alla terza edizione del Libro bianco curato dall'Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna. Le pagine che seguono rappresentano un contributo autorevole all'attuale dibattito scientifico, sia per le oggettive competenze degli autori, sia per la passione dimostrata da questi ultimi nella loro attività.

Secondo un diffuso pregiudizio le malattie delle donne sarebbero causate da fattori prevalentemente biologici, mentre quelle degli uomini deriverebbero soprattutto da cause socio-ambientali. Leggere il volume curato da O.N.Da contribuisce a sfatare questo luogo comune, a dimostrazione del rigore con il quale sono state condotte le analisi.

Le donne vivono e si ammalano più degli uomini, usano maggiormente medicine e servizi

sanitari e sono soggette più della popolazione maschile alle reazioni avverse da farmaci. La medicina di genere tiene conto di tutte queste peculiarità, studiando le differenze biologico-funzionali tra i due sessi. Questo approccio si rivela imprescindibile per promuovere la Ricerca ed adeguare la politica della salute alle esigenze dei Pazienti.

Farindustria promuove un'autentica prospettiva di genere per assicurare paritariamente i benefici dell'innovazione. Lo fa con la consapevolezza che i risultati terapeutici sono strettamente connessi alla disponibilità di nuovi trattamenti. E con la convinzione che l'uniformità di accesso ai farmaci innovativi debba realizzarsi su tutto il territorio nazionale, superando le disparità regionali.

Conoscere le differenze di genere significa, quindi, favorire una maggiore appropriatezza della terapia ed una migliore tutela della salute.

I temi affrontati nel Libro bianco rappresentano una sfida complessa, che non potrà essere vinta senza un fruttuoso lavoro di squadra che coinvolga anzitutto le Regioni. Valorizzazione del ruolo della donna e appropriatezza delle cure: chiunque abbia a cuore la prima non potrà non impegnarsi per la seconda.

Buona lettura.





“Se una stessa malattia colpisce un uomo ed una donna, l'uomo viene considerato il punto di vista “privilegiato”, la norma su cui formulare una valutazione dei sintomi, una prognosi ed un'efficacia di trattamenti



INTRODUZIONE

La politica della salute non può prescindere da un orientamento di genere

Emanuela Baio

Commissione Igiene e Sanità del Senato

Superare ogni forma di discriminazione nei confronti delle donne è l'obiettivo che i parlamentari di tutti i Paesi devono porsi come essenziale per una politica equa e realmente rappresentativa. Ci siamo trovati spesso, infatti, nell'Aula del Senato ad affrontare il tema della discriminazione femminile stratificato in più tessuti sociali. Accanto all'approccio economico, culturale e sociale oggi, purtroppo, questo atteggiamento trova una sua accezione anche all'interno del settore sanitario. La medicina ha sempre cercato di porsi, sia nella teoria che nella pratica, in maniera neutrale rispetto “all'essere uomo” ed “all'essere donna”, riconoscendo una specificità alle donne solo in relazione alla riproduzione. Questo ha provocato l'affermazione del principio dell'inferiorità biologica e “naturale” delle donne. A differenza del termine “sesso”, che sottolinea solo la caratterizzazione biologica dell'individuo, il termine “genere”, infatti, intende le categorie “uomo” e “donna”, non solo in base a differenze biologiche, ma anche secondo fattori ambientali, sociali e culturali. Per questo è necessario che la medicina sia orientata verso una logica di genere, tenendo conto delle fisiologiche differenze tra donne ed uomini, durante tutto il percorso clinico.

Anche la ricerca medica ha orientato la sua attività verso “il genere”: tutta la metodologia, le argomentazioni, la raccolta e la successiva analisi dei dati, focalizzano l'osservazione da un punto di vista maschile. Se una stessa malattia colpisce un uomo ed una donna, l'uomo viene considerato il punto di vista “privilegiato”, la norma su cui formulare una valutazione dei sintomi, una prognosi ed un'efficacia di trattamenti. In quest'ottica emerge un vizio di fondo che compromette gravemente la modalità di somministrazione delle cure offerte alle donne, proprio perché considerate “differenti” solo per quanto riguarda le capacità riproduttive.

Questo pregiudizio della medicina, nei confronti della donna, viene definito, dagli addetti ai lavori, un “bias” di genere, un pregiudizio, appunto, evidente non solo nella scelta dei temi, ma anche nel disegno di molte ricerche.

In medicina si parla per la prima volta della “questione femminile” nel 1991 quando l'allora direttrice dell'Istituto Nazionale di Salute Pubblica americano, Bernardine Healy, pubblica due studi sul



Emanuela Baio

INTRODUZIONE

Gli “indicatori per la salute” in una visione di genere: uno strumento necessario

Laura Bianconi

Commissione Igiene e Sanità del Senato



Laura Bianconi

In Italia, come nella maggioranza degli altri Paesi europei, le donne rappresentano le principali utenti dei servizi sanitari. Vivono più a lungo degli uomini, ma sono quelle che tendono ad ammalarsi di più. Non si può, però, parlare solo di malattie prettamente femminili e questo aspetto ha portato alla consapevolezza che la medicina deve essere considerata in una logica di genere. È, infatti, necessario che tenga conto delle fisiologiche differenze tra uomini e donne nella teoria come nella pratica clinica, nella gestione delle strutture ospedaliere e, più generalmente, nella gestione dei centri per l'assistenza alla persona. Questa pubblicazione di O.N.Da, giunta alla terza edizione, mette in evidenza proprio questa nuova filosofia con cui si è analizzato il sistema sanitario del nostro Paese così da fornire, con adeguati approfondimenti ed informazioni utili, innovativi “indicatori per la salute” in una visione di genere sicuramente necessaria per strutturare al meglio il sistema nazionale di tutela della salute e dei servizi alla persona.

L'obiettivo principale, per quanto complesso, in questa visione di riforma del sistema socio sanitario nazionale orientato ad accrescere ulteriormente l'efficienza, in un quadro di federalismo sanitario oramai maturato, ed a garantire livelli omogenei di prestazioni di alta qualità su tutto il territorio nazionale, deve essere quello di un'adeguata integrazione tra politiche sociali e politiche sanitarie, così come tra soggetti istituzionali (Regioni, Aziende Sanitarie Locali, Comuni singoli ed associati) e coloro che operano nei servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali adottando un sistema integrato di strumenti informativi a supporto di tutti i cittadini.

Nel ringraziare O.N.Da e la sua Presidente per questa pubblicazione, che anche quest'anno ci fornisce informazioni utili e più che esaurienti di cui terrò conto anche per il mio lavoro di parlamentare, vorrei soffermarmi su alcuni aspetti inerenti la salute di genere da me maggiormente approfonditi nell'ultimo periodo all'interno della Commissione Igiene e Sanità del Senato, ma anche alla Conferenza dei Presidenti delle Commissioni Sanità dei Paesi dell'Unione Europea, che si è svolta a Budapest lo scorso 14 e 15 aprile, nell'ambito delle iniziative organizzate dall'Ungheria, come Stato membro che detiene la presidenza del Consiglio Europeo, e dove ho



Segue da pagina 14

O.N.Da: la terza edizione del Libro bianco sulla salute della donna

Francesca Merzagora

lecita una maggior consapevolezza e conoscenza in tale ambito da parte degli operatori sanitari per affrontare le disuguaglianze nella salute e garantire parità di trattamento e di accesso alle cure.

Questa terza edizione del Libro bianco a cura di O.N.Da prosegue l'approfondimento sullo stato di salute della popolazione femminile italiana, realizzato in collaborazione con l'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane ed avviato nel 2007 con la prima pubblicazione. Nell'ottica di promuovere una medicina gender oriented è, infatti, prioritario conoscere lo stato di salute delle donne, evidenziare le criticità ed individuare le necessità di carattere sanitario-assistenziale, aspetti questi che vengono analiticamente presentati all'interno del volume.

Il Libro bianco mantiene l'impostazione delle precedenti edizioni, presentando i dati e gli indicatori di salute e malattia attraverso un'analisi comparativa tra i generi condotta per regioni, ed articolandosi in due sezioni.

Nella prima parte del volume vengono presentate le caratteristiche socio-demografiche della popolazione femminile, attraverso l'analisi di molteplici aspetti, quali: distribuzione per età e genere nelle singole regioni, fecondità, grado d'istruzione, occupazione e disoccupazione, mortalità, disabilità, incidenti stradali e domestici. La seconda sezione è dedicata all'analisi delle condizioni di salute e della distribuzione del benessere delle donne nelle diverse regioni italiane in relazione alle principali tematiche di patologia femminile, al fine di evidenziare i bisogni di salute e di assistenza sanitaria declinati al femminile.

L'analisi della popolazione italiana evidenzia come il processo di invecchiamento risulti piuttosto avanzato con una composizione per genere in cui le donne rappresentano, su scala nazionale, il 53,7% della popolazione con età compresa tra i 65-74 anni ed il 62,6% della categoria ultra-75enne.

L'aumento della quota di anziani nella popolazione ed il correlato incremento delle patologie cronico-degenerative incidono pesantemente sulla richiesta di assistenza, rendendo necessario lo sviluppo di una rete integrata di servizi e la creazione di percorsi ad hoc, idonei a soddisfare i bisogni di salute emergenti.

La maggior longevità femminile non si associa, tuttavia, ad una migliore qualità di vita: le donne presentano un carico di disabilità maggiore e risultano le principali fruitrici dei servizi socio-assistenziali con un tasso più del doppio superiore rispetto agli uomini; anche per quanto riguarda l'impiego di farmaci, che nell'ultimo decennio è incrementato per effetto dell'invecchiamento della popolazione, la quota di consumatrici donne è significativamente superiore rispetto a quella degli uomini (44,62% vs 34,94%).

Tale condizione trova ragione in molteplici aspetti. Anzitutto, avendo maggior aspettativa di vita, le donne sviluppano con elevata incidenza patologie cronico-degenerative, che sono tipiche della senescenza, come demenza ed artrosi. Molte patologie ad elevato impatto debilitante sono tipicamente femminili: si pensi ad alcune forme neoplastiche, all'artrite reumatoide o all'osteoporosi. Le donne hanno poi ritmi di vita frenetici, dettati dall'esigenza di coniugare impegni lavorativi e familiari, di gestire casa e figli, condizione questa che ha trasferito loro patologie che sino a qualche decennio fa erano diffuse soprattutto fra gli uomini.

I notevoli cambiamenti socio-culturali hanno concorso a diffondere scorretti stili di vita, in passato prerogativa della popolazione maschile, come l'abitudine al fumo e l'assunzione di alcolici. In Italia fumano prevalentemente donne giovani e la fascia di età caratterizzata dalla maggior prevalenza è quella compresa tra i 25-44 anni, con una percentuale di fumatrici pari al 28%. Dall'analisi delle tendenze evolutive nella frequenza di consumo di alcolici emergono differenze di genere soprattutto nelle fasce di età più giovani, che vedono maggiormente sfavorite le donne.

La comparazione dei tassi standardizzati d'incidenza dei tumori maligni rispetto ai dati presentati nell'edizione precedente del Libro bianco (2009) documenta un trend di aumento nella popolazione femminile, che interessa tutte le regioni.

Per quanto l'attività di prevenzione oncologica sia migliorata, registrando un incremento generale dell'adesione ai programmi di screening, come mammografia e pap-test, permangono ancora marcate differenze regionali con evidente divario tra Nord e Sud. Per quanto attiene alle malattie cardiovascolari, che continuano a rappresentare la principale causa di morte in Italia, i dati di mortalità per malattie ischemiche cardiache documentano un eviden-

te svantaggio maschile, con un tasso di decessi quasi doppio rispetto alle donne. Per queste ultime l'effetto dell'età è assai più rilevante. Infatti, nelle donne di età avanzata, il tasso di mortalità risulta fino a 144 volte maggiore rispetto a quello delle più giovani.

L'offerta di servizi di assistenza sanitaria per la tutela della salute mentale presenta ancora una distribuzione territoriale non omogenea con inevitabili conseguenze sulla possibilità di accesso da parte della popolazione.

In tema di salute materno-infantile, la percentuale di parti chirurgici risulta sempre molto elevata, ben al di sopra dei valori raccomandati dall'Oms con i numeri più alti registrati nelle regioni meridionali, dove la Campania continua a detenere il primariato.

Questi sono solo alcuni degli aspetti che vengono presentati ed analizzati nel Libro bianco. Nel complesso i dati evidenziano un incremento delle differenze in termini di salute e distribuzione del benessere, accessibilità ed appropriatezza dei servizi offerti, tra macroaree geografiche e singole regioni, con il Meridione in posizione nettamente più sfavorita rispetto alle regioni centro-settentrionali.

Con questa terza edizione del Libro bianco O.N.Da conferma il proprio impegno nella promozione della cultura della salute di genere e nella stimolazione della ricerca nel campo delle patologie femminili con l'obiettivo di garantire, secondo i principi fondamentali di equità e pari opportunità, il diritto alla salute delle donne.

La conoscenza dei bisogni di salute e delle specifiche necessità del genere femminile in ambito sanitario-assistenziale è, infatti, imprescindibile strumento per la pianificazione degli interventi, l'organizzazione dei servizi e la definizione delle strategie preventive.

Segue da pagina 15



La politica della salute non può prescindere da un orientamento di genere

Emanuela Baio



comportamento discriminante dei cardiologi nei confronti delle donne. Le sue conclusioni evidenziavano una chiara discriminazione messa in atto dai cardiologi nei confronti del sesso "debole". Nessuno pensò che la studiosa parlasse di discriminazione nel vero senso della parola, però i suoi studi portarono ad una riflessione nel mondo scientifico su quale valore potesse avere l'"essere donna" nel trattamento della malattia coronarica.

Lentamente la critica alla medicina, dal punto di vista di genere, si è spostata dalla cardiologia anche in altri campi, come la psichiatria, la gastroenterologia e l'oncologia.

La necessità di testare un farmaco o un presidio medico-chirurgico direttamente sulle donne risulta evidente se si vogliono conoscere le reali condizioni di efficacia e di sicurezza su di loro. È essenziale ricordare che in medicina efficacia e sicurezza si misurano attraverso parametri fortemente correlati a variabili come l'età, il genere, le caratteristiche di composizione dei tessuti, che a loro volta sono associati, in maniera specifica, alle caratteristiche biologiche legate al genere, come gli ormoni, o alla prevalenza nei due generi di particolari caratteristiche: corporatura, abitudini e stili di vita, concomitanza di disturbi più frequenti in uno dei due generi ecc. La tutela e gli investimenti sulla salute della donna e sulla cura del suo corpo sono i tasselli fondamentali per la costruzione dell'uguaglianza di genere, ma anche per un significativo miglioramento delle condizioni di salute sia della donna che dei bambini e delle future generazioni.

La medicina oggi inizia ad avere più chiara la prospettiva di genere e, quindi, riesce a soddisfare meglio i bisogni di salute delle donne ed, indirettamente, anche quelli degli uomini. Questo grazie ad un passo avanti nel superare un difetto di impostazione che, difficilmente, coniugava bene il confronto tra le necessità di salute dell'uomo e quelle della donna.

Nel 2002, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms), ha costituito il "Dipartimento per il genere e la salute della donna", grazie al quale riconosce il sesso (dati biologici) ed il genere (dati di ruolo socio-culturale) come fattori determinanti della salute.

L'importanza di questo tema rende necessario un complesso di studi che possa operare per garantire una uguaglianza nella medicina di genere ed una corretta analisi delle differenze fisiologiche e culturali tra uomini e donne. In Italia, a livello universitario, nelle Facoltà di Medicina e Chirurgia si è fatto poco in questo senso e sia-

Il nostro obiettivo è fornire indicazioni per migliorare la pianificazione e l'organizzazione dei servizi

Walter Ricciardi

Direttore Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane

Tiziana Sabetta

Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane

L'Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna, che studia le principali patologie e tematiche che interessano l'universo femminile, ha elaborato, in collaborazione con l'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, il Libro bianco - La salute della donna. Stato di salute ed assistenza nelle regioni italiane.

Questo Rapporto, pubblicato con cadenza biennale e giunto alla terza edizione, si propone di offrire sia una visione d'insieme sullo stato di salute delle donne che vivono nel nostro Paese, sia di promuovere una cultura sulla "medicina di genere".

L'obiettivo principale è di fornire, attraverso l'analisi dei dati disponibili, indicazioni per migliorare la pianificazione e l'organizzazione dei servizi, a partire da una migliore conoscenza dei bisogni di salute e delle necessità assistenziali specifiche del genere femminile.

Per raggiungere tale obiettivo è necessario il monitoraggio degli indicatori definiti "core" la cui lettura permette di analizzare, per ciascuna patologia o tematica di salute, l'evolversi nel tempo e, quindi, di intervenire con l'attuazione, ad esempio, di campagne di sensibilizzazione e prevenzione ad hoc.

Il volume è strutturato in due sezioni dedicate la prima alla descrizione della popolazione femminile e la seconda ai bisogni di salute ed all'erogazione dei servizi di assistenza sanitaria.

Nel complesso, sono stati elaborati:

- 44 Core Indicators: in cui sono stati descritti gli aspetti essenziali della salute e dei servizi sanitari presenti sull'intero territorio italiano, con l'ausilio anche di tabelle, grafici e cartogrammi;

- 1 Box: in cui è stato proposto un esempio di best-practice;

- 7 Approfondimenti: in cui sono state trattate specifiche problematiche per prospettare possibili soluzioni.

La metodologia utilizzata nell'elaborazione degli indicatori è estremamente rigorosa dal punto di vista scientifico e riguarda sia l'elaborazione che l'analisi dei dati provenienti da fonti ufficiali o da banche dati.

L'alta attendibilità delle elaborazioni consente ai responsabili delle Istituzioni di settore, sia a livello nazionale che regionale, di valutare e di adottare strategie in modo da garantire a tutti i cittadini, indipendentemente dal luogo di residenza, dallo status socio-economico e, soprattutto dal "genere", un'adeguata ed equa assistenza sanitaria.

L'augurio è che questo volume, nel quale vengono analizzati i principali "indicatori di salute" al femminile, sia utile affinché tutti coloro che hanno responsabilità decisionali nel settore sanitario operino con la consapevolezza dell'esistenza di problematiche specifiche della popolazione femminile italiana e delle opportunità di una medicina di genere.

Segue da pagina 15

Gli "indicatori per la salute" in una visione di genere: uno strumento necessario

Laura Bianconi

rappresentato il Parlamento Italiano. Proprio in questo importante consesso europeo, con riferimento in particolare alla popolazione adulta, è emersa l'esigenza di idonee strategie di prevenzione mediante l'adozione di stili di vita più sani, oltre a programmi di profilassi, quali la riduzione del fumo (causa del 90% delle neoplasie polmonari, per un terzo della popolazione europea fumatrice), la promozione del movimento fisico contro l'obesità, nonché la conservazione e lo sviluppo della salute mentale.

Aspetti, come si evince, che toccano fortemente la salute ed il benessere della donna e che devono farci riflettere su come sia necessario guardare al mondo della sanità non più solo dentro ai confini nazionali, ma confrontandosi sempre più con gli altri Paesi ragionando in termini di "sanità europea".

In questo quadro il Commissario Europeo alla sanità, Dalli, ha preannunciato l'adozione di specifiche proposte legislative entro il prossimo anno per rafforzare l'azione dell'Ue nel settore, ampliando la legislazione vigente ai nuovi prodotti del tabacco, migliorando le regole sul packaging e sulle informazioni al pubblico, contrastando la diffusione degli additivi del tabacco nelle caramelle, e rendendo tali prodotti meno disponibili per i giovani. In secondo luogo, è stata posta in luce l'importanza dell'innovazione nell'assistenza sanitaria, attraverso un più ampio ricorso alle applicazioni dell'e-health nonché alla telemedicina.

Si tratta di strumenti che occorre implementare a livello europeo, in quanto attualmente scontano la scarsa interoperabilità tra i sistemi sanitari nazionali, oltre che regionali e locali. In tal senso, la Direttiva Europea 2011/24/UE sull'assistenza sanitaria transfrontaliera. L'innovazione in campo medico e farmaceutico, inoltre, deve tener conto di un alto livello di sicurezza, ambito nel quale - insieme alle tematiche riguardanti le informazioni verso il paziente - la Commissione è in procinto di presentare specifiche proposte legislative. Tra le altre tematiche emerse, è stata

Segue da pagina 22

mo ancora indietro rispetto agli Stati Uniti dove la Columbia University di New York ha organizzato corsi specifici di medicina di genere, basati su un nuovo approccio che considera significanti le differenze biologiche tra uomini e donne.

In Svizzera, per esempio, esiste un Corso di Laurea in medicina di genere presso la Facoltà di Medicina. La Comunità Europea, dal 1998, ha aperto un invito alle donne a partecipare ai programmi di ricerca ed oggi esiste un settore della ricerca europea con un focus sulle donne. Nel 1999 nasce in Italia "Medicina Donna Salute", un gruppo di lavoro che ha dato un contributo importante al nostro Paese per l'individuazione e la comprensione della problematica di genere. Sempre in Italia, nel 2005, nasce O.N.Da, Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna, che ringrazio per il suo impegno e per questa pubblicazione, giunta alla terza edizione, che ci fornisce informazioni utili ed interessanti spunti di riflessione di cui tengo costantemente conto nel mio lavoro parlamentare.

Nel 2005, a novembre, presso il Ministero della Salute, nasce il progetto "La salute delle donne", nell'ambito del quale, ad ottobre 2006, viene avviato lo "Studio della medicina di genere attraverso il sistema di monitoraggio delle dimissioni ospedaliere".

La stessa Oms ha inserito poi la medicina di genere nell'Equity Act, a testimonianza che il principio di equità implica che la cura sia appropriata e sia la più consona al singolo genere.

Ci sono, dunque, tutti i presupposti affinché nel nostro Paese si ponga, con maggiore determinazione, l'attenzione su questo tema, perché non si può rimanere indifferenti davanti a questa assurda discriminazione. Le pari opportunità possono realizzarsi solo in un'ottica di uguaglianza d'intenti, di analisi delle tipicità di genere nella tutela della salute e nel rispetto della persona umana.

La necessità di istituire un corso di studi specifico presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia; sviluppare ed innovare la rete dei consultori; sostenere la sperimentazione della medicina di genere; considerare il punto di vista di genere come una delle Linee Guida del Servizio Sanitario Nazionale; coinvolgere la rete dei Centri anti-violenza in un'opera di monitoraggio e prevenzione della violenza alle donne, soprattutto durante e subito dopo la gravidanza.

Tutti questi elementi sono un punto di partenza ideale per garantire un processo di crescita e di completa integrazione del genere umano. Sono gli strumenti attraverso cui sviluppare una efficace politica di prevenzione perché solo con il radicarsi della cultura del-

la diagnosi precoce si può ridurre la mortalità e migliorare la qualità della vita delle donne.

Senza un orientamento di genere, la politica della salute rischia di sviluppare metodologie scorrette, oltre che generare discriminazioni, e le disparità possono aumentare gravosamente a causa dell'odierna necessità di una forza lavoro sempre più mobile e flessibile. Per questo motivo la medicina di genere è ormai una realtà dalla quale non si può prescindere. Oggi, più che mai, è necessario affrontare il tema della salute attraverso il confronto con gli altri Paesi, in modo da garantire una prospettiva ed un approccio europeo alla salute.

In questo senso riveste un ruolo fondamentale l'innovazione tecnologica nell'assistenza sanitaria, anche attraverso il ricorso all'e-health e alla telemedicina. Di pochi mesi fa, infatti, la Direttiva Europea, dir. 9 marzo 2011 n. 2011/24/UE, che prevede il miglioramento tecnologico a livello comunitario e stabilisce la creazione di una rete volontaria di valutazione delle tecnologie sanitarie in grado di offrire, a tutti gli Stati membri, informazioni affidabili sull'efficacia, a breve ed a lungo termine, delle tecnologie sanitarie innovative.

Concludendo, vorrei porre l'attenzione sull'importanza di stabilire un rapporto più diretto ed efficace con le donne immigrate con lo specifico obiettivo di analizzare e seguire le loro problematiche sociali e culturali.

Una politica attenta verso dati sensibili quali la cultura, la religione, la provenienza geografica e i diversi approcci terapeutici non può ignorare la rilevanza di queste caratteristiche sociali determinanti. A fronte di una sempre maggiore esigenza d'integrare, in ogni pratica sanitaria, il punto di vista delle donne, la messa a punto di Linee Guida che inseriscano, nella sperimentazione farmacologica e nella ricerca medica, valutazioni relative ad entrambi i generi assume un'importanza fondamentale. Sono certa che il preziosissimo lavoro che O.N.Da sta sviluppando possa offrirvi ogni anno risultati sempre più soddisfacenti in grado di fotografare meglio e maggiormente lo stato dell'arte della sanità italiana e di rintracciare i reali bisogni delle donne italiane in linea con un approccio d'avanguardia a livello europeo.

Le donne rappresentano le principali utenti dei servizi sanitari. Vivono più a lungo degli uomini, ma sono quelle che tendono ad ammalarsi di più

Accesso e percezione del Servizio sanitario nazionale

Il prolungamento della vita media, l'invecchiamento della popolazione, il conseguente aumento delle patologie cronicodegenerative e l'indebolimento del ruolo della famiglia nella gestione dell'anziano, stanno rendendo necessario lo sviluppo di una rete integrata di nuovi servizi e percorsi socio-assistenziali idonei a soddisfare i bisogni di salute emergenti.

Chi ne usufruisce

Secondo gli ultimi dati disponibili (2006), sia regionali che nazionali le donne risultano le principali fruitrici dei servizi socio-assistenziali (ricoveri per anziani) con un tasso pari a più del doppio rispetto agli uomini: 25,82 per 1.000 vs 11,11 per 1.000. La ragione va ricercata soprattutto nella maggiore longevità della donna e in fattori di ordine culturale. Tuttavia, a livello regionale, si osserva un marcato gradiente tra Nord che presenta tassi di ospiti anziani al di sopra della media nazionale e Sud in cui la situazione è all'opposto.

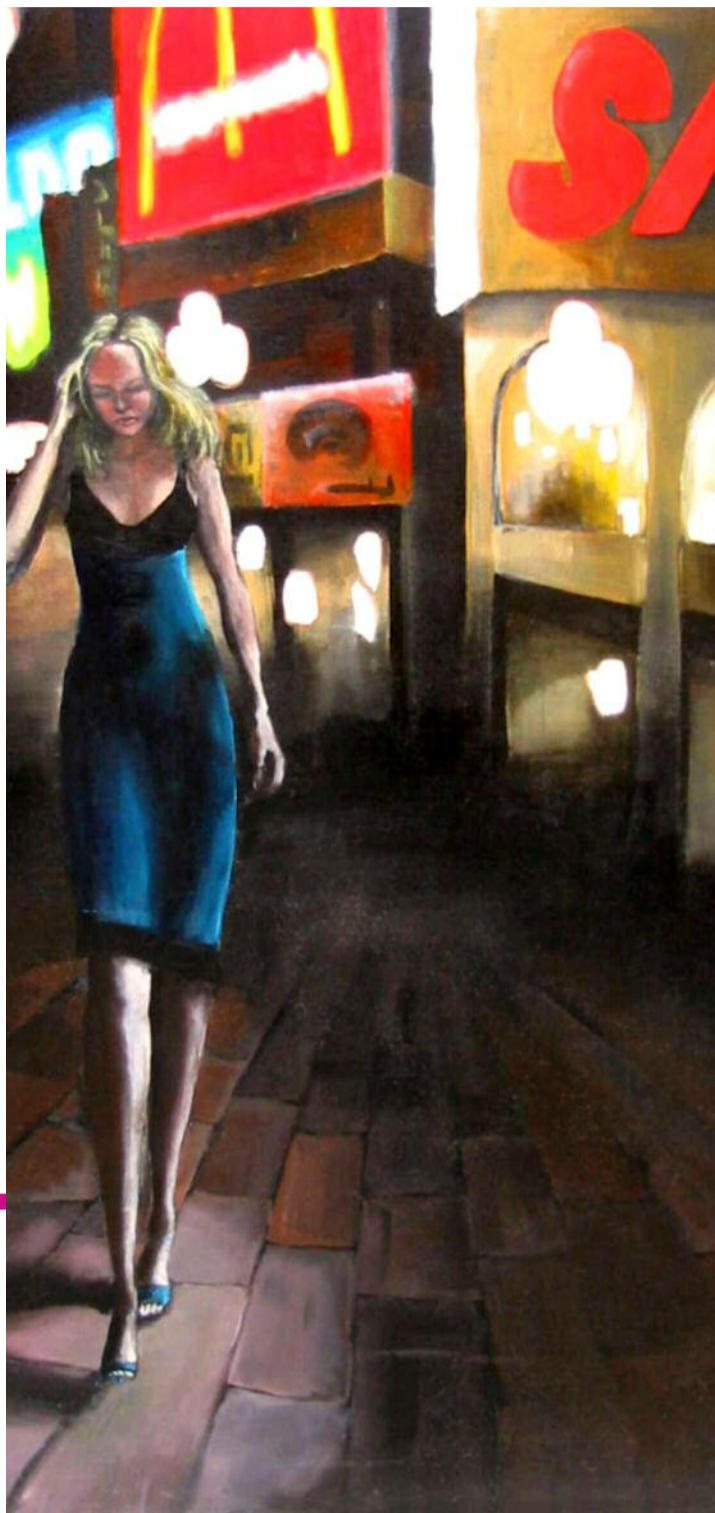
Consumo dei farmaci

Recenti studi dimostrano che sono le donne le principali consumatrici di farmaci con un con-

sumo pari al 20-30% in più rispetto agli uomini (e il 40% in più di integratori alimentari) soprattutto nelle fasce di età tra i 15 e i 54 anni. Inoltre il quadro demografico in continuo invecchiamento ha fatto sì che negli ultimi 10 anni il consumo dei farmaci si sia incrementato con una aumentata richiesta di farmaci per il trattamento di patologie dell'apparato cardiovascolare, gastrointestinale e/o oncologiche. Nel 2009 il consumo di farmaci ha interessato il 39,91% della popolazione, confermando il trend di crescita dal 2000.

Ospedalizzazione

Nel 2008 il tasso di dimissioni ospedaliere per acuti in regime di ricovero ordinario risulta sovrapponibile tra uomini e donne con un valore nazionale di 1.251,20 (per 10.000) per il genere maschile e di 1.245,59 (per 10.000) per il genere femminile, i cui valori massimi per entrambi i sessi si registrano nelle regioni del Sud. Una situazione speculare si verifica anche per i ricoveri in regime di Day Hospital, con le regioni del Sud che presentano valori tendenzialmente più elevati della media nazionale: uomini 557,42 per 10.000 e donne 591,14 per



10.000. Da notare invece che tra la popolazione femminile si registra un tasso di ospedalizzazione in regime ordinario in costante diminuzione dal 2000 a differenza dei ricoveri in Day Hospital che hanno avuto un trend di crescita fino al 2006 per poi diminuire gradatamente a partire dal 2007.

Percezione del Ssn

In entrambi i sessi non si rilevano grosse divergenze in relazione al grado di soddisfazione verso il Ssn, come dimostrano i dati sulla qualità percepita. Si dichiarano insoddisfatti: ambedue i generi: 17,2%; soddisfatti: uomini 43,5% e donne 43,2%; molto soddisfatti: uomini 34,1% - donne 34,0%. Con l'avanzare degli anni cresce il numero di persone che si ritiene 'molto soddisfatta' (considerando le classi 40-64 anni e 65 ed oltre) di 5,8 punti percentuale negli uomini e di 5,5 punti percentuale nelle donne. In relazione al grado di maggior soddisfazione degli utenti nell'uso dei servizi sanitari si osserva una disomogeneità tra il Nord, con valori superiori alla media nazionale, ed il Sud. Una situazione intermedia la si registra invece al Centro.

Malattie cardio e cerebrovascolari

Incidenza

Le malattie del sistema cardio-circolatorio rappresentano la causa principale di morte in Italia, con una percentuale di decessi pari al 39% di cui il 24% causato da malattie ischemiche del cuore e da malattie cerebrovascolari.

Cause di sviluppo

I principali fattori di rischio sono rappresentati da età, familiarità e genere a cui si aggiungono fumo, obesità, diabete e ipertensione. Su questi ultimi fattori è possibile agire attraverso l'adozione di comportamenti e stili di vita più corretti o l'uso di farmaci.

Soggetti a rischio

Sono maggiormente a rischio per lo sviluppo di patologie cardio- e cerebrovascolari gli uomini, ma nelle donne il rischio aumenta dopo la menopausa. Sono tuttavia queste ultime a sottovalutare spesso il problema: in-

fatti, studi recenti confermano che le malattie cardiache e l'ictus cerebrale rappresentano la principale causa di morte e invalidità nel mondo occidentale non soltanto per gli uomini ma anche per le donne. In Italia infatti fra la popolazione femminile si registrano ogni anno 130.000 decessi per malattie cardiovascolari. Di questi 33.000 per infarto del miocardio, arrivando così al triplo dei decessi causati dal tumore della mammella. Secondo le ultime stime più del 46% annuo (un dato tuttavia in costante crescita) delle morti fra la popolazione femminile avviene in conseguenza di una malattia cardiovascolare.

Ospedalizzazione

Nel 2008 si sono registrate marcate differenze di genere per le malattie ischemiche con tassi di ospedalizzazione più che doppi negli uomini rispetto alle donne, con maggior prevalenza al Sud. Stessa situazione la si rileva

per le malattie cerebrovascolari, per le quali sempre nel 2008, si sono avuti tassi di ospedalizzazione per gli uomini superiori di quasi il 39% rispetto alle donne. I tassi per entrambe le patologie sono comunque in diminuzione rispetto al 2007.

Mortalità

Le malattie ischemiche del cuore rappresentano la prima causa di morte in Italia. Nel 2007 si sono registrati decessi per l'uomo pari a 15,04 (per 10.000), quasi il doppio rispetto a quello delle donne (8,56 per 10.000) i cui valori massimi per entrambi i generi si sono registrati al Sud (Campania).

Analizzando la mortalità per classi di età si osserva negli uomini di 75 anni e oltre, un tasso maggiore di 34 volte rispetto alla clas-

se di età più giovane (45-54 anni) con rispettivamente 119,10 e 3,41 decessi (per 10.000). Fra le donne più anziane il tasso di mortalità risulta addirittura 144 volte più alto rispetto a quello delle più giovani (rispettivamente 92,56 e 0,64 decessi per 10.000), a dimostrazione di come per il genere femminile l'effetto dell'età sia più rilevante che negli uomini.

Nell'ultimo ventennio...

...a differenza di quanto avveniva negli anni Novanta del Novecento, il rischio di morte prematura per malattie cardiovascolari è molto inferiore, mentre è aumentato il numero di anziani che muoiono per questo tipo di patologie, in particolare le don-

ne. Le stime rilevate da alcuni studi recentemente condotti parlano chiaro, mentre il tasso dei decessi nella popolazione maschile è in costante diminuzione (da 143,7 a 140,5 per cardiopatia ischemica ogni 100.000 abitanti dal 1990 al 2002), nella popolazione femminile il tasso dei decessi è aumentato passando da 106,9 a 121,5 ogni 100.000 abitanti (+14,6%), in ragione del fatto che la donna vive in media sei anni in più dell'uomo.



Salute mentale e dipendenze

Disturbi psichici: che cosa sono

Appartengono ai disturbi psichici le psicosi, le nevrosi, i disturbi della personalità ed altre patologie correlate anche all'abuso di sostanze.

Soggetti maggiormente a rischio

A differenze dai maschi, le femmine sono più predisposte ad ansia, depressione e obesità. In particolare nella donna i disturbi psichici sono spesso associati alla sfera riproduttiva (gravidanza, puerperio e menopausa) a cui si aggiunge l'assunzione di ruoli di responsabilità in ambito lavorativo e familiare. Nonostante questo, si riscontra da parte della donna un minor ricorso alla strutture socio-sanitarie dovuto, in parte anche a fattori socio-culturali.

Ospedalizzazione

Nel 2008 si è registrato un tasso standardizzato di ospedalizzazione per disturbi psichiatrici con un valore nazionale di 45,81 (per 10.000) per gli uomini e di 43,11 (per 10.000) per le donne, ma comunque con una generale tendenza a partire dal 2003 alla riduzione dei ricoveri sia per gli uni che per le altre (rispettivamente -5,4% e -6,5%).

Nel 2007 va registrata una maggiore ospedalizzazione per disturbi psichici da abuso di droghe negli uomini, sia a livello nazionale (uomini 1,38 per 10.000 vs donne 0,85 per 10.000) che regionale, specie in età compresa tra i 25 e i 54 anni.

Mortalità

Nel 2007 la mortalità per disturbi psichici, che interessava principalmente la fascia dei 75 anni e oltre, presentava valori sostanzialmente sovrapponibili tra uomini e donne, pari rispettivamente a 1,33 (per 10.000) e 1,37 (per 10.000). Nell'arco temporale 2000-2007 è stato possibile osservare una generale riduzione dei tassi per entrambi i generi fatta eccezione per alcune regioni (Trentino-Alto Adige). Il suicidio è il risultato dell'interazione di molteplici fattori di rischio psicologici, biologici e sociali. Tra i principali determinanti vi è la presenza di disturbi mentali, cui è associato un rischio di suicidio maggiore rispetto ad altre patologie, ma su di esso interferiscono anche fattori familiari, genetici ed ambientali, eventi psicosociali (lutto), le malattie fisiche (tumori, Aids) e l'assunzione cronica di alcol e droghe. Nel 2007 a livello nazionale sono stati osservati tassi standardizzati di mortalità per suicidio ed autolesione pari a 1,00 (per 10.000) per il genere maschile ed a 0,26 (per 10.000) per il genere femminile. Rispetto al 2000 si può notare un trend positivo della mortalità con una riduzione dei tassi per entrambi i generi, in particolare quello femminile (-23,5 per 10.000 vs -14,56 per 10.000). Per il genere femminile i tassi specifici aumentano con il progredire dell'età, raggiungendo valori più elevati tra i 75 anni ed oltre (0,48 per 10.000).

Il nemico della donna

La menopausa è il nemico principale per il cuore della donna. Infatti durante l'età fertile, l'organismo femminile è protetto dagli estrogeni, gli ormoni che agiscono sull'endotelio (il tessuto che riveste la parete interna dei vasi sanguigni e del cuore) favorendo il rilascio di sostanze che stimolano la dilatazione dei vasi. Con l'arrivo della menopausa e il calo improvviso nella produzione di estrogeni, l'organismo femminile si trova impreparato a fronteggiare le malattie cardiovascolari, in particolare l'infarto. Numerosi studi riportano che in menopausa, la donna è improvvisamente esposta a tutti i fattori di rischio, sia genetici se nella famiglia esistono casi di malattie coronariche, sia esterni legati a fumo, scarsa attività fisica e cattiva alimentazione.

Fattori di rischio di genere

Nella donna esiste una forte associazione tra ipertensione arteriosa, coronaropatia e morte precoce. Il legame che unisce menopausa e ipertensione non è ancora del tutto chiaro, ma si ritiene che possano giocare un ruolo importante sia il deficit di estrogeni, che aumenta la rigidità delle arterie, sia l'aumento di peso che si accompagna spesso alla menopausa e si associa a una maggiore produzione di insulina da parte del pancreas, sia infine l'aumento dell'emoglobina nel sangue dovuto alla cessazione del flusso ormonale. Inoltre, fonti autorevoli attestano che non è sottovalutare il diabete che aumenta il rischio di mortalità coronarica di 3-7 volte rispetto a donne non diabetiche.

L'Osservatorio del rischio cardiovascolare

L'Osservatorio del Rischio Cardiovascolare nasce dalla collaborazione tra l'Istituto Superiore di Sanità e il Consor-

zio Interuniversitario per il Calcolo Automatico dell'Italia nord-Orientale. Esso ha l'ambizione di diventare nel tempo lo strumento di monitoraggio e prevenzione delle malattie cardiovascolari.

I dati, per classe di rischio cardiovascolare e genere, rivelano che la maggior parte degli uomini (56,7%) è a rischio 'moderato' (rischio cardiovascolare a 10 anni tra 3-19%), mentre la maggior parte delle donne sono a rischio 'basso' (rischio cardiovascolare a 10 anni <3%).

Solo lo 0,4% delle donne, circa 54.000 nella popolazione di età tra 35-69 anni, è a rischio 'alto' rispetto all'8% degli uomini (circa 1.200) nella medesima fascia di età (rischio cardiovascolare a 10 anni >20%). Se si considerano gli eventi attesi per rischio cardiovascolare in 10 anni su 100 persone per classe di età e genere, si evidenzia che il rischio cardiovascolare a 10 anni risulta pari al 2,9% nelle donne e a 7,6% negli uomini. Evidente è il trend di aumento del rischio con l'età in entrambi i generi.

La salute materno infantile

Punti nascita

Secondo il DM 24 aprile 2000, 'Adozione del Progetto Obiettivo Materno-Infantile relativo al Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1998-2000', i punti nascita di I livello dovrebbero effettuare almeno 500 parti annui, 800 quelli di II livello ed almeno 1.000 quelli di III. Tuttavia... a livello regionale esistono delle notevoli differenze nell'offerta dei

al 2007 (39,29%) e una notevole variabilità a livello regionale, con valori tendenzialmente più alti nelle regioni del Sud rispetto a quelle del Nord. Nella maggior parte delle regioni, si ha una diminuzione della proporzione di tagli cesarei primari ed un aumento (costante dal 2005) di quelli ripetuti. Nel 2008, sia per i tagli cesarei che per quelli ripetuti, il primato in negativo lo detiene la



punti nascita, registrando ad esempio nel 2008 1.230 parti in Valle d'Aosta contro i 98.392 della Lombardia. Dunque in termini percentuali si evidenzia che circa il 9% dei parti sono avvenuti in punti nascita con meno di 500 parti annui, un volume ritenuto non soddisfacente a garantire uno standard qualitativo accettabile. È da rilevare un forte gradiente fra Nord e Sud, con percentuali in meridione nettamente superiori alla media nazionale (in particolare in Molise e Basilicata), per la classe di parti inferiori a 500, mentre circa l'80% di essi sono eseguiti in strutture con classi di ampiezza superiore agli 800 parti e di questi il 66,7% effettuato in punti nascita con più di 1.000 parti.

Parti con taglio cesareo

In molti Paesi Occidentali si ricorre sempre più al parto con taglio cesareo. In Italia il loro numero supera il 30% del totale dei parti un valore ampiamente eccedente il 10-15%, quale soglia raccomandata dall'OMS.

I dati

Nel 2008 a livello nazionale la percentuale di tagli cesarei sul totale dei parti è risultata pari a 39,19% con un lieve decremento rispetto

Campania, mentre la provincia autonoma di Trento si qualifica come quella più virtuosa con i valori più bassi di tagli cesarei primari ed il Friuli Venezia Giulia per i tagli cesarei ripetuti.

Unità Operative di Terapia Intensiva Neonatale presenti nei punti nascita

Sempre secondo il DM 24 aprile 2000, per garantire dei buoni standard qualitativi alla donna e al bambino occorrerebbe che ogni struttura effettuasse almeno 1.000 parti annui e disponesse di una Unità di Neonatologia con Unità Operativa di Terapia Intensiva Neonatale Autonoma (Uotin), ciascuna efficace ed efficiente per un bacino di utenza di almeno 5.000 nati annui.

I dati

125 Uotin erano presenti nel 2008 nei 551 punti nascita sul territorio e di esse solo 100 collocate in strutture in cui venivano eseguiti almeno 1.000 parti all'anno. Le restanti 25 Uotin erano all'interno di punti nascita con meno di 1.000 parti annui. Tutto ciò a detrimento di una assistenza qualitativamente adeguata ai neonati ad alto rischio di vita e di un impiego appropriato di risorse specialistiche e tecnologiche.

CONCLUSIONI

Manca ancora un'attenzione particolare alla "medicina di genere" al femminile

Walter Ricciardi

Direttore Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane

I dati analizzati evidenziano il continuo consolidamento dello stato di salute del genere femminile che risulta complessivamente buono, ma sottolineano il progressivo aumento delle differenze tra macroaree geografiche, tra singole regioni e tra uomini e donne. Tali differenze sono emerse anche per quanto riguarda le performance dei Sistemi Sanitari Regionali, sia in funzione di determinanti di tipo geografico che di fattori economici e sociali. Queste difformità sono gli aspetti più preoccupanti poiché, in alcune regioni, l'offerta e la qualità dei servizi erogati non sono adeguate ed a volte insufficienti a soddisfare le richieste della popolazione di riferimento. Ciò ha determinato situazioni di inadeguata assistenza sanitaria, con il Meridione nettamente sfavorito rispetto alle regioni centro-settentrionali.

Negli ultimi anni questa situazione di svantaggio, dovuta alla mancanza di un'adeguata pianificazione dei servizi in base ai bisogni ed alla domanda della popolazione di residenza, è addirittura peggiorata in seguito alle ripercussioni della crisi economica che

ha investito pesantemente anche il nostro Paese.

La prima parte del volume è stata dedicata alla descrizione della popolazione femminile italiana con indicatori relativi agli aspetti demografici, al grado d'istruzione, al livello di occupazione, alla sopravvivenza e mortalità, allo stato di disabilità ed agli incidenti sia stradali che domestici.

Nella seconda parte, invece, incentrata sulle condizioni di salute e sull'assistenza sanitaria, sono stati presentati indicatori relativi ai principali fattori di rischio e stili di vita, ad alcune patologie, all'assistenza ospedaliera, territoriale e farmaceutica ed al grado di soddisfazione dei cittadini nei confronti del servizio sanitario presente nel proprio territorio. Diversi sono anche gli indicatori specificamente femminili riguardanti, in particolare, la prevenzione e la salute materno-infantile.

Importante, inoltre, è la parte dedicata agli approfondimenti nella quale sono state trattate problematiche e patologie tipicamente femminili o che si manifestano più frequentemente nelle donne. Dall'analisi dei dati è emerso, principalmente, quanto segue:

- una forte tendenza all'invecchiamento della popolazione con uno sbilanciamento, nelle età più avanzate, a favore delle donne che godono di una maggiore sopravvivenza;
- l'aspettativa di vita è a vantaggio del genere femminile, ma il divario, in "anni di vita guadagnati", si sta riducendo a sfavore delle donne;
- una riduzione della mortalità oltre il primo anno di vita più alta negli uomini;
- le donne risultano maggiormente esposte al rischio di incidenti domestici in considerazione del ruolo che svolgono all'interno della casa;
- lo svantaggio del genere femminile nei confronti di alcuni stili di vita (alimentazione, alcol, attività fisica) è dovuto ai comportamenti che le donne stanno assumendo, avvicinandosi sempre più alle abitudini meno salutari degli uomini;
- i tassi di prevalenza del fumo evidenziano una dipendenza maggiore degli uomini rispetto alle donne, ma sottolineano un lieve aumento nel genere femminile;
- i tassi di prevalenza di persone obese ed in sovrappeso sono elevati, ma si registra una minima riduzione, per entrambe le condizioni di eccesso ponderale, nelle donne;
- i tassi di prevalenza per tutti i tumori maligni sono maggiori nelle donne, mentre la mortalità è più elevata negli uomini. L'incidenza, invece, è minore nelle donne, ma in aumento;
- il grado d'istruzione influenza sia l'accesso ai servizi che la conoscenza di check-up medici preventivi;
- l'attività di prevenzione oncologica si è sviluppata molto nell'ambito dell'attività degli screening organizzati ed è migliorata quasi ovunque anche se il gradiente tra Sud, Centro e Nord persiste;
- nel nostro Paese la proporzione di parti cesarei è la più elevata tra i Paesi dell'Unione Europea, soprattutto al Sud ed in particolare in Campania;
- è aumentata l'abortività spontanea in correlazione all'avanzare dell'età al parto;
- le donne usufruiscono maggiormente dei presidi residenziali socio-assistenziali e risultano più esposte al rischio di istituzionalizzazione;
- si registra un più alto consumo di farmaci nel genere femminile dovuto anche alla maggiore longevità;
- non si riscontrano opinioni divergenti tra uomini e donne sul giudizio nei confronti del servizio sanitario, ma i cittadini del Nord sono i più soddisfatti.

In conclusione, questa terza edizione del Libro bianco continua ad evidenziare come, nonostante gli apprezzabili guadagni nella salute e nell'aspettativa di vita della popolazione in generale, il nostro Paese sia ancora caratterizzato da profonde differenze geografiche e da una mancata attenzione particolare alla "medicina di genere" al femminile.



Segue da pagina 17

Gli "indicatori per la salute" in una visione di genere: uno strumento necessario
Laura Bianconi

segnalata l'importanza dell'innovazione con riferimento alle cure personalizzate, ambito in cui la diagnostica e la terapia sono altamente correlate, con particolare attenzione ai profili di genere ed agli aspetti genetici del paziente.

Infine, permettetemi una breve riflessione in merito alla patologia del tumore alla mammella, proprio per il fatto che lo si debba ancora considerare la prima causa di morte tra le donne colpite da tumore. La Commissione Igiene e Sanità del Senato, su mia richiesta, ha promosso un'indagine conoscitiva sul tumore alla mammella le cui risultanze sono state presentate al Senato lo scorso 8 marzo c.a. Tale indagine è nata partendo dalla consapevolezza dei colleghi e mia che il continuo aumento dell'incidenza del tumore al seno in tutti i Paesi del mondo, e lo stretto rapporto di questa malattia con la sfera affettivo-familiare della popolazione femminile,

necessitasse di ulteriori approfondimenti per conoscere meglio i diversi aspetti della situazione senologica italiana, al fine di identificarne le criticità ed individuare gli ambiti su cui concentrare gli interventi. Ma, nello stesso tempo, ci siamo prefissati l'obiettivo di valutare quali potessero essere gli strumenti migliori per far crescere la consapevolezza nella popolazione della rilevanza sociale del tumore della mammella, così da diminuire le disuguaglianze territoriali dei percorsi diagnostico-terapeutici relativi a questa malattia; questo anche alla luce delle Raccomandazioni provenienti proprio dall'Ue che ha da tempo invitato gli Stati membri ad affrontare la problematica di questa patologia in un'ottica di Breast Unit, cioè di centri di senologia strutturati in modo da offrire alla paziente "un'attenzione" alla sua salute più mirata ed all'avanguardia sotto ogni aspetto. Il mio augurio è che nella quarta edizione di questo Libro bianco possa emergere ancora più forte il fatto che la sanità italiana sia riuscita ad intercettare maggiormente le aspettative e le necessità delle donne che vivono nel nostro territorio.

La redazione di *GinecoAogo* ringrazia vivamente la pittrice **Maria Cristina Della Berta** che ci ha autorizzato a riprodurre i suoi dipinti che hanno spesso come tema centrale volti e corpi di donne con un forte contenuto espressivo