

*O.N.Da*



Osservatorio Nazionale  
sulla salute della Donna



**FARMINDUSTRIA**

L'INDUSTRIA DEL FARMACO, L'IMPRESA DELLA VITA

**Libro verde**

**La salute della donna**

**Proposte, strategie,  
provvedimenti per migliorarla**

**Sintesi**

**Informazioni utili**

## Francesca Merzagora

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



*La salute è un microcosmo che va salvaguardato e protetto. Se il Libro bianco pubblicato lo scorso anno da O.N.Da è stata l'analisi attraverso una lente di ingrandimento, il Libro verde può essere considerato l'operatività, la partenza e la messa in azione, la speranza di piccole risoluzioni ai tanti problemi di salute femminile ancora presenti sul territorio. È la logica conseguenza di un percorso volto ad un miglioramento del sistema salute, inteso nella sua globalità. Il Libro verde si profila come una sorta di guida ad una migliore conoscenza della salute femminile. Da essa infatti deriva la consapevolezza che ogni problema al suo nascere può essere affrontato con maggiori possibilità di cura ed una ricaduta benefica sullo stato generale di salute. E questo è il nostro più grande obiettivo: una qualità di vita migliore anche nel difficile percorso della malattia.*

Francesca Merzagora

## Walter Ricciardi

**Direttore Osservatorio Nazionale  
sulla salute nelle Regioni Italiane  
Ordinario di Igiene  
e Medicina Preventiva  
Università Cattolica  
del Sacro Cuore di Roma**



*L'anno scorso abbiamo documentato con il Libro bianco le condizioni di salute delle donne in Italia evidenziando l'esistenza di alcune gravi problematiche.*

*L'apprendere che in alcune zone del Paese la morte per parto non era un'evenienza rara, che il taglio cesareo veniva utilizzato in maniera inappropriata e che la violenza sulle donne era un fenomeno diffusissimo ed in crescente aumento e che sulle donne italiane veniva costantemente caricata la soma del lavoro di assistenza a familiari e parenti fragili, ci aveva impressionato.*

*Siamo ora passati al Libro verde. Gli argomenti su cui abbiamo concentrato la nostra attenzione sono: l'invecchiamento, le connesse condizioni di solitudine e disabilità, i fattori di rischio come il fumo, l'alcol e i disturbi alimentari, la prevenzione nei confronti delle patologie oncologiche ed il problema dell'aumento dell'incidenza delle malattie cardiovascolari, il tema dei parti cesarei e quello della salute mentale.*

Walter Ricciardi

**Libro verde**

**La salute della donna**

**Proposte, strategie,  
provvedimenti per migliorarla**

**Sintesi**

## Premessa

La salute è un microcosmo che va salvaguardato e protetto. Con l'intento di aumentare nella donna questa consapevolezza e di sensibilizzare alle necessità di una medicina di genere orientata a promuovere studi e ricerche testate sulla figura femminile che tengano conto anche delle origini etniche, culturali e strutturali, nasceva un anno fa il Libro bianco sulla salute della donna in Italia, realizzato da O.N.Da (Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna). Scopo del volume era quello di identificare, all'interno della popolazione femminile suddivisa per regione, quei punti deboli ancora presenti all'interno del sistema salute per trasformarli oggi in punti di forza.

Il Libro bianco è stata la prima tappa del nostro impegno: evidenziate cause e problematiche, occorreva provare a dare una risposta, quanto più efficace e propositiva possibile, ai bisogni sanitari della popolazione femminile. Se il Libro bianco è stata l'analisi attraverso una lente di ingrandimento, il Libro verde - pubblicato anche quest'anno con Franco Angeli -, può essere considerato l'operatività, la partenza e la messa in azione, la speranza di piccole risoluzioni ai tanti problemi di salute femminile ancora presenti sul territorio. Il volume che presentiamo quest'anno è, dunque, la logica conseguenza di un percorso volto ad un miglioramento del sistema salute, inteso nella sua globalità: dalle strutture di accoglienza, ai mezzi e servizi offerti, ma soprattutto alla predisposizione individuale di porsi in un atteggiamento di prevenzione e di difesa del nostro benessere. Il Libro verde si profila come una sorta di guida ad una migliore conoscenza della salute femminile. Da essa, infatti, deriva la consapevolezza che ogni problema al suo nascere può essere affrontato con maggiori possibilità di cura ed una ricaduta benefica sullo stato generale di salute. Questo è il nostro più grande obiettivo: una qualità di vita migliore anche nel difficile percorso della malattia e la sintesi del volume che qui proponiamo vuole offrire degli spunti di riflessione ai lettori di IO Donna.

## Invecchiamento, disabilità, solitudine

### Invecchiamento

#### Individuazione, descrizione e analisi del problema

La struttura per età della popolazione assume particolare importanza nella dimensionamento e nella programmazione dei servizi socio-sanitari.

La diversità della domanda di assistenza e delle patologie in relazione all'età degli assistiti implica, infatti, degli adattamenti dell'offerta in funzione della composizione per sesso ed età dell'insieme della popolazione. In particolare, la popolazione in età di 65 anni e oltre è quella più esposta al rischio di malattie gravi ed invalidanti ed al rischio di morire, soprattutto nelle età successive ai 75 anni. La dimensione e la dinamica della popolazione "anziana" (65-74 anni) e "molto anziana" (75 anni e oltre) vanno dunque monitorate con particolare attenzione.

Le donne vivono più a lungo degli uomini: la percentuale dei soggetti di età compresa fra i 65 e i 74 anni è pari al 54%, la loro proporzione cresce all'aumentare dell'età fino al 63%.

In alcune Regioni del Nord, le donne ultra settantacinquenni rappresentano più del 65% dei soggetti di questa fascia d'età.

## Condizione di disabilità

### *Individuazione, descrizione e analisi del problema*

*Malgrado l'aspettativa di vita stia aumentando per entrambi i generi, gli uomini stanno guadagnando in anni di vita di salute, mentre le donne in anni di vita di disabilità.*

*Il dibattito etico su come giustificare l'allocazione di costosi servizi sanitari per i pazienti più anziani è spesso basato su alcune considerazioni quali la prognosi, gli anni di vita aggiustati per la qualità della stessa, la capacità di farsi carico di parte dei costi e altri. Spesso il genere delle persone anziane bisognose di cure è considerato, nello stesso crescente dibattito, come irrilevante.*

*Alcune evidenze, tuttavia, sottolineano come la donna anziana e, spesso disabile, soffra maggiormente di un'esclusione sociale; le cause sono quelle sempre sottostanti ai diversi differenziali di salute genere-specifici: la scolarità, l'indipendenza economica, il ruolo nella società e altri. Ad essi, nell'anziano, si aggiunge la solitudine che è spesso maggior appannaggio delle donne in quanto più longeve: colei che è stata caregiver del marito e della famiglia mantiene il suo ruolo e diventa, più spesso che nell'uomo, caregiver di se stessa.*

## Condizione di solitudine

### *Individuazione, descrizione e analisi del problema*

*Mediamente le donne sopravvivono ai propri partner in una condizione di salute precaria e, spesso, di risorse economiche limitate. Tale stato è dovuto da un lato alla vita più longeva, dall'altro al frequente consumo di risorse spese per le cure al partner negli ultimi anni di vita. Le donne anziane che necessitano di cure socio-sanitarie sono pertanto, proprio per il loro stato di solitudine, meno capaci degli uomini di affrontare al proprio domicilio le malattie legate all'età e, più frequentemente, terminano la propria vita con il solo ausilio di pensioni sociali e istituzionalizzate.*

*La nostra, come altre società occidentali, vive il paradosso di un contratto "sociale" estremamente iniquo: ogni anziano è, infatti, titolato a ricevere direttamente una proporzione delle risorse sociali pari alla propria contribuzione.*

*Il contributo è quasi ovunque letto in termini di partecipazione alla "forza lavoro" pagata da terzi e, quindi, il lavoro delle donne nei confronti della famiglia e della società non viene economicamente valorizzato.*

*Risulta evidente che, in una società che soprattutto tra le generazioni precedenti vede ancora il genere femminile molto poco o addirittura per nulla retribuito durante la vita lavorativa, le risorse contributive non possono che essere inadeguate a garantire standard accettabili (mezzi per il sostentamento quotidiano, possibilità di pagare un affitto, risorse utili all'assistenza, ecc.) nella condizione di persona sola e spesso malata. I dati italiani dimostrano come la condizione di solitudine degli anziani sia particolarmente frequente tra il genere femminile: a fronte di un 14% di ultra sessantacinquenni maschi che vivono da soli, si evidenzia il 37% tra le donne.*

## Proposte di intervento

*È evidente che le persone anziane con disabilità rappresentano una popolazione largamente fruitrice di servizi socio-sanitari. D'altro canto la condizione stessa di disabilità non può precludere una vita sociale attiva che, più di altri interventi, potrebbe essere in grado di prolungare l'indipendenza del soggetto e diminuire il peso economico a carico del Servizio Sanitario e migliorare contestualmente anche la qualità della vita.*

*A tal fine sembra utile:*

- considerare attentamente la struttura della popolazione che insiste sui servizi socio-sanitari regionali e delle singole ASL. Dimensione e tipologia di questi dovrebbero dipendere in modo significativo dalla composizione per sesso ed età della popolazione;
- le valutazioni dell'entità e della ripartizione della spesa socio-sanitaria corrente andrebbero fatte alla luce dei differenziali delle strutture demografiche. Le disabilità e le malattie croniche aumentano con l'età e lo stesso mantenimento in buona salute o accettabile, comporta più frequenti ed estesi interventi sia di prevenzione che curativi e farmacologici;
- valutare l'utilizzo di correttivi alle pensioni di disabilità al fine di ridurre le disuguaglianze di genere specifiche;
- promuovere, anche attraverso il coinvolgimento della comunità, un maggior accesso della donna anziana e disabile alla vita sociale;
- attivare programmi di promozione della salute per le donne anziane e con patologie croniche.

## Alcol

### L'impatto dell'alcol sullo stato di salute della donna

#### *Individuazione, descrizione e analisi del problema*

Essere donna nel terzo millennio è vivere e sentirsi in maniera profondamente più complessa rispetto a ciò che le precedenti generazioni femminili hanno avuto modo di sperimentare nel corso della loro vita. Se non per tutte, sicuramente per molte, gli stili di vita si sono drasticamente modificati parallelamente all'evoluzione del ruolo che la donna, a partire dagli anni sessanta, ha progressivamente acquisito in ambito familiare e sociale.

Attraverso i cambiamenti si sono fatti strada anche comportamenti considerati, in precedenza, socialmente prerogativa del sesso maschile e giudicati "sconvenienti" per il sesso femminile come quello legato all'abitudine al bere. Il consumo e, purtroppo, l'uso dannoso e a rischio di tutte le bevande alcoliche è un fenomeno approdato di recente nell'universo femminile. Cercare di far fronte alla necessità di garantire una sensibilizzazione, un'informazione indipendente, valida, oggettiva ed esauriente che possa contribuire a rendere le donne di qualunque età maggiormente consapevoli, abili e capaci nel gestire l'uso di alcol e a diminuire l'esposizione incongrua agli effetti di inesperienza e disinformazione, è un fondamentale obiettivo della prevenzione e della promozione della salute che si estende anche a chi, accanto alle donne, vive negli ambiti familiari, lavorativi e sociali. È peraltro da sottolineare che il ruolo femminile legato alla maternità, alla cura e all'educazione dei figli, all'attività lavorativa e all'importante e specifico contributo che essa stessa fornisce alla società attraverso la sua identità di donna, di madre, di moglie e di lavoratrice rappresenta un punto centrale nelle iniziative di prevenzione nell'ambito della collettività, un reale investimento per la riduzione dell'impatto dell'alcol sull'intera società.

#### *Proposta di intervento*

Gli interventi di ricerca-azione, di attuazione di good practice di

rilevanza internazionale che è possibile proporre sono in linea con le priorità delineate dal Piano di Azione Europeo sull'Alcol dell'OMS, dalla Framework on Alcohol Policies for the European Region dell'OMS, dalla Strategia Comunitaria per il contrasto all'uso dannoso e rischioso di alcol, dalla Risoluzione del Parlamento Europeo del dicembre 2007, dal Piano Nazionale Alcol e Salute e dal Programma Governativo Guadagnare Salute e dalla stessa legge 125/2001.

Un programma specifico, coordinato di sensibilizzazione, informazione, prevenzione e promozione della salute può articolarsi attraverso:

- a) specifiche iniziative di comunicazione istituzionale sulle tematiche prioritarie di tutela della salute e della sicurezza relative ad alcol e minori, alcol e adolescenti, alcol e gravidanza, alcol e guida, alcol e lavoro, alcol e farmaci, alcol e violenza;
- b) azioni programmate e contestualizzate di supporto alla comunità e di integrazione ideale rispetto alle strategie di salute, di prevenzione e promozione della salute per condizioni o setting identificati come a maggior rischio (luoghi di lavoro, luoghi di aggregazione giovanile, eventi musicali e sportivi ecc.) sui differenti target di popolazione femminile;
- c) un programma di formazione di valenza europea (IPIB-PHEPA) del personale socio-sanitario sull'intercettazione ed identificazione precoce dell'abuso alcolico proposto dal Progetto Obiettivo "Alcol e Donna" per lo svolgimento nel corso del triennio 2008-2011 attraverso l'expertise e la consulenza dell'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS ed il Centro OMS per la Ricerca sull'Alcol dell'Istituto Superiore della Sanità (ISS), in coordinamento con i principali Ministeri competenti. Prevede inoltre il coinvolgimento attivo delle Regioni e dei Comuni unitamente alle principali Società Scientifiche (come la SIA) e professionali, al privato sociale, alle associazioni di auto e mutuo-aiuto, al volontariato e alla cittadinanza.

## Fumo

### Fumo e donne

#### *Individuazione, descrizione e analisi del "problema"*

Il tabagismo, prima dell'emancipazione femminile, era quasi esclusivamente una "cosa da uomini". Oggi, invece, si osserva un'inversione di tendenza e in alcuni Paesi, tra cui anche il nostro, i nuovi fumatori sono soprattutto giovani donne: il 30,3% di loro ha dichiarato di iniziare a fumare fra i 18 e i 20 anni, contro il 25,7% dei ragazzi e il 15% dopo i 20 anni rispetto al 6,9% degli uomini.

Negli ultimi 50 anni il numero delle fumatrici si è triplicato. Rispetto agli uomini, le donne che fumano sono in numero minore e le percentuali più elevate sono comprese nelle fasce di età fra i 25 e i 54 anni. La media di sigarette giornaliere è aumentata progressivamente; le donne italiane fumano in media dalle 8 alle 12 sigarette al giorno, numero che varia notevolmente in base all'età e alla Regione di residenza. Inoltre, il 7,8% delle donne intervistate, fuma dalle 15 alle 24 sigarette al giorno e l'1% più di 25 (Indagine DOXA, 2007).

Le conseguenze del fumo nel sesso femminile sono molteplici. Esso rappresenta un importante fattore di rischio per il cancro ai polmoni,

terza causa di morte in Italia dopo il tumore del seno e dell'intestino. Favorisce inoltre lo sviluppo del cancro all'utero perché il fumo inibisce le difese immunitarie e facilita la moltiplicazione di virus come il Papilloma Virus implicato nella genesi di questa patologia, il cancro alla laringe, alla vescica e ai reni, le patologie croniche polmonari (es. bronchite cronica) e quelle del sistema circolatorio.

Secondo i dati diffusi dal Ministero della Salute nel 2004, circa 3.500 morti per tumore polmonare sono attribuibili al fumo e 5-10.000 a malattie correlate.

In aggiunta a questo, nonostante i danni da fumo in gravidanza e sul feto siano ormai ben noti, manca una reale consapevolezza da parte delle donne delle conseguenze negative che esso comporta, soprattutto in relazione alla fertilità ed alla procreazione a causa di scompensi ormonali, in particolare sulla produzione di estrogeni.

Il fumo determina infatti nelle fumatrici:

- un rischio più alto di gravidanza extrauterina rispetto alle non fumatrici;
- la capacità di concepire più bassa rispetto alle non fumatrici;
- un aumento del rischio di morte in culla per le madri che hanno fumato durante la gravidanza (50-80%);
- un possibile rischio di morte improvvisa del bambino nell'utero materno;
- maggiore difficoltà di apprendimento a scuola dei figli con frequente tendenza a manifestare sintomi respiratori;
- un danno sul feto per alcune componenti delle sigarette, che attraverso la placenta, possono essere causa di malformazioni o di basso peso alla nascita;
- possibilità più elevate di parto prematuro o di aborto.

Fra i tanti effetti negativi del fumo sull'organismo della madre, va ricordato quello correlato all'allattamento: la nicotina modifica nella donna la risposta allo stimolo fornito dalla suzione del bambino, riducendo la produzione e l'emissione di latte.

È inoltre possibile che le donne fumatrici vadano in menopausa più precocemente rispetto alle non fumatrici e, più in generale, che subiscano gli effetti della nicotina sull'equilibrio endocrino centrale, causa di alterazioni del ciclo ovaratorio.

In Italia, è presente una normativa severa che si prefigge, quale obiettivo primario, la tutela della salute dei cittadini (legge sul divieto di fumo nei luoghi pubblici n. 3 del 2003). È interessante osservare che la riduzione del numero di fumatori conseguente all'introduzione di tale divieto si sia verificata soprattutto fra gli uomini e nell'anno di applicazione della legge, mentre per le donne, al di là di una lieve riduzione delle fumatrici in età fertile, la prevalenza negli ultimi anni si è mantenuta stabile.

In particolare, è aumentato il numero di donne fumatrici in età compresa fra i 45 e i 54 anni, dimostratesi insensibili alla legge 3/2003.

### **Proposta di intervento**

In questo contesto, per poter arrivare ad una riduzione dell'incidenza e della prevalenza dei fumatori e ad una diminuzione delle patologie legate al fumo, appare fondamentale la necessità di interventi promossi dal Ministero della Salute e dalle strutture più vicine all'utenza, quali i distretti socio-sanitari, i consultori, i Medici di Medicina Generale, i pediatri, gli istituti scolastici, ecc. In tale ambito, si inserisce il programma sostenuto dal Ministero della Salute "Guadagnare Salute - Rendere facili le scelte salutari", che prevede un intervento multisettoriale con azioni rivolte a favorire stili di vita salutari fra cui la riduzione non solo del fumo fra i fumatori, ma anche la prevenzione dell'iniziazione a tale abitudine. Fra i punti fondamentali del programma sono previste campagne educazionali rivolte alla popolazione generale mirate per età, sesso e contesti familiari e lavorativi, sviluppo di programmi rivolti alle



scuole, interventi di regolamentazione della vendita del prodotto, di informazione ai consumatori, promozione di insegnamenti specifici sul tabagismo ai medici e al personale sanitario e delle associazioni di volontariato, potenziamento dei Centri antibaccho e sviluppo di iniziative per le mamme e in generale per le donne in età fertile e/o in gravidanza. Un altro programma "Mamme libere dal fumo", avviato nel luglio 2002 dalla Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori (LILT) e dalla Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche, ha previsto l'offerta di un aiuto concreto ed efficace alle donne. La LILT ha fornito i materiali necessari allo sviluppo del programma e ha garantito il supporto di volontari e professionisti, mentre i Collegi Provinciali delle Ostetriche si sono resi disponibili per facilitare i percorsi organizzativi, favorire la motivazione del personale ed identificare le modalità di intervento locale più idonee, i Sistemi Sanitari Regionali e le ASL a sostenere l'attività formativa e a fornire personale per l'attuazione del counselling. Lo scopo del programma è coinvolgere progressivamente le ostetriche su tutto il territorio nazionale e raggiungere tutte le donne in gravidanza, le loro famiglie e le donne che si rivolgono all'assistenza ostetrica. In continuità con quanto svolto da tale strategia, nel 2007 il Centro Nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM), con il coordinamento del Veneto, ha consolidato la lotta al fumo tramite un programma nazionale di formazione del personale ostetrico delle Aziende Sanitarie atto a favorire e sviluppare azioni educative rivolte alle donne in età fertile ed in gravidanza. Obiettivo: ottenere che il 90% delle donne in gravidanza smetta di fumare e il 50% resti astinente ad un anno dall'intervento dal momento che spesso gravidanza e allattamento possono incentivare a interrompere o a contenere queste nocive dipendenze. La sfida per il futuro è, quindi, promuovere nelle donne il raggiungimento di emancipazione, autonomia e sicurezza, obiettivi che non hanno bisogno del fumo per affermarsi. Occorre pertanto continuare ad informare le donne sugli effetti del tabacco aumentando la loro consapevolezza sull'importanza di adottare stili di vita salutari.

## Prevenzione dei tumori femminili

### Screening

Esistono alcune patologie per le quali i programmi di screening organizzati, come interventi mirati di Sanità Pubblica in ambito di prevenzione secondaria oncologica, si sono dimostrati particolarmente efficaci e per questo motivo diffusi in molte Nazioni europee. È il caso della mammella, del cervicocarcinoma uterino, e del colon-retto. Recentemente la Commissione Europea ha pubblicato Linee Guida per la quality assurance per la diagnosi e lo screening del tumore della mammella e del cervicocarcinoma uterino che ne ribadiscono l'efficacia. Si tratta di un problema di Sanità Pubblica rilevante. Il cancro della mammella è il più frequente tra quelli che colpiscono le donne europee ed ancora causa del maggior numero di decessi. I registri tumori evidenziano per l'Italia l'incidenza in crescita e la mortalità in calo. Per quanto riguarda il collo dell'utero, in Europa nei 27 Stati membri si stimano 34.300 casi e 16.200 decessi per cervicocarcinoma uterino con riflessi non solo sanitari, ma anche sociali ed economici.

## **Evoluzione dei programmi di screening in Italia**

*In Italia gli screening organizzati si sono sviluppati soprattutto durante gli anni '90 svincolandosi progressivamente da iniziative sperimentali e connotandosi sempre più come interventi di Sanità Pubblica istituzionalmente supportati. Si pensi, ad esempio, al contributo scientifico offerto dal Centro Nazionale di Controllo delle Malattie (CCM), dall'Osservatorio Nazionale per gli Screening (ONS) e dai gruppi interdisciplinari di operatori (GISMa, GISCI e GISCoR) per lo sviluppo dei programmi che hanno avuto in molte Regioni un impulso decisivo grazie a provvedimenti normativi.*

*L'impegno non è stato diretto soltanto allo stanziamento di fondi, ma anche al costante monitoraggio dell'evoluzione e attivazione dei programmi attraverso l'operato della Conferenza Stato-Regioni e del CCM.*

*Va anche ricordato che nel 2006 il Ministero della Salute, in collaborazione con l'ONS e la Lega Italiana Tumori, ha pubblicato un opuscolo dal titolo "Raccomandazioni per l'implementazione dei programmi di screening", entrando nel merito delle caratteristiche organizzative e valutative dei programmi.*

*Limitandoci agli screening per i tumori femminili, attualmente in Italia sono 123 i programmi attivi per il tumore della mammella e 122 per il cervicocarcinoma. Inoltre in tutte le Regioni è attivo almeno un programma organizzato per lo screening mammografico. È verosimile che a breve ciò possa avvenire anche per lo screening per il collo dell'utero. Tuttavia l'attivazione di programmi non è necessariamente correlata alla capacità di invitare con regolarità biennale o triennale come previsto dalle raccomandazioni nazionali la popolazione obiettivo, e ciò è vero per i programmi giovani che hanno più difficoltà ad entrare "a regime".*

## **Dati di attività dei programmi di screening**

*I dati di estensione e di partecipazione più recenti, ancorché preliminari sono disponibili fino all'anno 2006 sul Sesto Rapporto dell'Osservatorio Nazionale Screening. Ne risulta che il 78,2% delle donne italiane appartenenti alla popolazione obiettivo è inserita in un programma di screening mammografico (76,4% nel 2005); contro il 69% per lo screening per il cervicocarcinoma (66,7% nel 2005). Il confronto tra ripartizioni geografiche evidenzia già a questo livello discrete differenze geografiche. Sono in particolare le Regioni del Sud e le Isole che si distanziano, anche se questo gap si va progressivamente riducendo.*

*Tuttavia non è sufficiente attivare un programma di screening in un territorio, occorre essere in grado di raggiungere e mantenere un livello di attività sufficiente tale da coprire tutta la popolazione obiettivo secondo la periodicità prevista.*

*Le aspettative per lo screening per il cervicocarcinoma riguardano un terzo delle donne dell'intera popolazione obiettivo, data la periodicità di ripetizione triennale del test. Nel 2006, in Italia, si sono sottoposte allo screening il 25,3% delle donne invitate e il 57,2% per la mammella.*

*Infine per il successo in termini di impatto sulla mortalità e sull'incidenza di un programma di screening occorre il consenso e la partecipazione da parte della popolazione che ha raggiunto il 56,6% (adesione grezza anno 2006) per il tumore della mammella e il 38,5% per il cervicocarcinoma uterino con differenze di tipo geografico.*

### *Individuazione, descrizione e analisi del “problema”*

Human papillomavirus (HPV) è un virus a DNA appartenente alla famiglia dei Papovavirus, di cui si conoscono più di 120 diversi genotipi, 40 dei quali associati ad infezioni dell'apparato genitale.

L'HPV è considerato l'agente eziologico responsabile delle più comuni infezioni sessualmente trasmesse e si stima che oltre il 75% delle donne sessualmente attive contragga un'infezione da HPV nella propria vita.

La prevalenza di infezioni genitali da HPV nella popolazione femminile mondiale varia dal 2% al 44%, con un picco tra le giovani donne sessualmente attive di età inferiore a 25 anni. La prevalenza decresce nella fascia d'età compresa tra 35 e 54 anni, anche se studi recenti hanno evidenziato un secondo picco in donne in età peri/post-menopausale. In Usa il 74% delle infezioni si manifesta in donne di età compresa tra 15 e 24 anni.

Nella maggior parte dei casi (70-90%) l'infezione è autolimitante e transitoria, ma nei restanti casi essa può evolvere in infezione persistente e, in base al tipo di virus infettante, progredire in lesioni a carattere benigno o precancerose e cancerose. In base al potere oncogeno potenziale i diversi tipi di HPV vengono convenzionalmente classificati in due grandi gruppi: a basso e ad alto rischio. Questi ultimi sono la causa necessaria per lo sviluppo del cervicocarcinoma, primo tumore totalmente riconducibile ad un'infezione secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità.

L'HPV DNA è presente, infatti, nel 99,7% degli strisci cervicali, confermando la relazione fra infezione da HPV e cancro della cervice uterina.

Il cancro della cervice uterina rappresenta, a livello mondiale, il secondo tumore in ordine di frequenza ed il più comune nei paesi in via di sviluppo.

### *Proposta di intervento*

Al fine di ridurre l'incidenza dell'infezione da HPV e delle patologie ad essa correlate, il Ministero della Salute ha promosso una campagna di vaccinazione che si affianca all'assodato programma di screening del tumore della cervice uterina condotto nelle donne dai 25 ai 64 anni con il Pap Test triennale.

Il vaccino va somministrato per via intramuscolare in 3 dosi al tempo 0, 1 e 6 mesi.

Il Consiglio Superiore di Sanità ha identificato la fase pre-adolescenziale (9-12 anni) come il periodo più idoneo per ottenere i migliori risultati dalla vaccinazione in termini di prevenzione delle infezioni da HPV. La scelta del 12° anno di età è correlata a motivi tecnici perché l'adolescente, plausibilmente, non ha iniziato la propria attività sessuale, scientifici per una migliore risposta immunitaria e organizzativi per una maggiore facilità a reperire la popolazione obiettivo attraverso la scuola, a recuperare le dosi mancanti del ciclo vaccinale ed eseguire il “catch up” nel proseguimento degli studi, a affiancare la vaccinazione alle altre previste dal calendario nazionale e l'influenza dei genitori nelle scelte.

È allo studio l'estensione della vaccinazione ad una seconda coorte di donne di 25 o 26 anni di età, in concomitanza con la chiamata attiva

## Malattie cardiovascolari

per l'esecuzione dello screening. Infine, qualora le risorse disponibili lo consentissero, la strategia vaccinale potrebbe essere estesa a una terza coorte, da individuare in un'età compresa tra 13-26 anni.

Nel gennaio 2007, l'allora Ministro della Salute Livia Turco raccomandava la vaccinazione gratuita di tutte le dodicenni a livello regionale e a seguito della pubblicazione del decreto di autorizzazione dell'immissione in commercio del vaccino, la campagna vaccinale è partita il 1° gennaio 2008.

I vaccini sono somministrati gratuitamente dalle ASL, ma sono disponibili a pagamento in farmacia, previa indicazione e prescrizione del medico. Il vaccino affianca, ma non sostituisce lo screening periodico della cervice uterina raccomandato per le donne di età compresa tra i 25 e i 64 anni, perché protegge dalle lesioni causate solo da alcuni genotipi di HPV oncogeni.

Alla fine dell'anno 2007, solo la Basilicata e la Val d'Aosta avevano iniziato l'offerta vaccinale che dal mese di marzo 2008, sta estendendosi uniformemente in tutto il territorio italiano.

Tutte le Regioni prevedono l'offerta gratuita per le dodicenni, alcune anche ad altre fasce d'età oltre le dodicenni e il copayment per coloro che non sono raggiunte dall'offerta gratuita. Il vaccino è stato inserito nella fascia H del prontuario farmaceutico nazionale.

### **Incidenza, prevalenza e prevenzione**

#### *Individuazione, descrizione ed analisi del "problema"*

La principale causa di morte per le donne, anche in Italia, è costituita dalle malattie del sistema circolatorio, pari al 46,8% di tutte le cause di morte nel 2002. Una percentuale significativamente superiore alla proporzione di decessi causati da tumori (24,8%). Nell'ambito delle diverse malattie del sistema circolatorio, quelle cardiovascolari di origine arteriosclerotica (CVD), in particolare le malattie ischemiche del cuore e l'ictus sono le più comuni.

Fino ai primi anni '90, condizioni socio-economiche, abitudini alimentari, stili di vita, clima, tradizioni, situazioni genetiche erano in grado di spiegare le grandi differenze tra Nord e Sud. La riduzione di queste patologie è oggi attribuibile al miglioramento delle terapie in fase acuta dell'infarto del miocardio, al miglior controllo farmacologico della pressione arteriosa e della colesterolemia e a stili di vita più corretti (meno abitudine al fumo di sigarette, alimentazione più sana) seppur si registri un aumento dell'obesità e del diabete nella popolazione generale. Le patologie cerebrovascolari, sia in termini fatali che non fatali, aumentano gradualmente con l'avanzare dell'età, mentre il rapporto fra eventi non fatali e fatali diminuisce. Gli eventi cerebrovascolari si registrano maggiormente nelle donne che negli uomini.

#### *Proposta di intervento*

Le malattie cardiovascolari (MCV) sono fra le più studiate dal punto di vista epidemiologico. Fumo, ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia, obesità, diabete sono i maggiori fattori di rischio, tuttavia reversibili: il

numero degli eventi diminuisce in relazione alla riduzione dei rischi ed al loro controllo nel corso della vita.

I fattori di rischio tradizionali per CVD - età, storia familiare, tabagismo, ipertensione arteriosa, dislipidemia e diabete - sono comuni ad entrambi i sessi. A questi, per la donna, vanno a sommarsi fattori ormonali che potrebbero rendere più composita e differenziata la valutazione del profilo di rischio CVD rispetto agli uomini.

Il tabagismo è un fattore di rischio indipendente per CVD in entrambi i sessi. Tuttavia, mentre tale abitudine è in progressivo declino negli uomini, è in continuo aumento nelle donne, specie tra le più giovani. Inoltre, il rischio CVD legato al fumo viene aumentato dall'uso di contraccettivi orali, soprattutto nelle donne con età >35 anni.

L'ipertensione arteriosa costituisce un importante fattore di rischio CVD per entrambi i sessi. L'obesità, particolarmente presente nelle popolazioni femminili occidentali, è un fenomeno in aumento specie nelle donne in post-menopausa. Fondamentale in questo contesto è il ruolo dell'esercizio fisico nel ridurre il rischio.

La prevalenza elevata di condizioni di rischio nelle donne in menopausa rende necessari indicatori di salute (morbidità, letalità, prevalenza di condizioni a rischio) utili per implementare azioni di prevenzione primaria e secondaria e a identificare condizioni che migliorino la qualità di vita anche in età avanzata. Le donne ultrasessantenni, periodo di maggiore vulnerabilità, costituiscono una quota considerevole della popolazione generale. Prioritario è lo sviluppo di strategie di prevenzione primaria e secondaria nelle fasce di età giovane, adulta e più avanzata utili a garantire un'adeguata qualità di vita a tutte le età. Studi di prevenzione primaria hanno dimostrato, infatti, che modificazioni dello stile di vita (sana alimentazione, regolare attività fisica e l'abolizione dell'abitudine al fumo di sigaretta) cominciate in giovane età apportano beneficio anche in età avanzata.

Nel 2001, Nanette Wenger, insigne studiosa della patologia cardiovascolare nelle donne, definiva l'approccio alla salute delle donne a "bikini", per la grande attenzione riservata alle patologie della mammella e dell'apparato genitale, rispetto al resto delle patologie, tra cui le malattie cardiovascolari. L'alterata percezione delle CVD nelle donne è ritenuta una delle cause maggiori di mortalità e morbidità nella popolazione femminile.

## Gravidanza e maternità

### Parti cesarei

#### *Individuazione, descrizione ed analisi del "problema"*

Il numero di tagli cesarei (TC) sul totale dei parti ha subito negli ultimi decenni un costante incremento in molti paesi ad alto e a medio reddito. La proporzione italiana (pari al 38% nel 2004) è da anni la più elevata a livello europeo (media europea: 23,7%) e tra le maggiori a livello mondiale. La proporzione media di tagli cesarei eseguiti nel mondo è del 15% (stima dell'O.M.S.), con un minimo dello 0,4% in Ciad ad un massimo del 40,5% in Cina.

La variabilità delle proporzioni osservate nelle varie Regioni, il continuo aumento nella maggior parte dei paesi industrializzati, le conseguenze sconosciute di tale incremento, la mancanza di evidenze scientifiche circa i vantaggi del TC rispetto al parto naturale in assenza di indicazioni cliniche specifiche, fanno del parto cesareo, da ormai 30 anni, un argomento di grande interesse e preoccupazione, sia per la ricerca che per la sanità pubblica.

La prima raccomandazione ufficiale sulla percentuale appropriata di TC, formulata nel 1985 a seguito di una consensus conference organizzata dall'OMS, stabiliva la proporzione ideale di TC al 15%, valore oltre al quale non ne avrebbe beneficiato né la salute della madre né del neonato. La proporzione di TC corrispondente alla qualità ottimale delle cure non è nota, ma si ritiene che, in situazioni di sovra-utilizzazione, valori più bassi rappresentino una migliore qualità dell'assistenza, in termini di appropriato uso della procedura stessa.

Da un recente studio condotto da ricercatori dell'OMS è emerso come, nei paesi a bassa mortalità, ovvero i paesi più industrializzati dove si eseguono anche più TC, oltre il 15% i rischi per la salute riproduttiva superino i benefici, contrariamente a quanto accade nei paesi ad alta mortalità, ovvero i paesi in via di sviluppo e in cui le proporzioni di TC sono basse (<15%).

Esiste un'associazione inversa: a proporzioni più basse di TC corrispondono più elevati livelli di mortalità materna, infantile e neonatale. È, infatti, indiscutibile che in determinate circostanze cliniche il parto cesareo rappresenti un intervento efficace e appropriato per la madre e/o il neonato.

Accanto a indicazioni assolute e relative, in letteratura si segnala la coesistenza di altri determinanti "non clinici": il contesto sociale, culturale e sanitario, le conoscenze e le attitudini dei professionisti e le diverse aspettative e preferenze della madre.

Per ridurre le proporzioni di TC in Italia, il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 stabilisce "il valore al 20% in linea con quelli medi europei, attraverso la definizione di Linee Guida nazionali per una corretta indicazione al parto per taglio cesareo e l'attivazione di idonee politiche tariffarie per scoraggiarne il ricorso improprio".

Nel 2004 tutte le Regioni italiane hanno registrato proporzioni superiori al valore di riferimento del 20%.

L'andamento delle proporzioni di TC, in Italia, è influenzato da un continuo aumento di questo intervento a livello nazionale, dalla grande variabilità interregionale e dal forte gradiente Nord-Sud.

### **Proposta di intervento**

Posto che le Linee Guida (LG) cliniche di buona qualità scientifica rappresentano lo strumento più appropriato per ridurre la proporzione di TC; è tuttavia necessario definire fin da subito le migliori strategie che ne garantiscano una corretta implementazione. Una meta-analisi ha individuato in strategie di audit e feed-back (ovvero la messa a disposizione dei professionisti di informazioni relative alle loro performance cliniche) e interventi compositi (ovvero due o più interventi tra le attività di audit e feed-back, incontri di formazione, visite di educatori, distribuzione di materiale formativo ecc.) gli interventi più efficaci per ridurre le proporzioni di TC.

Oltre a questi interventi, in letteratura, emerge l'importanza di fornire alle madri informazioni sul taglio cesareo, basate sulle migliori evidenze scientifiche disponibili, la tecnica chirurgica, i rischi e i benefici e le implicazioni per le gravidanze successive quanto più possibili corrette e complete per una maggiore consapevolezza della donna ed il recupero del suo ruolo attivo nella gestione dell'evento nascita.

### Il disagio mentale: depressione, violenza, disturbi alimentari, depressione postpartum

#### *Individuazione, descrizione ed analisi del “problema”*

La salute mentale è definita dall'OMS come: “... uno stato di benessere in cui gli individui realizzano le proprie capacità, gestiscono le normali complessità della vita, lavorano produttivamente e con successo e sono in grado di fornire un contributo alla Comunità...”.

La salute e la patologia mentale sono determinate da multiple interazioni sociali e numerosi fattori biologici e psico-sociali e, come avviene per la maggior parte delle altre patologie, il rischio di infermità mentale è associato ad indicatori di povertà, bassa scolarità ed esclusione sociale. La patologia mentale, come risultato dell'isolamento sociale, è stata spesso associata ad un aumento della probabilità di patologie cardiache, complicazioni durante la gravidanza, suicidio e alterazioni del sistema immunitario.

La più alta vulnerabilità alla patologia mentale nelle comunità più svantaggiate è spiegabile da alcuni fattori: tra questi il continuo misurarsi con l'insicurezza, i rapidi mutamenti sociali e la paura conseguente a violenze subite o minacciate.

Il genere femminile è prioritariamente interessato da questo fenomeno: in qualunque classe sociale la pressione per il genere femminile è più elevata e diventa fattore determinate, quale modificatore di effetto, in situazioni particolarmente a rischio.

#### *Depressione*

Numerosi studi indicano la salute mentale come elemento di attenzione per il genere femminile, laddove essa rappresenti un elemento significativo di indagine e di intervento per la sanità pubblica.

La depressione, ad esempio, che è destinata a diventare la seconda causa di patologia entro il 2020, prevalente tra le donne, è molto spesso accompagnata, nella nostra società, da altri sintomi come l'ansia e la depressione post-partum.

Numerosi dati confermano la gravità del fenomeno:

- il genere femminile presenta una probabilità più alta del 25% di quello maschile di sviluppare una sindrome depressiva nel corso della vita;
- malgrado il più alto tasso, la patologia è diagnosticata più raramente nelle donne rispetto agli uomini.

Nell'età adulta la prevalenza di depressione e ansia risulta decisamente più elevata nel genere femminile e, negli ultimi anni, si denota anche un aumento nell'utilizzo di sostanze psico-attive e di problemi mentali ad essa correlati.

Ad oggi le ragioni del divario sono imputabili a differenze sociali piuttosto che biologiche: l'OMS ha concettualizzato il genere come “un potente determinante strutturale della salute mentale che interagisce con altri determinanti strutturali quali l'età, la struttura della famiglia, il livello educativo, il lavoro, il reddito, il supporto sociale e numerosi altri determinanti comportamentali”.

Sinteticamente, quindi, la maggior prevalenza di disagio mentale nel genere femminile può essere attribuibile a:

- una posizione sociale ed economica più bassa all'interno di ogni società;
- una frequente divisione di ruoli all'interno dell'ambito familiare e lavorativo e le conseguenti aspettative più basse della donna in termini di responsabilità e potere. I fattori socio economici (stipendi più bassi, lavoro part-time o interinale, disoccupazione), così come il ruolo di caregiver all'interno della famiglia (malati cronici, anziani, ecc.), sono responsabili di un aumento della vulnerabilità alla depressione;
- il ruolo di madre non adeguatamente supportato (conflitti coniugali, assenza di persone di supporto, abusi sui bambini);
- il rapporto non adeguato alle problematiche di genere con il personale sanitario;
- la diversa ricerca di aiuto e di cura.

È ormai dimostrato, inoltre, che alti livelli di scolarità sono associati ad una più bassa frequenza di depressione. L'educazione gioca un ruolo critico nel benessere in quanto risorsa "di per sé" e parte integrante della persona che genera altre risorse. Il ruolo che l'"educazione" svolge nel migliorare la salute mentale va, infatti, ben oltre gli aspetti socioeconomici che da essa possono derivare: anni di formazione rappresentano un accumulo di conoscenze, capacità, valori e comportamenti che spingono verso la ricerca della soluzione dei problemi, inclusi quelli relativi alla salute emozionale.

### Violenza

Numerosi dati, seppur frammentari, indicano una forte associazione tra violenza e salute mentale. La depressione, l'ansia, la dipendenza da sostanze psicotrope e da farmaci ed il suicidio sono problemi spesso correlati alle violenze subite nel corso della vita da molte donne.

Globalmente, la violenza sessuale fa parte del bagaglio di esperienze di un numero maggiore di donne che di uomini cui è riferibile la relazione tra abusi subiti nell'adolescenza e problemi mentali dell'età adulta.

È stato stimato dall'OMS che almeno il 20% delle donne subisca violenza nel corso della vita. Ancora oggi alcune culture – e talvolta Governi – ritengono la violenza sulla donna (in particolar modo la violenza domestica) un problema sociale "minore", quando in realtà la violenza sulla donna rappresenta una reale minaccia allo sviluppo sociale ed economico. Spesso è intimamente associata a situazioni sociali complesse ma, più frequentemente di quanto rilevato, nessuna classe sociale ne è immune: la violenza sessuale e quella emozionale restano sottostimate malgrado il notevole impatto sulla salute mentale.

### Disturbi alimentari

Nel periodo adolescenziale il genere femminile ha un maggior rischio di soffrire di disturbi legati alla bassa stima di sé e del proprio corpo. Molte ricerche hanno evidenziato un'associazione tra comportamenti lesivi che nascono dalla mancata accettazione di sé e disordini psicologici. Entrambi i generi possono sperimentare disordini alimentari (anoressia, bulimia), ma quello femminile più spesso associa ad essi comportamenti ossessivi, pensieri suicidi e distruttivi, sensi di colpa e utilizzo di sostanze.

### Depressione post-partum

Il parto è tra le cause di disagio mentale nel genere femminile. La depressione post-partum si registra nel 10-15% dei casi con episodi depressivi di durata non trascurabile (3-9 mesi). I sintomi della depressione post-partum sono spesso tenuti nascosti per motivi di vergogna e disistima ma, se trascurati o sottovalutati, possono avere effetti negativi su tutta la famiglia, condizionando il corretto sviluppo di una buona relazione



*madre-bambino. Negli ultimi anni sono divenuti prioritari problemi derivati dalla cura continua di neonati ad alto rischio: la tecnologia consente in molti casi la sopravvivenza di bambini nati molto prematuri con gravi problemi di salute che non si esauriscono con la dimissione del bambino, ma possono perdurare per lunghi anni se non per l'intero corso della vita (problemi di linguaggio, difficoltà di apprendimento, disturbi sociali ed emozionali, cecità, ritardo mentale o altre gravi patologie).*

*Spesso la cura di questi bambini è lasciata alla sola madre che, oltre ai problemi di salute del bambino e all'ansia legata alle problematiche future, si trova a dover affrontare la modificazione delle relazioni all'interno della famiglia ed eventuali problemi in ambito lavorativo.*

*I dati italiani relativi alla salute mentale non consentono un'analisi approfondita del fenomeno: essendo ancora poco sviluppati i flussi informativi standardizzati che rilevano la frequenza della patologia mentale. Il tasso più elevato di suicidi si riscontra quasi ovunque nella fascia d'età ultra 75 anni, a dimostrazione di un particolare disagio della donna anziana. Inoltre, in letteratura si evidenzia come il suicidio non sia un buon indicatore del disagio laddove, più spesso che quello maschile, il genere femminile esprime la difficoltà attraverso tentativi di suicidio non rilevati dai flussi informativi correnti.*

### **Proposte di intervento**

- Lo sviluppo di politiche per la salute mentale non dovrebbe essere reso inefficace dalla diffusa stigmatizzazione verso tali problemi di salute. I diritti umani devono essere protetti e la responsabilizzazione delle persone affette e delle loro famiglie, dei caregiver e delle associazioni di volontariato cruciale, senza i quali ogni politica rischia di essere fallimentare.*
- Le politiche e i programmi per la salute mentale dovrebbero incorporare elementi di comprensione delle problematiche specifiche di genere in ogni diverso contesto locale ed essere sviluppate consultando donne e uomini provenienti dalla comunità interessata e dalle famiglie utilizzatrici dei servizi.*
- È auspicabile un approccio di sanità pubblica al fine di migliorare la prevenzione primaria e individuare i fattori di rischio, molti dei quali paiono essere genere-specifici. Laddove la discriminazione di genere, la violenza o gli stereotipi legati al genere sottostanno almeno in parte al disagio, devono essere sviluppate e promosse specifiche politiche, programmi e interventi.*

## **Il ruolo sociale**

### **Care giving**

#### **Individuazione, descrizione e analisi del problema**

*La donna rappresenta colei che si occupa della salute primaria dei membri della propria famiglia: bambini, coniugi, anziani e disabili. Il ruolo informale di care giver non è in nessun modo regolato o economicamente supportato e spesso si sovrappone alla normale attività quotidiana e lavorativa del soggetto.*

*I mutamenti demografici in atto nella nostra popolazione sembrano peggiorare un quadro già particolarmente complesso: aumenta il numero di donne lavoratrici, aumenta l'età media della maternità, ma anche il numero di donne sole e senza figli. È quindi possibile prevedere che nei prossimi anni molte donne si dovranno prendere cura contemporaneamente di figli in giovane età e di genitori anziani mentre, più a lungo termine, ci si potrebbe trovare di fronte ad una popolazione per lo più priva di aiuti familiari.*

*Inoltre, mentre il caregiver di sesso maschile sembra utilizzare maggiormente per le persone a carico i servizi di aiuto socio-sanitario (cure domiciliari, infermiere, badanti e strutture residenziali), la donna tende a sottoutilizzarli. Le ragioni possono essere molteplici: dalle maggiori difficoltà economiche dovute a lavori meno remunerativi, ad un livello culturalmente più basso che non consente la fruibilità di quanto può essere offerto dal sistema, ma anche alla pressione della società che vede nel genere femminile, per sua natura, una maggior responsabilizzazione nella cura della famiglia. Sono molte le situazioni che vedono la donna costretta da un lato a mantenere un lavoro per necessità economiche, e dall'altro, a non potersi assumere appieno le responsabilità che questo lavoro richiede rendendo potenzialmente difficile una carriera soddisfacente.*

*Esiste ormai una considerevole evidenza che suggerisce come fornire supporto sociale e spesso emotivo, e/o il ruolo di caregiver all'interno della famiglia, influenzi lo stato e i comportamenti relativi alla salute e anche l'utilizzo dei servizi sanitari.*

*Le caregiver sviluppano depressione e ansia a causa dell'isolamento sociale, della solitudine e della modificazione delle relazioni lavorative e interpersonali con un peggioramento dello stato fisico di salute percepito.*

*Inoltre uno studio condotto negli Usa ha dimostrato che tra i caregiver, soprattutto più anziani, esiste un rischio di mortalità precoce maggiore che nei non esposti.*

### **Proposta d'intervento**

*L'uguaglianza delle donne e degli uomini è un diritto fondamentale per tutte e per tutti e rappresenta un valore determinante per la democrazia.*

*Per essere compiuto pienamente il diritto non deve essere solo riconosciuto per legge, ma deve essere esercitato e riguardare tutti gli aspetti della vita: politico, economico, sociale e culturale.*

*Il ruolo di caregiver del genere femminile è prassi consolidata che deriva da numerosi stereotipi presenti nella famiglia, nell'educazione, nella cultura, nei mezzi di comunicazione, nel mondo del lavoro e nell'organizzazione della società. Tutti ambiti nei quali è possibile agire adottando un approccio nuovo e operando cambiamenti strutturali:*

- rafforzare il sistema delle cure palliative anche alla luce delle necessità di genere dei caregiver. Molti caregiver, infatti, sono di genere femminile, ma le politiche in merito spesso non tengono conto delle necessità di genere specifiche al fine di fornire servizi utili e accettabili;*
- promuovere e rafforzare servizi socio assistenziali di aiuto alle donne che si sono rese disponibili alla presa in carico di giovani e anziani disabili;*
- promuovere politiche che, seppur in linea con l'attuale normativa sul lavoro, favoriscano la non discriminazione lavorativa delle donne, se caregiver di famigliari disabili conviventi;*
- promuovere politiche lavorative che incentivino gli uomini a sostituirsi alla donna nel ruolo di caregiver di un familiare disabile a carico o, comunque, a condividerne la responsabilità;*

- garantire che il personale coinvolto nell'erogazione dell'assistenza sociale e dei servizi sociali riconosca le modalità con cui il genere influisce su questi servizi e tenga conto dell'esperienza diversa che le donne e gli uomini hanno di questi servizi;
- fornire sostegno e promuovere opportunità per coloro (donne e uomini) che soffrono di isolamento sociale a causa dell'assistenza a un familiare ammalato;
- riconoscere il ruolo essenziale della buona qualità dei sistemi di assistenza all'infanzia, finanziariamente abbordabili, accessibili a tutti i genitori e alle altre persone che si occupano di bambini qualunque sia la loro situazione finanziaria, nella promozione di una reale parità tra donne e uomini e nella loro esigenza di conciliare la vita professionale, pubblica e privata.

## Donne e farmaci

### Ricerca farmacologica di genere

#### *Introduzione, definizione e scopi*

*Negli ultimi decenni, si è sviluppata la medicina di genere volta ad indagare differenze e somiglianze biologiche e socio-culturali, a promuovere una ricerca in grado di coinvolgere anche l'orientamento sessuale, l'età, lo status socio-economico, l'etnicità e la disabilità e a migliorare la salute e i sistemi di cura.*

*In tale ambito, la farmacologia di genere, è la branca della farmacologia che evidenzia e definisce differenze di efficacia e sicurezza dei farmaci in funzione del genere, includendo anche le differenze derivanti dalla complessità del ciclo riproduttivo della donna.*

#### *Pregiudizio di genere e sottorappresentazione nella sperimentazione*

*La pretesa neutralità di genere ha fatto sì che la ricerca farmacologica, preclinica e clinica, sia stata per lungo tempo caratterizzata da una scarsa rappresentazione delle donne negli studi sperimentali sui farmaci, dando luogo ad un pregiudizio, o bias, di genere, evidenziato per la prima volta negli anni '80. L'origine dello scarso arruolamento delle donne nelle sperimentazioni derivò, in parte, da esplicite indicazioni regolatorie volte ad escludere le donne potenzialmente fertili dalla partecipazione agli studi clinici, allo scopo di preservare la salute del nascituro. Ad oggi, malgrado i dati e le analisi attestanti la sottorappresentazione delle donne nei trial sperimentali siano scarsi, si ritiene che negli ultimi anni si sia ridotto il divario di arruolamento nella fase III della ricerca, mentre nelle fasi I e II le donne rimangono ancora sottorappresentate. Di rado gli studi clinici sono disegnati in maniera da permettere un'analisi di genere e ancor più raramente considerano aspetti rilevanti del ciclo vitale femminile, quali le fasi mestruali, il concomitante uso di contraccettivi, la gravidanza, il puerperio, la menopausa ed i relativi trattamenti farmacologici.*

*Il bias di genere, ancora oggi esistente nella ricerca farmacologica, trova le sue origini tanto in una non corretta metodologia della ricerca, quanto nel permanere di elementi che rendono difficile l'inclusione delle donne quali:*

- fattori di tipo etico, suggeriti dal timore che le donne sottoposte a sperimentazione possano andare incontro a gravidanza, compromettendo la salute del feto o del nascituro a causa dell'eventuale insorgenza di effetti teratogeni;
- fattori di tipo economico, poiché la ricerca di genere sarebbe più complessa e più costosa a causa delle importanti e continue variazioni dei parametri fisiologici della donna, dovuti anche alle fluttuazioni ormonali, la cui complessità ciclica mal si adatterebbe ai modelli standard tradizionali degli studi sperimentali;
- fattori socio-culturali, rappresentati dalla resistenza delle donne a partecipare a studi clinici, generata, probabilmente, da difficoltà connesse al loro ruolo nella società, quali il tempo richiesto per la partecipazione e una scarsa attenzione da parte dei reclutatori alle necessità pratiche e/o psicologiche femminili.

Come risultato, lo sviluppo di farmaci, i modelli di malattia ed i parametri fisiologici, sono stati per decenni costruiti sugli uomini, ma non solo.

Adirittura, in considerazione del fatto che la maggior parte dei principi attivi in sperimentazione non superano le prime fasi dello sviluppo di nuovi farmaci (fasi I, II), l'ancora attuale esclusione della donna proprio in queste fasi precoci della ricerca potrebbe, persino, aver limitato e ridotto l'identificazione di farmaci utilizzabili in maniera specifica per il genere femminile.

### **Proposte di intervento**

Fin dal 1995, in seguito alla IV Conferenza mondiale delle Nazioni Unite sulle donne svoltasi a Pechino, l'Unione Europea (UE) ha assunto la prospettiva di integrazione della dimensione di genere (Gender Mainstreaming) tra i principi guida delle politiche per il conseguimento degli obiettivi comunitari di crescita, occupazione, coesione sociale e sviluppo sostenibile, sollecitando in particolare i governi al coordinamento di politiche e azioni intersettoriali per la promozione della salute che tengano conto dell'approccio di genere.

Anche il documento "Gender and Health" in una delle sue raccomandazioni, ha ravvisato "la necessità di sviluppare la medicina di genere per ottimizzare le terapie e la prevenzione rispetto al target femminile, laddove è sempre più evidente un comportamento differente rispetto al target maschile.

Le strategie qui proposte ribadiscono, quindi, le raccomandazioni e gli obiettivi formulati a livello intergovernativo (OMS, UE) e nazionale (Tavolo sulla salute della donna, Commissione, Rapporto Nazionale Salute della Donna 2008), orientati allo sviluppo di una cultura di sensibilità rispetto al genere (gender sensitivity) che sia capace di percepire le differenze, le problematiche e le uguaglianze di genere e di incorporare tutto ciò all'interno di strategie e azioni nazionali scientifiche e regolatorie.

**Raccomandazione OMS:** raccolta di dati genere-specifici per il monitoraggio e l'analisi dell'incidenza e della prevalenza di genere nella sorveglianza epidemiologica e nella ricerca sperimentale che tengano conto anche degli indicatori di posizione sociale.

**Proposta di intervento 1:** raccolta di dati genere-specifici del consumo e della spesa di farmaci nell'assistenza territoriale ed ospedaliera.

**Proposta di intervento 2:** analisi e valutazione delle differenze di genere nelle reazioni avverse, sia segnalate spontaneamente attraverso la rete Nazionale di Farmacovigilanza sia attraverso la promozione di studi osservazionali.

**Proposta di intervento 3:** valutazione puntuale e dimensionamento della rappresentazione delle donne nelle sperimentazioni cliniche, attraverso analisi e studi retrospettivi dell'Osservatorio Nazionale sulla Sperimentazione Clinica e dei dossier di

valutazione delle nuove entità chimiche registrate in Italia nel periodo 2004-2007.  
**Raccomandazione OMS:** creare un sistema di ricerca focalizzato sulla costruzione di sistemi di misurazione che tengano conto della molteplicità delle variabili, includendo l'analisi di genere in tutti i campi della ricerca.

**Proposta di intervento 4:** messa a punto di modelli sperimentali preclinici e clinici per lo studio della farmacologia di genere integrando studi di farmacocinetica e farmacodinamica con quelli di cronobiologia, farmacogenetica e farmacogenomica, correlati alle varie fasce d'età, ai diversi stadi ormonali e a periodi critici (allattamento, gravidanza, menopausa, ecc.).

**Proposta di intervento 5:** gruppi di lavoro nazionali per la stesura di Linee Guida per la sperimentazione farmacologica di genere e per l'introduzione dell'analisi di genere ad alto livello di accuratezza per il miglioramento delle terapie, sia in termini di efficacia che di individuazione delle reazioni avverse.

**Proposta di intervento 6:** coinvolgimento dei Comitati Etici nella verifica del reclutamento, della rappresentazione della componente femminile e nella previsione nei protocolli di analisi e valutazione di efficacia e sicurezza della donna.

**Raccomandazione OMS:** formulare strategie nazionali per includere il genere nei programmi e nella ricerca nazionale e incoraggiare lo sviluppo di farmaci e di nuovi approcci terapeutici mirati favorendo la ricerca anche mediante l'uso di incentivi.

**Proposta di intervento 7:** stimolo alla ricerca di genere, sponsorizzata ed indipendente, per ottenere un numero crescente di studi sui farmaci in relazione alle diverse fasi del ciclo femminile con particolare attenzione all'uso concomitante di anticoncezionali orali e alla gravidanza.

**Raccomandazione OMS:** promuovere il progresso dell'equità di genere nel campo della salute affinché donne e uomini, bambine e bambini siano considerati nella politica, nella programmazione e nell'educazione di coloro che sono preposti alla cura; formare e informare sulla promozione del genere e della salute della donna; sostenere e promuovere la ricerca e la formazione di genere in tutte le sedi istituzionali nazionali ed internazionali.

**Proposta di intervento 8:** diffusione della cultura di genere sulle implicazioni delle differenze di genere nell'efficacia e sicurezza dei farmaci tramite programmi di alta formazione sulla specificità della salute della donna rivolti agli operatori sanitari per un uso più sicuro, razionale ed appropriato dei farmaci in un ottica di genere.

**Proposta di intervento 9:** maggiore informazione al cittadino tramite campagne di sensibilizzazione sulle differenze di genere nella salute e nella farmacologia, in particolare rivolte alla donna con riferimento alla gravidanza e al periodo post-menopausa.

## Conclusioni

Le analisi svolte e le proposte avanzate evidenziano che le donne nel nostro paese sono protagoniste contemporaneamente di due fenomeni: – un aumento importante nell'aspettativa di vita che le pone ai primi posti al mondo per questo indicatore;

– un aumento altrettanto evidente dei fattori di rischio, delle condizioni patologiche e di disabilità che ne compromettono in maniera crescente la qualità della vita.

Quest'ultimo aspetto non è però un fenomeno ineluttabile, ma un problema cui è possibile dare risposte concrete affrontandolo con azioni ed interventi da attivare tempestivamente che richiedono tuttavia sforzi congiunti di tipo multidisciplinare, multiprofessionale e multisettoriale.

La salute delle donne è infatti il risultato di determinanti genetici, ambientali, sociali e sanitari strettamente correlati, spesso sovrapponibili l'uno con l'altro, ed è pertanto solo in presenza di una forte volontà politica sia a livello nazionale che, soprattutto, a livello regionale e locale che è possibile elaborare proposte e soluzioni efficaci.

Non vi è infatti dubbio che, ove le risposte siano legate alla capacità dei servizi sanitari e sociali di fornire un supporto forte alle scelte delle donne per quanto concerne l'adozione di stili di vita salutari, la prevenzione e la diagnosi precoce di patologie femminili, soprattutto cardiovascolari ed oncologiche, i diversi livelli di efficienza dei sistemi regionali giocano un ruolo decisivo nel favorire o meno le condizioni di salute delle donne italiane.

Gli esempi degli screening oncologici sono, a questo proposito, illuminanti. Quando, come succede nel Centro-Nord, i programmi organizzati di prevenzione secondaria del cancro della mammella o della cervice uterina riescono a coprire fasce importanti di popolazione (in alcuni casi la quasi totalità delle donne in età a rischio), la mortalità per queste patologie subisce importanti riduzioni, anche in presenza di un numero elevato di nuovi casi per l'aumento dei fattori di rischio (fumo, cattiva alimentazione, sedentarietà, mancato allattamento al seno, alcol, ecc.).

Ove questi programmi non sono presenti, o sono attivati in modo inadeguato, la diagnosi avviene in fase più tardiva con prognosi spesso sfavorevole. Ci si ammala insomma di meno, ma si muore di più, e questo desta disapprovazione soprattutto se si pensa che le risorse finanziarie, tecnologiche ed umane esistono anche nelle regioni meridionali del paese, ma troppo spesso, non sono adeguatamente organizzate ed utilizzate. Anche l'analisi sulla disabilità evidenzia dati preoccupanti, soprattutto per il Sud. Se infatti il 4,8% della popolazione italiana risulta affetta da disabilità grave, la maggior parte dei disabili è costituita da donne anziane che vivono sole con una percezione del loro stato di salute molto negativa (il 56% dichiara di sentirsi male o molto male). Vi è una maggiore presenza di disabili in Sicilia ed in Puglia, mentre le Province Autonome di Trento e Bolzano registrano il dato più basso: in genere i casi in cui il sistema non riesce a fornire assistenza adeguata (l'80% delle famiglie con persone disabili non è assistito dai servizi pubblici) a domicilio sono concentrati al Sud.

Così, in assenza di adeguati supporti, le famiglie sono costrette a far fronte, a proprie spese, alle necessità dovute alle problematiche connesse alla disabilità, pertanto, la metà di queste si dichiara insoddisfatta della propria condizione finanziaria.

Se la disabilità ha un impatto elevato sui bilanci familiari, pari ad un quinto dei consumi privati delle famiglie, il danno è subito dalle donne che ne sopportano il maggior carico il cui disagio è testimoniato da numerosi indicatori, sia diretti che indiretti. È pronta l'Italia a dare risposte a questi problemi?

Il nostro è un Paese complesso, alle prese con difficili problemi di transizione demografica, epidemiologica, culturale, economica e sociale, comunque attivo e vitale nel cercare di affrontarli, anche se caratterizzato da una crescente eterogeneità nella razionalità e scientificità delle soluzioni proposte.

**Sergio Dompé**

**Presidente Farmindustria**



*L'Osservatorio Nazionale sulla Salute della Donna quest'anno mette a disposizione dei cittadini, nell'ambito della sua missione, il Libro Verde.*

*Un'iniziativa alla cui realizzazione Farmindustria partecipa con orgoglio perché conferma ed amplia la preziosa attività svolta da O.N. Da nel sensibilizzare le Istituzioni e la società stessa sulle peculiarità del mondo femminile. Dal 1950 ad oggi la posizione sociale della donna è cambiata radicalmente; con passione e determinazione ha saputo conquistare ruoli sempre più importanti nella vita pubblica moltiplicando contemporaneamente l'impegno già intenso e quindi i motivi di stress. Si è modificata così la sua domanda di salute: patologie un tempo considerate solo maschili e nuove malattie sono comparse nell'emisfero rosa.*

*Per dare una risposta alle nuove richieste è necessaria la collaborazione di tutta la filiera: Medici, Istituzioni, Imprese del farmaco e Centri di Ricerca attivi nell'informazione e formazione sulla salute, nelle politiche di sostegno per gli investimenti scientifici stabili e innovativi e in un ancora maggiore impegno nella Ricerca di genere.*

*La farmaceutica, dal canto suo, è in prima linea per affrontare questa sfida, non solo perché caratterizzata da un'occupazione femminile più alta rispetto alla media dell'industria (più del 50% del personale impegnato nella Ricerca e Sviluppo è donna), ma anche perché le imprese considerano la Ricerca la chiave per trasformare le speranze di oggi nelle terapie reali di domani.*

*Importante è, inoltre, diffondere ancora di più la cultura della prevenzione nella popolazione. Attraverso screening, esami e visite è spesso possibile "aggredire" e sconfiggere sul nascere le malattie con le terapie farmacologiche disponibili. Sono stati raggiunti notevoli traguardi anche con l'uso dei vaccini che sin dall'adolescenza proteggono la donna. Un successo per il Sistema Sanitario Nazionale che migliora la qualità della vita e si concretizza in un risparmio rilevante dei costi.*

*Progresso scientifico ed educazione alla salute sono, quindi, le variabili strategiche per aumentare il benessere della società. In questo ambito bisogna valorizzare maggiormente il ruolo femminile.*

*La Ricerca e la donna saranno sempre più protagoniste del nostro futuro.*

Sergio Dompé



**FARMINDUSTRIA**  
L'INDUSTRIA DEL FARMACO, L'IMPRESA DELLA VITA

## La salute della donna Proposte, strategie, provvedimenti per migliorarla

*La salute delle donne è minacciata da molteplici fattori che influiscono negativamente su di essa, inoltre, le donne risultano ancora oggi svantaggiate rispetto agli uomini nella tutela della loro salute.*

*Questo il quadro emerso dal primo Libro bianco, realizzato da O.N.Da in collaborazione con l'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane nel 2007, che ha offerto una panoramica aggiornata della qualità dell'assistenza nel nostro Paese.*

*L'esperienza del Libro bianco ha quindi ispirato la realizzazione di un Libro verde, da cui è tratta questa sintesi, pubblicato con Franco Angeli, in collaborazione con Farindustria, che raccoglie strategie, proposte e interventi concreti per contribuire a risolvere i problemi principali di salute della donna, suggerendo come migliorarla. L'intenzione di O.N.Da ([www.ondaosservatorio.it](http://www.ondaosservatorio.it)), che studia le principali problematiche di salute femminile con l'obiettivo di promuovere la salute di genere, è di alternare ogni anno il Libro bianco e il Libro verde sulla salute della donna, per proporre un quadro sempre aggiornato e offrire proposte concrete. Le donne, doppiamente coinvolte quando si parla di salute (come pazienti e care-giver), vivono più a lungo degli uomini, ma vivono spesso peggio, si ammalano di più e sono poi curate con farmaci non testati specificatamente su di loro. Da qui l'importanza di promuovere una sempre maggiore attenzione, anche politica, sulla salute femminile e l'importanza di fornire strumenti utili e aggiornati.*

### Con il patrocinio di:

Milano



Comune  
di Milano  
Assessorato  
alla Salute



Provincia  
di Milano



Regione Lombardia  
Sanità



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane

*O.N.Da*

Osservatorio Nazionale  
sulla salute della Donna

Via Fatebenefratelli, 17 Milano 20121  
Tel: 02.29015286 Fax: 02.29004729  
e-mail: [info@ondaosservatorio.it](mailto:info@ondaosservatorio.it)  
[www.ondaosservatorio.it](http://www.ondaosservatorio.it)