

D.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

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio "Informatemi" per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità.

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

Si ringrazia



per aver reso possibile la realizzazione del Libro bianco.

Hanno curato il Libro bianco: *Dott.ssa Tiziana Sabetta, Dott.ssa Silvia Longhi, Dott.ssa Antonella Sferrazza* (Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane)

Con la collaborazione di: Giulia Di Donato, Valentina Orlandi, Nicoletta Orthmann (Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna).

Note sulle condizioni di utilizzo e divulgazione dei dati provenienti dal gruppo di lavoro dell'Osservatorio:

- 1) *Inserimento di tale dicitura: "Fonte: Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane";*
- 2) *Inserimento del logo dell'Osservatorio.*

Progetto grafico della copertina: Elena Pellegrini

Copyright © 2011 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

Indice

Premessa. O.N.Da: la terza edizione del Libro bianco sulla salute della donna , <i>Dott.ssa Francesca Merzagora</i>	pag.	9
Interventi introduttivi , <i>Sen. Segr. Emanuela Baio, Sen. Laura Bianconi, Dott. Massimo Scaccabarozzi</i>	»	13
Prefazione , <i>Prof. Walter Ricciardi, Dott.ssa Tiziana Sabetta</i>	»	21

Parte I

La popolazione femminile

1. Popolazione	»	25
1.1. Struttura demografica della popolazione	»	25
1.2. Fecondità della popolazione	»	27
1.3. Popolazione anziana in nucleo monocomponente	»	30
1.4. Stranieri in Italia	»	32
2. Istruzione ed occupazione	»	37
2.1. Grado d'istruzione	»	37
<i>Approfondimento. Salute e livello d'istruzione</i>	»	41
2.2. Occupazione e disoccupazione	»	46
3. Sopravvivenza e mortalità	»	50
3.1. Speranza di vita alla nascita ed a 65 anni	»	50
3.2. Mortalità per età e causa	»	53
4. Salute e disabilità	»	60
4.1. Disabilità	»	60
4.2. Speranza di vita libera da disabilità	»	62
4.3. Beneficiari di pensioni di disabilità	»	64

5. Incidenti	pag.	67
5.1. Mortalità per incidenti stradali da mezzi di trasporto	»	67
5.2. Incidenti domestici	»	69

Parte II

I bisogni di salute e l'assistenza sanitaria

6. Fattori di rischio e stili di vita	»	75
6.1. Fumo	»	75
<i>Approfondimento. Fumo in gravidanza</i>	»	78
6.2. Consumo di alcol	»	83
6.3. Sovrappeso ed obesità	»	87
<i>Approfondimento. Obesità, sedentarietà, fumo ed alcol nei ragazzi</i>	»	90
6.4. Tendenze evolutive nel consumo degli alimenti e delle bevande	»	98
7. Tumori	»	104
7.1. Prevalenza per tutti i tumori maligni	»	104
7.2. Incidenza per tutti i tumori maligni	»	107
7.3. Mortalità per tutti i tumori maligni	»	109
8. Prevenzione	»	113
8.1. Mammografia	»	113
8.2. Screening mammografico	»	116
8.3. Pap-test	»	119
8.4. Screening per il cervicocarcinoma uterino	»	122
8.5. Controlli clinici per osteoporosi	»	124
9. Malattie cardio e cerebrovascolari	»	128
9.1. Ospedalizzazione per patologie cardio e cerebrovascolari	»	128
9.2. Mortalità per malattie ischemiche del cuore	»	131
<i>Box. Osservatorio del Rischio Cardiovascolare</i>	»	135
10. Malattie metaboliche	»	139
10.1. Ospedalizzazione per diabete mellito	»	139
10.2. Mortalità per diabete mellito	»	141
11. Malattie infettive: AIDS	»	144
11.1. AIDS	»	144

12. Salute mentale e dipendenze	pag. 148
12.1. Ospedalizzazione per disturbi psichici	» 148
12.2. Mortalità per disturbi psichici	» 151
12.3. Ospedalizzazione per abuso di droghe	» 154
12.4. Mortalità per suicidio ed autolesione	» 157
13. Salute materno-infantile	» 161
13.1. Parti effettuati nei punti nascita	» 161
13.2. Parti con Taglio Cesareo	» 163
13.3. Unità Operative di Terapia Intensiva Neonatale presenti nei punti nascita	» 165
13.4. Procreazione Medicalmente Assistita	» 167
13.5. Abortività spontanea	» 170
13.6. Abortività volontaria	» 174
14. Accesso e percezione del Servizio Sanitario Nazionale	» 179
14.1. Anziani nei presidi residenziali socio-assistenziali	» 179
14.2. Consumo di farmaci	» 181
14.3. Ospedalizzazione	» 183
14.4. Percezione del Servizio Sanitario Nazionale	» 186
Approfondimenti	» 191
Il supporto offerto dai Comuni alle famiglie con bambini piccoli: asili nido ed altri servizi socio-educativi per la prima infanzia	» 191
Differenze legate al genere nelle Malattie Rare	» 198
Vescica iperattiva (OAB: <i>Over Active Bladder</i>)	» 203
Ospedale senza dolore	» 207
Conclusioni, Prof. Walter Ricciardi	» 211
Descrizione degli indicatori e fonte dei dati	» 215

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

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 ed, 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 sollecita 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 del-

le 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 evidente 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.

Dott.ssa Francesca Merzagora
Presidente O.N.Da

Interventi introduttivi

1.

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 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 siamo 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 della 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. Og-

gi, 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* ed 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 ed 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 offrirci 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.

Sen. Segr. Emanuela Baio
Commissione Igiene e Sanità del Senato

* * *

2.

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 esaustive 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 (UE), 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 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 di-

sponibili 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 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 diseguaglianze 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.

Sen. Laura Bianconi
Commissione Igiene e Sanità del Senato

* * *

3.

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 ed appropriatezza delle cure: chiunque abbia a cuore la prima non potrà non impegnarsi per la seconda. Buona lettura.

Massimo Scaccabarozzi
Presidente Farindustria