O.N.Da

Osservatorio Nazionale
sulla salute della Donna

LA SALUTE DELLA DONNA

Stato di salute e assistenza nelle regioni italiane

Libro bianco 2013

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 scrivere, inviando il loro indirizzo, a “FrancoAngeli, viale Monza 106, 20127 Milano”.

Osservatorio Nazionale
sulla salute della Donna

LA SALUTE DELLA DONNA

Stato di salute e assistenza nelle regioni italiane

Libro bianco 2013

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 volume: Dott.ssa Tiziana Sabetta, Dott.ssa Silvia Longhi, Prof. Walter Ricciardi (**Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane**)

Con la collaborazione di: Dott.ssa Giulia Di Donato, Dott.ssa 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.*

Grafica della copertina: Elena Pellegrini

Copyright © 2013 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 ONDa: la quarta edizione del Libro bianco sulla salute della donna, *Dott.ssa Francesca Merzagora* pag. 9

Interventi introduttivi, *Sen. Laura Bianconi, On. Franca Biondelli, Dott. Massimo Scaccabarozzi* » 13

Prefazione, *Prof. Walter Ricciardi, Dott.ssa Tiziana Sabetta* » 19

Parte I
La popolazione femminile

1. Popolazione » 23
1.1. Struttura demografica » 23
1.2. Fecondità » 26
1.3. Stranieri in Italia » 30
1.4. Incidenza della povertà » 32
1.5. Istruzione » 34

2. Sopravvivenza e mortalità » 38
2.1. Speranza di vita alla nascita e a 65 anni » 38
2.2. Speranza di vita senza limitazioni nelle attività quotidiane » 41
2.3. Mortalità per età e causa » 43

Parte II

I bisogni di salute e l'assistenza sanitaria

3. Fattori di rischio e stili di vita pag. 51
3.1. Fumo di tabacco » 51
3.2. Alcol » 53
3.3. Sovrappeso, obesità e sedentarietà » 57

4. Prevenzione oncologica » 61
4.1. Screening mammografico » 61
4.2. Screening per il cervicocarcinoma uterino » 62
Box. Vaccinazione anti-*Human Papilloma Virus* » 65

5. Malattie croniche » 71
5.1. Malattie cardio e cerebrovascolari » 71
Box. Osservatorio del Rischio Cardiovascolare » 76
Box. Prevalenza delle malattie coronariche e cerebrovascolari nella popolazione adulta: dal 1998 al 2012 » 82
5.2. Malattie metaboliche » 85
5.3. Tumori » 87

6. Salute mentale e dipendenze » 92
6.1. Ospedalizzazione per disturbi psichici » 92
6.2. Mortalità per disturbi psichici » 95
6.3. Ospedalizzazione per disturbi psichici da abuso di droghe » 98
6.4. Mortalità per suicidio » 101

7. Salute materno-infantile » 104
7.1. Parti effettuati nei punti nascita » 104
7.2. Parti con Taglio Cesareo » 106
7.3. Unità Operative di Terapia Intensiva Neonatale presenti nei punti nascita » 108
7.4. Procreazione Medicalmente Assistita » 110
Box. Analgesia epidurale » 114

8. Servizi sanitari » 118
8.1. Ospedalizzazione » 118
8.2. Consumo di farmaci » 121
8.3. Personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale » 123
Box. Bollini Rosa » 127

9. Sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale pag. 131
9.1. I costi della salute in ottica di genere » 131
9.2. Assistenza universalistica: criticità e prospettive future » 132
9.3. Prevenzione *versus* cure: le strategie ipotizzabili nell'attuale contesto » 133

10. Accesso all'innovazione farmacologica » 135
10.1. I farmaci innovativi nel XXI secolo » 135
10.2. Diseguaglianze regionali nell'accesso alle terapie farmacologiche » 136
10.3. La ricerca sulle patologie femminili: a che punto siamo? » 137

Approfondimenti » 139
Malattie a trasmissione sessuale » 139
Sclerosi multipla » 144
Depressione perinatale » 149
Riorganizzazione della rete dei punti nascita » 154
Nascita pretermine » 159
Gestione del dolore nelle donne » 163

Conclusioni, *Prof. Walter Ricciardi* » 168

Descrizione degli indicatori e fonte dei dati » 171

Premessa. ONDa: la quarta edizione del Libro bianco sulla salute della donna

L'Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna (ONDa, www.onda osservatorio.it) 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 uomini e adattando poi i risultati alla donna, senza valutare che la biologia femminile, con le sue peculiarità anatomiche, funzionali e ormonali, può influenzare, talvolta in modo determinante, l'insorgenza e l'evoluzione delle malattie.

Dagli anni Novanta la Medicina tradizionale ha subito una profonda evoluzione attraverso un approccio innovativo mirato a studiare l'impatto del genere e di tutte le variabili che lo caratterizzano (biologiche, ambientali, culturali e socio-economiche) sulla fisiologia, sulla fisiopatologia e sulle caratteristiche cliniche delle malattie. L'obiettivo della Medicina di genere 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, garantendo così a tutti, uomini e donne, il migliore approccio clinico, diagnostico e terapeutico.

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 e all'appropriatezza delle cure, considerando l'individuo nella sua specificità e come appartenente a un genere con caratteristiche ben definite e specifiche. 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, numerosi studi di genere dai quali sono emerse differenze significative tra donne e uomini, soprattutto per il sistema cardiovascolare, nervoso e immunitario.

Anche le ricerche svolte nell'ambito della farmacologia, hanno evidenziato che il genere di appartenenza influenza in modo significativo i processi di farmacocinetica e farmacodinamica, producendo risposte differenti alle medesime terapie in termini di efficacia e tollerabilità.

Grazie a queste evidenze e alle indicazioni provenienti dall'OMS, dall'Istituto Superiore di Sanità e dall'Agenzia Italiana del Farmaco, è maturata una nuova sensibilità che ha portato a sviluppare 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 però ancora molta strada da percorrere per approdare a una politica sanitaria che rispetti le distinzioni di genere in modo da garantire parità di trattamento e di accesso alle cure.

Questa quarta edizione del Libro bianco a cura di ONDa, realizzata in collaborazione con l'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, prosegue l'approfondimento sullo stato di salute della popolazione femminile 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, individuare le differenze regionali nonché identificare le necessità di carattere sanitario-assistenziale, aspetti questi che vengono analiticamente presentati all'interno del volume.

Il Report presenta la medesima impostazione delle edizioni precedenti, riportando i dati e gli indicatori di salute e malattia attraverso un'analisi comparativa tra i generi condotta per regioni. Nella prima parte vengono descritte le caratteristiche socio-demografiche della popolazione femminile, mentre la seconda è dedicata all'analisi delle condizioni di salute e della distribuzione del benessere delle donne nelle diverse regioni in relazione alle principali tematiche di patologia femminile.

Questa edizione ha dato, inoltre, spazio a due temi di grande attualità, al centro di polemiche e accesi dibattiti, quali la sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale e l'accessibilità ai farmaci innovativi.

Per la sezione riservata agli Approfondimenti sono state scelte tematiche di rilevanza clinica, epidemiologica e socio-economica per la popolazione femminile, nel dettaglio: le malattie a trasmissione sessuale, che registrano anche nel nostro Paese un continuo e preoccupante trend di crescita; la sclerosi multipla che, in ragione della sua cronicità ad evoluzione invalidante nonché dell'età bersaglio, è stata riconosciuta dall'OMS una delle malattie socialmente più costose; il dolore cronico, che nella sua declinazione al femminile presenta peculiarità cliniche e terapeutiche; la salute materno-infantile, con particolare riferimento alla depressione perinatale, alla riorganizzazione della rete dei punti nascita e alla nascita pretermine.

Non abbiamo volutamente dato spazio al grande capitolo della salute mentale al femminile che per complessità e vastità merita un volume interamente dedicato, progetto che ONDa auspica di poter realizzare il prossimo anno.

L'analisi trasversale degli indicatori "al femminile" documenta che lo stato di salute delle donne è complessivamente buono, anche se permangono tra macroaree geografiche e singole regioni marcate differenze in termini di distribuzione del benessere, accessibilità e appropriatezza dei servizi offerti con il Meridione e le Isole in posizione nettamente più svantaggiata rispetto al Centro e al Nord.

Si conferma il dato già noto della maggior longevità femminile: le donne rappresentano su scala nazionale il 53,5% della popolazione per la fascia 65-74 anni e il 62,1% della categoria *over* 75 anni. Dalla comparazione dei tassi di ospedalizzazione non emergono differenze significative tra i due generi, mentre se si considera il consumo di farmaci le donne mostrano tassi più elevati (42,92% vs 34,31%). Ciò trova ragione nel fatto che le donne, avendo maggior aspettativa di vita, sviluppano con elevata incidenza patologie cronico-degenerative che sono tipiche della senescenza, come demenza e artrosi; inoltre, molte patologie croniche sono tipicamente femminili, come il tumore mammario, la depressione, le malattie reumatiche autoimmuni, la sclerosi multipla e l'osteoporosi.

Nel volume ben si evidenziano le aree più critiche della salute femminile.

Si deve segnalare, anzitutto, un incremento dell'incidenza e della prevalenza dei tumori maligni nella popolazione femminile, che richiede un ulteriore potenziamento delle attività di prevenzione oncologica e degli screening organizzati.

I dati relativi all'ospedalizzazione per malattie ischemiche cardiache confermano il marcato svantaggio maschile, con tassi più che doppi rispetto alle donne. Si registra, però, un aumento nella popolazione femminile della diffusione d'importanti fattori di rischio cardiovascolari quali sovrappeso, obesità e sedentarietà (le donne che non svolgono attività fisica sono il 44,37% vs il 34,98% degli uomini).

Per quanto riguarda la salute mentale, il tasso standardizzato di mortalità per disturbi psichici è, a livello nazionale, lievemente più elevato nelle donne, ma rispetto ai dati del 2007 presentati nella scorsa edizione del Libro bianco, si è verificato un importante incremento (+47,45).

In tema di salute materno-infantile, la percentuale di Tagli Cesarei è ancora sempre ben sopra i valori raccomandati dall'OMS (38,7% vs 15-20%) con percentuali più elevate nelle regioni meridionali, dove la Campania continua a detenere il primariato (61,72%).

Con questa quarta edizione del Libro bianco ONDa conferma il proprio impegno nella promozione della cultura della salute di genere 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.

Un ringraziamento speciale per il rinnovato sostegno va rivolto a Farmindustria, che da anni affianca ONDa nella promozione di una cultura della Medicina di genere.

Dott.ssa Francesca Merzagora
Presidente ONDa
Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna

Interventi introduttivi

1.

Con molto piacere ho accettato anche quest'anno di non far mancare il mio modesto contributo a questa importante pubblicazione. Un appuntamento periodico al quale l'Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna, con grande lungimiranza, ci ha ormai abituati e che rappresenta, come sottolineo spesso, un punto di riferimento per gli operatori del settore e non meno per noi parlamentari.

Da tempo il Parlamento sta procedendo in un'attività di monitoraggio di particolari patologie, in una perfetta ottica che garantisce il rispetto della Medicina di genere, utilizzando il metodo delle indagini conoscitive.

Nella scorsa legislatura, proprio la Commissione Igiene e Sanità, di cui sono ancora un componente, ha trattato, sempre tramite lo strumento dell'indagine, le patologie degenerative, il tumore alla mammella, l'endometriosi e la rivisitazione dei punti nascita.

Ognuna di queste indagini, che ha visto il coinvolgimento di esperti di caratura nazionale ed europea, ha tenuto conto delle indicazioni che in ambito sanitario ci vengono richieste anche a livello europeo tramite Raccomandazioni o Direttive.

Tra queste, ricordo brevemente, il principio della organizzazione dei centri di senologia secondo il criterio delle *Breast Unit*, ma non meno la Direttiva sulla Medicina Transfrontaliera che, in Italia, entrerà in vigore a partire dal 25 ottobre 2013.

Anche questa Direttiva solleva il problema di una totale rivisitazione del nostro Servizio Sanitario Nazionale (SSN), in termini sia di costi sia di modalità con le quali vanno garantiti i servizi e, dunque, l'assistenza.

È ormai un dato acquisito che molte nostre regioni, prime tra tutte il Veneto, la Lombardia e l'Emilia-Romagna, vantano più crediti dal SSN per le

prestazioni offerte ai loro cittadini, mettendo ancora una volta in risalto il divario in termini di efficienza esistente tra Nord e Meridione.

Se si tiene presente il principio della mobilità interregionale, scopriamo che i saldi delle risorse del SSN, così come da riparto approvato dalla Conferenza delle Regioni, per l'anno 2012 è pari a 821 mila euro. Sono stati sempre più numerosi, infatti, gli italiani che nel 2010 hanno lasciato la propria regione di residenza per andare a farsi curare nelle strutture sanitarie, pubbliche e private accreditate, di altre regioni.

Questo è, oltretutto, il principio su cui si basa in termini più ampi la sanità transfrontaliera, le cui peculiarità sono quelle di garantire a qualunque cittadino europeo di potersi curare anche in uno Stato diverso dal suo. Il percorso non sarà semplice, ma anche qui si dovrà intervenire con apposite norme nazionali che ne delineino l'attuazione al fine di non pregiudicare nessuno, soprattutto le donne spesso molto più restie a farsi curare all'estero.

Rivedere la struttura del nostro sistema di salute nazionale significa anche ragionare in termini di garanzie paritarie da offrire alla donna per la prevenzione, l'assistenza e la cura.

Ho molto apprezzato che nell'edizione di quest'anno si è voluto dare ampio spazio alla trattazione sui fattori di rischio e stili di vita.

Gli stili di vita condizionano fortemente il rischio di contrarre numerose malattie. Infatti, i fattori individuali e collettivi che influenzano lo stato di salute sono numerosi e spesso esercitano azioni che possono divenire evidenti solo dopo molto tempo e interagendo con altri fattori.

Uno di questi è, sicuramente, l'eccesso di peso che può comportare conseguenze patologiche di tipo cardiovascolare o a carico dell'apparato muscolo-scheletrico, ma forte è anche l'associazione fra obesità e diabete, ipertensione, cancro e malattie del fegato. Numerosi studi hanno messo in evidenza il nesso tra incremento di peso e aumento della mortalità e, sebbene questa associazione sia più marcata tra gli uomini e le donne sotto i 50 anni di età, l'Organizzazione Mondiale della Sanità sottolinea che l'effetto del sovrappeso sulla mortalità persiste durante l'intera durata della vita.

Da qui la necessità di promuovere azioni volte a favorire un costante esercizio fisico regolare che consenta, non solo di tonificare la massa muscolare alla quale le donne dovrebbero tenere maggiormente e di migliorare l'umore e i livelli di autostima, ma di svolgere anche un ruolo protettivo, in particolare rispetto alle malattie cardiovascolari, osteoarticolari, cerebrovascolari e alle patologie del metabolismo.

Non meno importante è l'alimentazione e qui voglio ricordare che la nostra cara dieta mediterranea da anni è uno dei patrimoni immateriali dell'UNESCO!

In Italia, nel 2011, il consumo quotidiano di almeno quattro porzioni tra frutta, verdura e legumi freschi riguarda una percentuale ancora troppo bassa della popolazione (18,4%), quando sappiamo che questi sono alimenti fondamentali per una corretta alimentazione.

Infine, un breve accenno ad altri due fenomeni che interagiscono negativamente con il nostro stile di vita: il fumo di tabacco e l'utilizzo sconsiderato delle bevande alcoliche.

Il fumo rappresenta uno dei maggiori fattori di rischio per le patologie di natura oncologica, ma anche di altra natura. Le differenze di genere, decisamente a svantaggio degli uomini, tendono a ridursi lentamente nel tempo, passando da 13,3 punti percentuali nel 2001 a 11,2 punti percentuali nel 2011, grazie a una lenta ma progressiva diminuzione della diffusione dell'abitudine al fumo tra gli uomini, a fronte di una stabilità tra le donne, dato questo sempre più allarmante.

La considerazione dell'alcol, invece, come fattore di rischio per la salute pone problemi ancora più complessi poiché non è acquisito un generale consenso sull'esistenza di un limite al di sotto del quale il consumo possa ritenersi innocuo per la salute.

L'Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione ha posto delle Linee Guida che indicano dei limiti specifici di consumo quotidiano per genere e per età oltre i quali il consumo di alcol rappresenta certamente un rischio.

Anche qui la lettura di genere è necessaria. Se, infatti, risultano gli uomini i maggiori consumatori di bevande alcoliche, i dati del 2011 ci danno queste percentuali in merito al loro uso: 25,0% di uomini vs il 7,1% di donne.

Tre aspetti, obesità, fumo e alcol, che influenzano le nostre aspettative di vita ed in modo assolutamente diverso in base al genere. Disomogeneità che si riscontra anche a livello territoriale, a svantaggio del Mezzogiorno dove si registra un numero maggiore di persone in eccesso di peso, più sedentarie e maggiori consumatori di fumo da tabacco e alcol.

Lo stile di vita è anche una vera e propria filosofia spesso influenzata dalle differenze sociali, indipendentemente dalla fascia di età e dal genere. Si osserva, infatti, una relazione inversa tra titolo di studio e probabilità di essere obeso o sovrappeso, a sfavore delle persone meno istruite tra le quali la quota supera il 67% per gli uomini con più di 45 anni (rispettivamente, 70,2% e 67,0% per gli uomini di 45-64 anni e di 65 anni ed oltre. Il picco maggiore tra le donne si registra tra le *over* 65enni meno istruite, per le quali la percentuale raggiunge il 55,6%).

Per tutti questi motivi, diviene fondamentale un'azione congiunta tra Istituzioni, gruppi sociali, scuola e famiglia, volta a creare azioni concrete che possano invertire questa fotografia.

Ancora un grazie alla presidente Francesca Merzagora ed ai suoi validi collaboratori per questa nuova edizione del Libro bianco.

Sen. Laura Bianconi
Commissione Igiene e Sanità, Senato della Repubblica

2.

A livello mondiale, l'Organizzazione Mondiale Sanità ha posto, come obiettivo prioritario, quello del miglioramento della qualità della vita della madre, in nome del diritto inviolabile alla salute.

I piani socio-sanitari che si sono susseguiti negli ultimi anni in Italia e i dati epidemiologici, dimostrano che molto è stato fatto per garantire la centralità della salute della donna e del bambino nel percorso di assistenza e la sicurezza delle prestazioni.

In virtù degli obiettivi che questo testo si pone, mi preme porre in evidenza l'attività svolta nella passata legislatura, da parte della 12° Commissione (Igiene e Sanità), di cui ero membro in Senato, in merito alla realizzazione di un'indagine conoscitiva dal titolo: "Nascere sicuri", avente come tema principale il percorso nascita. Lo scopo è stato quello di individuare criticità specifiche circa la tutela della salute della donna e del feto e sulle modalità di esercizio dell'autodeterminazione della donna nella scelta tra parto cesareo o naturale.

Alla luce di alcuni negativi fatti di cronaca verificatisi negli scorsi anni, si è deciso di affrontare una successiva analisi del "Sistema Italia". L'indagine si è basata, principalmente, sui Certificati di Assistenza al Parto e le Schede di Dimissione Ospedaliera. Due elementi distinti che non garantiscono, comunque, l'osservabilità di eventi rilevanti al momento della nascita.

Tuttavia, sono state riscontrate criticità significative che necessitano azioni ampie nel tessuto socio-sanitario del nostro Paese, criticità tra le quali: la percentuale critica della prevalenza dei Tagli Cesarei (TC) a macchia di leopardo nelle varie regioni, con un'ampia differenza tra Nord e Meridione; il significativo e non accettabile gradiente Nord-Sud ed Isole della mortalità neonatale; l'esistenza di oltre un terzo di punti nascita con meno di 500 parti l'anno; la limitatissima disponibilità di analgesia peridurale in travaglio e l'inadeguata e insufficiente attivazione dei corsi di preparazione alla nascita.

Alla luce di quanto emerso, l'indagine è stata in grado di offrire alcune importanti linee di governo da attuare sul territorio nazionale. Provvedimenti forti e inderogabili al fine di realizzare un percorso nascita omo-

geneo sul territorio nazionale e di migliorarne la qualità, la sicurezza e l'appropriatezza dell'assistenza alla donna e al nascituro.

È, pertanto, urgente che siano recepite e applicate, da parte delle Regioni, le "linee d'indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del TC".

Sono stati proposti, in merito, alcuni punti di azione che consentono controllo e rilevazione delle criticità. Fra gli altri riporto: la realizzazione di una cartella clinica informatizzata "Mamma Bimbo" per consentire agli organismi di controllo di dialogare superando il limite territoriale sanitario; l'istituzione di un libretto della gravidanza dove vengono raccolte le indagini di minima di laboratorio e strumentali da effettuare nel corso della gravidanza (coperte dal Servizio Sanitario Nazionale); l'applicazione di un libretto gravidanza che consentirebbe alla donna gravida di avere la stessa "Facies" dal Settentrione al Meridione, alle donne immigrate di essere accompagnate favorendo il superamento delle barriere culturali e l'identificazione precoce di patologie legate o meno alla gravidanza e, infine, la realizzazione di un questionario multilingue dedicato al percorso nascita, per fare in modo che si affronti in sicurezza l'evidente incremento di parti di donne di etnie diverse e venga abbattuta la barriera linguistica nelle situazioni di emergenza.

Nell'ottica che un cittadino debba essere messo nelle condizioni di poter scegliere "libero e informato", anche nel percorso nascita, appare rilevante la realizzazione di una carta dei servizi dedicata che diffonda informazioni sulla rete sanitaria ospedaliera-territoriale e sociale per il rientro a domicilio della madre e del neonato diretta a favorire le dimissioni protette, il sostegno dell'allattamento al seno e il supporto psicologico.

La riduzione dei TC impropri, necessita di una politica sanitaria che intervenga a più livelli, dalla prevenzione, attraverso l'informazione corretta data alla gestante, alla carta dei servizi. Infine, come emerso dall'indagine conoscitiva, è importante raggiungere la quota di almeno 1.000 nascite/anno per il mantenimento dei punti nascita.

I centri con numerosità inferiore, ma non al di sotto di 500 parti/annui, possono essere previsti solo sulla base di motivate valutazioni legate alla specificità dei bisogni reali.

L'attività politica sanitaria centrale deve essere indirizzata verso questi elementi utili per ridurre i rischi del percorso nascita e poter garantire, così, la tutela del diritto inviolabile alla salute della donna e del feto.

On. Franca Biondelli
Commissione Affari Sociali, Camera dei Deputati

3.

La quarta edizione del Libro bianco curato dall'Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna ci offre dati autorevoli che descrivono una tendenza ormai in via di consolidamento. All'interno di queste linee, emerge l'importanza di una medicina "a misura di donna" e "personalizzata", per citare le conclusioni del Professor Walter Ricciardi.

Grandi sono le sfide che attendono le imprese del farmaco per una Medicina di genere correttamente intesa e promossa che contribuisca alla sostenibilità del sistema sanitario e, soprattutto, alla qualità dell'assistenza offerta alle donne.

Il Libro bianco mette in luce l'impegno dell'industria farmaceutica nel campo della ricerca in termini di risorse e competenze e pone in rilievo i problemi dell'accesso ai farmaci innovativi. Oggi, mediamente, per un nuovo farmaco i pazienti attendono anche 2 anni, con differenze rilevanti – che creano oggettive disparità di trattamento – tra una regione e l'altra del nostro Paese.

Vengono anche evidenziate le prevedibili dinamiche di spesa in relazione all'invecchiamento della popolazione e all'espansione delle malattie croniche. La promozione di un'ottica di genere – secondo quanto afferma il Libro bianco – consentirebbe, infatti, di incrementare l'appropriatezza terapeutica e la sicurezza dei trattamenti farmacologici contribuendo così a realizzare maggiori risparmi per il Servizio Sanitario Nazionale.

La speranza di vita è sempre più spostata avanti nel tempo e le donne continuano a mantenere il primato della longevità, nonostante il divario con il genere maschile vada riducendosi progressivamente.

A questo proposito, in occasione dell'ultima Assemblea Pubblica di Farmindustria, abbiamo presentato l'*Orologio della vita*, uno strumento che consente un'immediata traduzione visuale – attraverso lo scorrere dei numeri sul *display* – del miglioramento dell'aspettativa di vita nel tempo. Vivere di più e meglio è lo slogan scelto per evidenziare che, dal 1951 ad oggi, l'aspettativa di vita è aumentata di 3 mesi ogni anno. Sei ore al giorno anche oggi. Quindici secondi al minuto. Un decisivo passo avanti dell'intera umanità grazie ai farmaci, ai progressi della medicina e all'adozione di stili di vita corretti.

Nel riaffermare il nostro impegno al fianco di ONDa, restiamo convinti che l'interazione feconda tra imprese del farmaco, Istituzioni e operatori del sistema possa conseguire risultati ancora migliori a favore della salute della donna, grazie anche all'appropriatezza delle cure, alla ricerca e all'innovazione continua.

Dott. Massimo Scaccabarozzi
Presidente Farmindustria

Prefazione

"*La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività*" (art. 32 della Costituzione italiana).

Il diritto alla salute, essendo espressamente tutelato dalla nostra Carta costituzionale, è un diritto inviolabile e da far valere "erga omnes".

Da qui, l'esigenza di una Medicina di genere che studi le differenze legate al genere di appartenenza da un punto di vista non solo anatomo/fisiologico, ma anche biologico, funzionale, psicologico, sociale e culturale, oltre che di risposta alle cure.

Una serie ormai vasta di studi, infatti, dimostra che la fisiologia degli uomini e delle donne è diversa e tale diversità influisce profondamente sul modo in cui una patologia si sviluppa e su come viene diagnosticata, curata e affrontata dal paziente.

Per questo, sia chi lavora nel campo della salute (medici, ricercatori, aziende farmaceutiche) sia le Istituzioni pubbliche e le Società scientifiche, devono preoccuparsi che le risposte e le soluzioni siano sempre adeguate alle caratteristiche della persona, incluse quelle di genere.

Poiché, ad oggi, il concetto di "diversità tra generi" non è ancora considerato in misura soddisfacente in diversi ambiti della medicina e della farmacologia, l'Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna, in collaborazione con l'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, dal 2007 monitora, secondo criteri di scientificità, i principali indicatori riguardanti i bisogni di salute della donna per evidenziare le diverse esigenze dell'universo femminile in ambito clinico-epidemiologico e sanitario-assistenziale cercando, quindi, di non relegare gli interessi per la salute femminile ai soli aspetti specifici correlati alla riproduzione.

Riguardo alla salute materno-infantile, ricordiamo la Dichiarazione del Millennio delle Nazioni Unite approvata nel 2000 da 191 Capi di Stato e