

# Salute della donna



QUARTA EDIZIONE DEL LIBRO BIANCO  
SULLA SALUTE DELLA DONNA

## La salute della popolazione femminile: analisi e strategie di intervento

19

GYNCO AOGOI / NUMERO 9/10 - 2012

www.ecostampa.it

**O.N.Da**

Osservatorio Nazionale  
sulla salute della Donna



FARMINDUSTRIA

**O.N.Da**

Osservatorio Nazionale  
sulla salute della Donna

### SALUTE DELLA DONNA: ANALISI E STRATEGIE DI INTERVENTO



In collaborazione con



FrancoAngeli

**L'Osservatorio Nazionale sulla salute della donna, grazie al rinnovato supporto di Farmindustria, ha realizzato questa nuova edizione sulle principali patologie "in rosa" in ambito cardiovascolare, oncologico, della salute mentale e materno infantile.**

Sulla scia del cammino intrapreso nel 2007 con la prima pubblicazione, il nuovo volume fotografa la situazione clinica-epidemiologica attuale ed evidenzia le esigenze femminili in ambito sanitario-assistenziale. Per ogni area oggetto di studio presenta inoltre una serie di analisi e proposte di autorevoli studiosi, atte a rispondere adeguatamente ed efficacemente ai bisogni di salute delle donne. L'obiettivo principale è di sensibilizzare gli esperti in materia e porre una premessa per il ripensamento del Ssn in un'ottica di genere al fine di migliorare l'equità, l'accessibilità e la fruizione dei servizi. L'auspicio è che questo volume sia utile a tutti coloro che hanno responsabilità decisionali nel settore sanitario perché operino con la consapevolezza dell'esistenza di problematiche specifiche del genere femminile. L'augurio è anche quello di riuscire a sensibilizzare l'opinione pubblica perché assuma un ruolo più attivo nel contrastare fenomeni di iniquità e discriminazione, purtroppo crescenti, e non si rassegni a considerarli come un'ineluttabile conseguenza dell'attuale crisi economica del Paese.

PREMESSA

**O.N.Da: quarto report annuale sulla salute femminile**

**Una base di lavoro per la riorganizzazione del Sistema sanitario in un'ottica di genere**

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



Francesca Merzagora

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 maschi e adattando successivamente 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 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. Tale ottica, 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. Le donne hanno poco tempo da dedicare a se stesse e alla propria salute, in ragione dei molteplici ruoli che svolgono in ambito familiare e lavorativo e della naturale propensione femminile ad occuparsi prima dei bisogni altrui. Spesso si confrontano con un sistema sanitario che, ancora troppo poco sensibile e attento alle differenze di genere, non è sempre in grado di rispondere efficacemente alle specifiche esigenze della salute femminile. Eppure sono proprio le donne che si ammalano di più e che presentano un carico di disabilità maggiore, anche perché in media vivono più a lungo degli uomini, risultando le principali fruitrici dei servizi del sistema sanitario e le maggiori consumatrici di farmaci.

Nell'ottica di promuovere una medicina gender oriented, è dunque prioritario conoscere lo stato di salute della donna, evidenziarne le criticità e individuare le necessità di carattere sanitario-assistenziale per proporre le soluzioni di intervento più opportune. Per questi motivi nel 2005 nasce l'Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna (O.N.Da), con l'obiettivo di promuovere una cultura della salute di genere impegnandosi in prima linea nella tutela e nella promozione del benessere femminile. I Bollini Rosa ([www.bollinirosa.it](http://www.bollinirosa.it)) che segnalano gli ospedali italiani più attenti e sensibili alla salute femminile costituiscono uno strumento ormai riconosciuto di valutazione e premiazione di eccellenze sanitarie italiane.

O.N.Da, grazie al rinnovato supporto di Farmindustria, ha realizzato questo volume sulle principali patologie "in rosa" al fine di sensibilizzare gli esperti in materia e coloro che hanno potere decisionale nella definizione degli interventi di programmazione sanitaria.

Il testo, attraverso l'analisi di indicatori clinico-epidemiologici e la presentazione di proposte operative, atte a rispondere adeguatamente ed efficacemente ai bisogni di salute delle donne, si propone come base di lavoro per la riorganizzazione del Sistema Sanitario in un'ottica di genere.

INTRODUZIONE

**Molti progressi nella farmacologia di genere**  
**Le imprese del farmaco sempre più impegnate nell'approccio di genere**

**Massimo Scaccabarozzi**  
Presidente Farmindustria



Massimo Scaccabarozzi

I dati sullo stato di salute della popolazione femminile contenuti nell'ultima indagine campionaria ISTAT "Aspetti della vita quotidiana" sembrano manifestare un certo miglioramento. L'aspettativa di vita femminile alla nascita risulta aumentata, passando da 82,8 anni nel 2001 a 84,5 anni nel 2011. Non mancano tuttavia le ombre. Per il genere femminile infatti la maggiore longevità non è sempre accompagnata da un pari miglioramento della qualità della sopravvivenza. È sempre l'ISTAT a ricordarci che le donne, rispetto agli uomini, sono affette più frequentemente e più precocemente da malattie meno letali, ma con un decorso che può degenerare in situazioni maggiormente invalidanti.

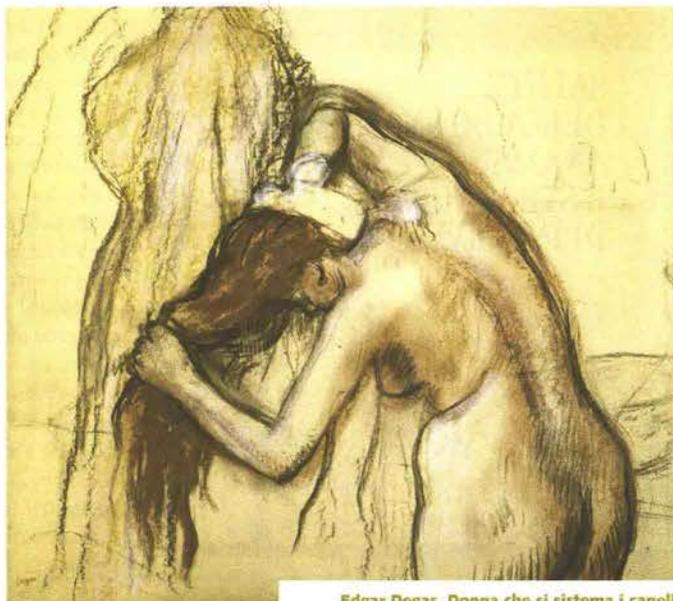
Le donne fanno maggiore ricorso ai farmaci, e sono soggette più dei maschi alle reazioni avverse. È pertanto sempre più opportuno un approccio di genere nella medicina, affinché vengano approfondite le differenze biologico-funzionali tra i sessi e venga promossa la R&S. Tutto ciò rappresenta la necessaria premessa per una maggiore appropriatezza della terapia.

Le imprese del farmaco sono sempre più impegnate perché i benefici dell'innovazione siano adeguati alle specifiche esigenze delle donne. I risultati terapeutici dipendono dalla disponibilità di nuovi trattamenti, da rendere disponibili su tutto il territorio nazionale in modo omogeneo, eliminando le disparità ancor oggi esistenti tra una regione e l'altra.

In tutto il mondo si contano più di 850 farmaci in sviluppo per le malattie che colpiscono il genere femminile. Tra il 2006 e il 2010 in Italia si sono registrati 314 studi clinici che coinvolgono solo donne, la maggior parte dei quali (oltre il 64%) nell'area oncologica. Si tratta di risultati resi possibili dall'impegno delle imprese del farmaco e di un network di Centri di eccellenza pubblici e privati, Istituzioni, Medici, Società scientifiche e Associazioni dei Pazienti.

Il Libro bianco 2012 "Salute della Donna: analisi e strategie di intervento per migliorarla" curato dall'Osservatorio Nazionale sulla Salute della Donna rappresenta ormai un punto di riferimento per quanti si occupano, per motivi professionali o per interesse personale, della medicina di genere.

L'autorevolezza dei contributi della pubblicazione, che merita la più ampia diffusione, conferma la convinzione con la quale Farmindustria da sempre è al fianco di O.N.Da su questo tema fondamentale, affinché l'appropriatezza delle cure non sia solo uno slogan, ma una reale tutela dell'equilibrio psico-fisico della donna.



Edgar Degas, Donna che si sistema i capelli



Max Kurzweil, Donna con vestito giallo

INTRODUZIONE

**Una guida socio-scientifica nei meandri del complesso mondo femminile**

**Emanuela Baio**

Sen. Segr. Commissione Igiene e Sanità del Senato

**T**utelare e investire sulla salute della donna: i tasselli per costruire l'uguaglianza di genere e per migliorare le condizioni di vita dell'intera società e delle future generazioni. La strada di ogni donna, nel suo essere persona, moglie, madre, ma anche nonna, sorella o amica, si intreccia con tanti altri percorsi esistenziali. Ecco il principio ispiratore di questo testo ricco di interessanti contributi, ma non solo. O.N.Da propone una guida socio-scientifica nei meandri del complesso mondo femminile, coglie ogni sfumatura e offre, anche a noi parlamentari, spunti d'azione importanti e risultati soddisfacenti. La medicina ha sempre più chiara la prospettiva di genere, superando un difetto d'impostazione nel coniugare il confronto tra le necessità di salute dell'uomo e della donna che provoca forme di discriminazione, con qualità diagnostiche e terapeutiche diverse tra i generi. I contenuti del libro rispondono anche agli obiettivi assunti dall'ONU lo scorso settembre nell'ambito del Non Communicable Diseases Summit, la seconda sessione, dopo quella sull'AIDS, dedicata ad un tema sanitario. Le Nazioni Unite, infatti, individuano nella prevenzione, declinata attraverso la promozione di corretti stili di vita e il coinvolgimento di tutti gli attori sociali, la risposta alla sfida globale rappresentata dalle malattie non trasmissibili. Anche alla luce del foro internazionale, si può e si deve fare di più. Purtroppo sorprende che, oggi, appena il 60% delle donne si sottoponga, ad esempio, a mammografia solo per fini preventivi. Eppure, da tempo, la profilassi oncologica è tra le priorità del Piano Nazionale della Prevenzione e, dal 2006, sono in vigore le raccomandazioni ministeriali per la prevenzione del cancro alla mammella, alla cervice uterina, al colon retto. La salute delle donne è al centro di un impegno vivo nel tempo: nel 2000 nasce il Progetto Obiettivo Materno Infantile; nel 2005, presso il Ministero della Salute, prende vita il progetto "la Salute delle donne", in forza del quale, nel 2006, è avviato lo "Studio della medicina di genere attraverso il sistema di monitoraggio delle dimissioni ospedaliere". Un'attenzione costante che, recentemente, ha condotto all'approvazione unanime in Senato, lo scorso 7 dicembre, di una mozione che impegna il Governo a promuovere programmi di prevenzione e informazione sul tumore ovarico e alla legge n. 86/2012, istituzione dei registri degli im-



**Emanuela Baio**

Segue a pagina 22

INTRODUZIONE

**"Un lavoro prezioso anche per chi, nelle sedi istituzionali competenti, deve prendere decisioni buone e utili"**

**Laura Bianconi**

Sen. Commissione Igiene e Sanità del Senato

**È** un piacere e un onore essere chiamata a dare il mio contributo a una pubblicazione che si occupa di sanità e di donne, e ancor di più lo è quando a promuovere questa iniziativa è O.N.Da, l'Osservatorio nazionale per la salute della Donna, una realtà con cui ho condiviso, come componente della Commissione Igiene e Sanità del Senato della Repubblica, tanta parte della mia attività parlamentare. Penso innanzi tutto al Programma "Bollini Rosa", il simbolico riconoscimento per gli ospedali che oltre a essere all'avanguardia nella lotta alle malattie di genere, offrono anche servizi pratici e in grado di rassicurare oltre che curare. Rendere più umani i luoghi di cura può rivelarsi essenziale per il benessere del paziente e per il percorso di guarigione. Questa è stata una battaglia alla quale O.N.Da ha dato un contributo rilevante, soprattutto per quanto riguarda l'aspetto della comunicazione, e di cui può essere orgogliosa. E poi la medicina di genere, il porre all'attenzione che uomini e donne non possono essere curati allo stesso modo per le stesse malattie. La differenza di genere necessità di un approccio diagnostico, di un'analisi dei sintomi di cure modulate a misura di donna, di una ricerca clinica che tenga conto dei tempi e della complessità della vita riproduttiva della donna.



**Laura Bianconi**

Ma lo stesso cambiamento del ruolo della donna nella società, e con esso i mutati stili di vita, ha aumentato il numero delle patologie di cui soffrono le donne. Malattie cardiovascolari e alcuni tipi di tumore, come quello al polmone, stanno diventando significative anche nell'ambito femminile, basti pensare che le morti per infarto del miocardio sono il triplo di quelle causate dal tumore al seno. E infine non va dimenticato che le conquiste che giustamente, e finalmente, le donne hanno ottenuto in ambito lavorativo hanno però comportato un aumento dei carichi di lavoro. Gli impegni e le responsabilità in campo professionale si aggiungono agli impegni per la cura dei figli e della casa, e questo ha determinato un aumento dello stress e dei disturbi ad esso correlati, quali ansia, stress e depressione. Infine, la grande at-

Segue a pagina 23



Segue da pagina 21  
**Una guida socio-scientifica nei meandri del complesso mondo femminile**  
Emanuela Baio

pianti protesici mammari. Nonostante ciò, ci si imbatte in un confronto/scontro con la scienza e la medicina, non considerate dalle donne come valide amiche e alleate: questo è il muro da abbattere ed è anche il filo conduttore della pubblicazione.

L'essere colpiti da una malattia provoca una frattura sul piano esistenziale, in cui tempo e spazio sono messi in discussione. Ma quando una patologia grave tocca una donna, si diffonde un'eco aggiuntiva lunga e profonda.

Il tumore al seno, alla cervice uterina o alle ovaie, rappresentano una prova fisica e psicologica, sono traumi che insorgono al subentrare dei trattamenti, dell'eventuale intervento chirurgico, della comparsa di sintomatologie e di postumi menomanti: si vive l'impressione alienante di trovarsi di fronte ad un'altra donna, improvvisamente distante e diversa dalla prima, intimamente colpita nella propria natura femminile. Contestualmente, l'intero gruppo familiare attraversa un doloroso processo di adattamento: crescono responsabilità per il partner, cambiano i ruoli, ci sono separazioni dai figli durante l'ospedalizzazione, possono nascere difficoltà col marito sia nel rapporto affettivo, sia nella sfera sessuale. Porsi, dunque, il problema della qua-

lità della vita e delle implicazioni psicosociali dell'intero nucleo familiare è un valore fondamentale ed irrinunciabile per offrire un'assistenza globale e di eccellenza.

Globale anche in senso geografico, perché occorre affrontare il tema della salute femminile in rapporto agli altri Paesi per garantire un approccio europeo alla medicina di genere, con l'individuazione di specifici percorsi di prevenzione, diagnosi e cura. Riveste, così, un ruolo fondamentale l'innovazione tecnologica nell'assistenza sanitaria, anche attraverso il ricorso all'e-health e alla telemedicina. Dirimente la Direttiva europea n. 2011/24/UE, che prevede un miglioramento tecnologico e la creazione di una rete volontaria di valutazione delle tecnologie mediche per offrire, agli Stati membri, informazioni sull'efficacia, a breve e a lungo termine, dell'hi-tech clinico. Senza un orientamento di genere 'globalizzante', la politica sanitaria sviluppa metodologie scorrette e alimenta discriminazioni, foci di disparità per una forza lavoro mobile e flessibile. La medicina di genere è, quindi, una realtà imprescindibile.

Il volume offre strumenti di lavoro efficaci e funge da volano per una più approfondita consapevolezza sulle esigenze delle donne, valutandone attentamente ogni sottile, delicata, e a volte imperfetta, sfumatura. **M**



Salvador Dalí, Donna alla finestra

**LA POPOLAZIONE FEMMINILE ITALIANA**

**Aumentano le over 65 che vivono in nuclei monofamiliari**

**Nella pianificazione dei servizi** influiscono in modo determinante le fasce di popolazione "fragili", come la popolazione "anziana" (65-74 anni) e "molto anziana" (75 anni ed oltre) che è quella maggiormente esposta al rischio di malattie gravi ed invalidanti, che richiedono assistenza ed impegni mirati da parte delle strutture sanitarie. Complessivamente, il dato italiano della popolazione di 65-74 anni corrisponde al 10,3% della popolazione residente, mentre quella di 75 anni ed oltre è al 10,0%. Relativamente alla composizione per genere la quota di donne rappresenta, a livello nazionale, il 53,6% della popolazione di 65-74 anni ed il 62,3% della popolazione over 75 anni. Di riflesso, nel 2009, si riscontra una quota maggiore di donne over 65 anni che vive in un nucleo monofamiliare (38,0% vs 15,1%). Ciò è dovuto sia alla differenza di età fra i coniugi sia alla più elevata mortalità maschile che rende le donne in coppia più a rischio di sperimentare l'evento vedovanza e di vivere sole nell'ultima parte della propria vita. Per quanto riguarda la presenza di residenti stranieri, risulta maggiormente concentrata nelle età giovanili e centrali. Al 31 dicembre 2009, il peso relativo della componente straniera sul totale dei residenti è pari al 7,0% e presenta un trend in aumento. A livello territoriale la loro distribuzione risulta molto diversificata con percentuali più alte nelle regioni settentrionali e centrali e più contenute nel Mezzogiorno. Le comunità più numerose, per entrambi i generi, sono costituite da rumeni, albanesi e marocchini.



Elisabeth Louise Vigée-LeBrun, autoritratto

Per quanto riguarda il Tasso di fecondità (Tft) si registra, nel 2009, un valore inferiore al livello di sostituzione (circa 2,1 figli per donna) che garantirebbe il ricambio generazionale ed in diminuzione rispetto all'anno precedente. Il Tft è, infatti, passato da 1,42 del 2008 a 1,41 del 2009 e le prime stime sul 2010 sembrano confermare questo trend. Importante sottolineare che il comportamento riproduttivo, registrato con riferimento al nostro Paese nel suo complesso, è in parte determinato dal comportamento delle donne italiane ed in parte da quello delle donne straniere. Nel dettaglio, il Tft delle donne straniere residenti si attesta su livelli superiori (2,23 figli per donna) rispetto a quello che caratterizza le donne con cittadinanza italiana (1,31 figli per donna).

**Occupazione e disoccupazione**

I dati sull'occupazione, nel 2011, confermano le marcate differenze di genere nella composizione della forza lavoro con tassi più elevati negli uomini rispetto alle donne pari, rispettivamente, al 67,5% ed al 46,5% (15-64 anni).

Passando ad analizzare il tasso di disoccupazione si osserva una distribuzione ugualmente sbilanciata tra i generi, con uno svantaggio femminile evidente sia a livello nazionale che regionale. In particolare, in alcune regioni del Mezzogiorno tale fenomeno interessa quasi la metà dell'offerta di lavoro, con tassi di giovani donne non

impiegate in un'attività che superano il 40% in Puglia, Calabria, Sardegna, Campania, Basilicata e Sicilia.

**Tempo libero**

Relativamente alla distribuzione del tempo libero nel corso della giornata, le donne risultano penalizzate in ciascuna categoria considerata. Nelle studentesse è particolarmente evidente il trade-off esistente, rispetto ai coetanei, tra la durata delle attività svolte nel tempo libero (4h56' vs 5h51') e la durata del lavoro familiare (1h11' vs 24'), mentre risulta simile la ripartizione per le altre attività. Anche per le persone occupate la quantità di tempo libero a disposizione è maggiore per gli uomini rispetto alle donne e pari, rispettivamente, a 4h e 3h13'. In questo caso aumenta il divario rispetto al genere maschile nella gestione familiare, che nelle donne assorbe ben il 15,2% della giornata (3h39'). Infine, per le persone anziane aumenta notevolmente la quantità di tempo libero: gli uomini dispongono di 7h31', mentre le donne di 6h06'. Pesa anche, in questo caso, una diversa distribuzione del lavoro familiare che assorbe il 10,6% della giornata nell'anziano, rispetto al 20,3% nelle coetanee.

**Indice di stato fisico**

I dati relativi all'indice di stato fisico evidenziano dei differenziali tra i generi in termini di benessere percepito, con valori più elevati per gli uomini, sia a livello nazionale (51,5 punti vs 49,3 punti nella classe di età 14 anni ed oltre) oltre che regionale. Lo svantaggio femminile potrebbe essere spiegato dalle caratteristiche fisiologiche proprie della femminilità (pubertà, ciclicità mestruale, gravidanza, menopausa), che comportano un rischio maggiore di malattia ed una sintomatologia spesso dolorosa, e dal ruolo da loro assunto nel contesto sociale, con conseguente sovrapposizione di responsabilità e carichi di lavoro.

In generale, con l'avanzare dell'età il livello di salute percepita diminuisce con una riduzione a livello nazionale più evidente per le donne e pari, rispettivamente, a 8,9 punti e 7,4 punti (14 anni ed oltre vs 65 anni ed oltre): Anche per la classe 65 anni ed oltre i differenziali tra i generi, in termini di benessere percepito, risultano maggiori negli uomini, sia a livello nazionale (44,1 punti vs 40,4 punti) che regionale. **M**

PREFAZIONE

## L'intento è di arrivare, nel più breve tempo possibile, ad un "Welfare al femminile"

**Walter Ricciardi**

Direttore Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane

**Tiziana Sabetta**

Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane

Il diritto alla salute si colloca tra i diritti umani fondamentali ed imprescindibili. È per questo che l'Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna, in collaborazione con l'Osservatorio sulla Salute nelle Regioni Italiane dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, ha voluto evidenziare le diverse esigenze dell'universo femminile in ambito clinico-epidemiologico e sanitario-assistenziale, con l'obiettivo di migliorare l'equità di accesso e di fruizione in tema di salute e servizi sanitari.

A tal fine, si è partiti dal ribadire la necessità di una cultura della "medicina di genere" per giungere ad una serie di proposte operative, basate su evidenze scientifiche, finalizzate a guidare la riorganizzazione dell'attuale sistema sanitario, con l'individuazione di specifici percorsi di prevenzione, diagnosi e cura.

La distinzione tra generi, infatti, risulta fondamentale non solo in relazione agli aspetti legati alla riproduzione, ma anche per quanto riguarda il manifestarsi ed il decorso clinico di alcune patologie, nonché le risposte ai trattamenti farmacologici.

L'intento, quindi, è di arrivare, nel più breve tempo possibile, ad un "Welfare al femminile" che, per essere efficace ed efficiente e sopperire a tutte le richieste dell'utenza, dovrà considerare oltre ai reali bisogni di salute della donna anche il ruolo che essa svolge nell'ambito della famiglia e della società (madre, lavoratrice, figlia-care giver). Gli argomenti trattati coprono diverse aree tematiche, tra cui l'oncologia, le malattie cardiovascolari, la salute mentale e la salute materno-infantile. Partendo da un'analisi di contesto della popolazione femminile sono stati, pertanto, analizzati una serie di indicatori la cui lettura trasversale ci ha permesso di evidenziare, per ciascuna patologia o tematica di salute esaminata, la situazione presente nel nostro Paese.

Da ciò si è passati, per ogni area oggetto di studio, alla presentazione di una serie di analisi e proposte da parte di autorevoli studiosi che da anni hanno focalizzato la loro attività in alcuni specifici settori di intervento.

Sono state, inoltre, presentate alcune indagini per conoscere il livello di percezione e di consapevolezza della popolazione femminile relativamente ad alcune patologie e/o percorsi assistenziali ed all'importanza della prevenzione, poiché è indispensabile che i soggetti ad essa potenzialmente interessati dispongano di informazioni sulla natura, l'evoluzione e le diverse possibilità terapeutiche.

L'auspicio è che questo volume sia utile a tutti coloro che hanno responsabilità decisionali nel settore sanitario perché operino con la consapevolezza dell'esistenza di problematiche specifiche del genere femminile.

L'augurio è anche quello di riuscire a sensibilizzare l'opinione pubblica perché assuma un ruolo più attivo nel contrastare fenomeni di iniquità e discriminazione, purtroppo crescenti, e non si rassegni a considerarli come un'inevitabile conseguenza dell'attuale crisi economica del Paese.

Segue da pagina 21

**"Un lavoro prezioso anche per chi, nelle sedi istituzionali competenti, deve prendere decisioni buone e utili"**

**Laura Bianconi**



attenzione alle patologie tumorali, a cominciare da quelle tipicamente femminili come il tumore al seno e il carcinoma della cervice uterina, l'attività di informazione sui fattori di rischio, la promozione di stili di vita più sani e l'importanza della prevenzione, la vera arma vincente contro i tumori. Benedetto Croce diceva che la politica rientra nella sfera dell'utile, ma perché questo avvenga è fondamentale che essa mantenga un legame forte e continuo con la realtà, quella realtà che è fatta delle tante esperienze che con passione e gratuità si mettono a disposizione del bene comune. Questo è quello che ha fatto e fa O.N.Da, un lavoro prezioso per tutte le donne ma anche per chi, nelle sedi istituzionali competenti, deve prendere decisioni che concretamente siano buone e utili per la società, per i cittadini e per tutte le donne. **M**



## Oncologia

■ I dati presentati recentemente dall'Oms riportano un quadro particolarmente rilevante dal punto di vista epidemiologico: un quinto circa delle donne europee sviluppa un tumore prima dei 75 anni. Per alcuni di questi la prevenzione primaria sembra, ad oggi, l'unico strumento, per altri la diagnosi precoce rappresenta una tecnologia di fondamentale importanza. In generale, i grandi ambiti d'intervento sono, principalmente, la prevenzione primaria, quella secondaria, la diagnosi, il trattamento e le cure palliative

### ANALISI DEI DATI

#### Screening mammografico

A livello nazionale la proporzione della popolazione target (50-69 anni) che vive in un'area in cui è attivo un programma di screening mammografico è pari al 93,0%, mentre l'estensione effettiva, ovvero la proporzione della popolazione target realmente oggetto dell'invito, si attesta al 70,7%.

Relativamente all'estensione effettiva si registrano, nello specifico, valori superiori all'80% al Nord ed al Centro, ma inferiori al 40% al Sud e nelle Isole. In generale, le differenze tra l'estensione teorica e l'estensione effettiva sono dovute alla fase pratica ed operativa di invito che risulta la più complessa.

#### Prevenzione primaria e secondaria per il carcinoma della cervice uterina

Complessivamente, in Italia, l'estensione teorica dei programmi di screening organizzato per il carcinoma della cervice uterina si colloca intorno al 77%, mentre l'estensione effettiva raggiunge il 66%. Nello specifico, a livello di macroaree, si osservano per l'estensione teorica valori superiori all'80% al Sud e nelle Isole ed inferiori al 70% al Nord, a causa della mancata attivazione

dei programmi in diverse aree, mentre si osserva una situazione inversa relativamente ai dati dell'estensione effettiva con valori minori al Sud e nelle Isole rispetto a quelli del Nord e del Centro.

#### Incidenza per alcune sedi oncologiche

I dati analizzati si riferiscono ai tumori numericamente più frequenti (tumore dello stomaco, del polmone, del colon-retto e della mammella) per alcune classi di età e per macroarea. Nel 2010 e nella classe di età 0-64 anni, i tumori a più elevata incidenza sono, per gli uomini, il tumore del colon-retto al Centro-Nord ed il tumore del colon-retto e del polmone al Sud, mentre per le donne il tumore della mammella in tutte le macroaree geografiche.

Nella successiva fascia di età (65-74 anni) il tumore del polmone e del colon-retto risultano essere ancora i più frequenti tra gli uomini del Sud, mentre nel Centro-Nord prevale l'incidenza del tumore della prostata. Per le donne, invece, il tumore della mammella risulta ancora il più diffuso in tutte le macroaree. Stessa situazione si riscontra nella classe di età più avanzata (75-84 anni) ad eccezione, per gli uomini meridionali, del tumore del colon-retto e del polmone, i cui tassi risultano in-

feriori rispetto all'incidenza del tumore della prostata. In generale, rispetto al passato, si osserva per il genere femminile un incremento dell'incidenza nelle diverse macroaree, con una tendenza più accentuata nelle regioni meridionali.

#### Prevalenza per alcune sedi oncologiche

Nel 2010 e per le due prime classi di età considerate (0-44 e 45-59 anni), il tumore del colon-retto è il più prevalente tra gli uomini, mentre tra le donne è il tumore della mammella. Nelle altre classi di età (60-74 e 75 anni ed oltre) per il genere femminile la situazione rimane invariata, mentre per il genere maschile la prevalenza maggiore si registra per il tumore della prostata. Questa situazione si riscontra in tutte le macroaree geografiche.

In generale, rispetto al passato, si registra un notevole aumento in tutto il Paese e le differenze di prevalenza che si osservano tra le diverse aree geografiche dipendono dalla storia epidemiologica, in campo oncologico, tipica dell'Italia. Gli incrementi registrati sono dovuti, principalmente, alle dinamiche dell'incidenza, all'invecchiamento della popolazione e all'incremento della sopravvivenza.

#### Mortalità per alcune sedi oncologiche

Considerando la classe di età 0-64 anni il tumore che presenta il tasso di mortalità più alto risulta essere, in tutte le macroaree e per il genere femminile, il tumore della mammella.

Anche nella fascia 65-74 anni, la mortalità per il tumore della mammella risulta maggiore, ma al Centro ed al Nord i tassi sono simili ai tassi di mortalità per il tumore al polmone. Al Sud, invece, la seconda causa di mortalità è il tumore del colon-retto. Nell'ultima fascia di età oggetto dello studio, 75-84 anni e sempre per le donne, la mortalità maggiore si osserva, in tutte le macro-

ree, per il tumore del colon-retto, seguito al Nord ed al Sud dal tumore della mammella, mentre al Centro dal tumore del polmone. Per il genere maschile, invece, il tumore con tasso di mortalità più alto risulta essere, in tutte le classi di età considerate ed in tutte le macroaree, quello del polmone.

## Proposte e strategie d'intervento

a cura di Prof.ssa Roberta Siliquini

### Prevenzione

Relativamente alla prevenzione è ormai noto come una buona implementazione sia in grado di prevenire almeno un terzo di tutti i casi di patologia oncologica. A tal fine, per favorire un impatto maggiormente efficace sia delle campagne di prevenzione primaria che del counselling ad opera del personale sanitario, sarebbe utile:

- favorire maggiormente la comprensione dei meccanismi eziopatogenetici delle principali patologie oncologiche anche attraverso corsi di base condotti in lu-

ghi di possibile aggregazione femminile (ad esempio, corsi di preparazione al parto);

- orientare i messaggi comunitari di educazione a stili di vita sani all'impatto che la patologia avrebbe non solo sul soggetto, ma anche e soprattutto sulla famiglia e sulla società;
- utilizzare al meglio i social network per diffondere, soprattutto tra le adolescenti, messaggi positivi relativamente alle vaccinazioni ed a stili di vita corretti. Rispetto a quei tumori (mammella, cervice uterina, colon-retto) che possono avvalersi di valide cure se diagnosticati precocemente pare utile, seppur ripetitivo, segnalare ancora una volta come, nel nostro Paese, l'estensione effettiva degli screening più accreditati soffre ancora di grandi differenze geografiche. A tal fine, sarebbe necessario:
- implementare maggiormente lo sforzo organizzativo per raggiungere, attraverso invito attivo, il 100% della popolazione considerata a rischio;
- monitorare attentamente l'estensione effettiva e valutare la sottostima della stessa (eventuali esami condotti privatamente);
- ricorrere ad inviti multipli alle non rispondenti coinvolgendo anche piattivamente i Medici di Medicina Generale (MMG).

### Diagnosi

Relativamente alla diagnosi delle patologie per le quali non esistono programmi di screening organizzati ed efficaci, è opportuno sottolineare come una diagnosi precoce sia, comunque, in grado di aumentare la sopravvivenza ed, in molti casi, portare alla guarigione. Purtroppo, è altrettanto opportuno rilevare come il genere femminile sia, da questo punto di vista, particolarmente svantaggiato. Sintomi, anche rilevanti, sono più spesso sottostimati rispetto al genere maschile a seguito di molti fattori che riguardano, da un lato il valore predittivo degli stessi (sintomi relativi a patologie, della prima decisione clinica, come elemento da prendere in considerazione per una diagnosi differenziale di carcinoma), dall'altro il minor

accesso delle donne ai servizi sanitari. Questo elemento, spesso rilevato in letteratura, ha a che fare con la tendenza femminile a sottovalutare i malesseri, soprattutto a causa del forte ruolo svolto nel contesto familiare, con discriminazioni di genere all'interno della famiglia, altre volte - sempre più frequentemente - può dipendere da barriere e difficoltà economiche (la donna, ad esempio, è ovunque a maggior rischio di disoccupazione). Al fine di favorire un accesso precoce al servizio sanitario sarebbe utile, oltre all'aumento della consapevolezza:

- definire più accuratamente e mettere in atto servizi sanitari orientati alle differenze di genere. Uomini e donne hanno, nella nostra società, stati differenti nel loro ruolo di utilizzatori del servizio sanitario. Ad esempio, le donne utilizzano maggiormente il MMG, mentre gli uomini gli specialisti;
- non procrastinare più analisi di genere nell'utilizzo dei servizi, utili ad un loro riassetto.

### Anziani e cure palliative

Il razionamento delle risorse potrebbe condurre ad una minor attenzione alla popolazione molto anziana malata che rischia di essere maggiormente rappresentata dal genere femminile che, di fatto, dispone già di minori risorse economiche. A tal fine pare, quindi, necessario prevedere ed implementare budget genere-specifici dal momento che le attuali politiche sanitarie, neutrali rispetto al genere, influenzano le condizioni sociali ed economiche di uomini e donne in modo differenziale. Un ultimo aspetto è quello relativo alle cure palliative. La rete delle cure palliative va implementata, rafforzata e supportata con ampie risorse in tutto il territorio. In modo particolare, si rende necessario attivarsi con forza per offrire cure a domicilio. In questo senso paiono particolarmente sofferenti le donne anziane, spesso sole o a solo carico dei figli, per le quali vanno definiti programmi di maggiore supporto sociale, economico e sanitario che rendano possibile un fine vita dignitoso nel proprio contesto familiare ed abitativo. ■



## Malattie cardiovascolari

Le malattie cardiovascolari sono la causa principale di mortalità in quasi tutti i Paesi dell'Ocse rappresentando il 35% delle morti nel 2009. Di queste, le sole malattie ischemiche del cuore sono state responsabili del 15% dei decessi, con dei tassi di mortalità quasi doppi per gli uomini rispetto alle donne. Anche in Italia la prima causa di morte è rappresentata dalle malattie ischemiche del cuore e si conferma una notevole differenza di genere a svantaggio maschile

### ANALISI DEI DATI

#### Ospedalizzazione per patologie cardiovascolari

Per le malattie ischemiche si confermano, nel 2009 come negli anni precedenti, le marcate differenze di genere con tassi di ospedalizzazione più che doppi negli uomini rispetto alle donne, sia a livello nazionale che regionale. Tale svantaggio maschile si registra per tutti i gruppi di diagnosi principale (valore nazionale: 990,6 per 100.000 vs 354,5 per 100.000 donne).

Analizzando nello specifico l'Infarto Acuto del Miocardio, le donne confermano il loro vantaggio registrando dei tassi, a livello nazionale, notevolmente più bassi di quelli maschili (rispettivamente, 145,6 per 100.000 vs 363,1 per 100.000).

Relativamente alle malattie cerebrovascolari il tasso di ospedalizzazione negli uomini risulta quasi del 38% superiore a quello delle donne.

Considerando le malattie cerebrovascolari complessive, nella PA di Bolzano si registrano i valori più elevati per entrambi i generi, cui seguono con riferimento alle donne soltanto Campania e Sicilia con tassi superiori a 600,0 (per 100.000).

#### Mortalità per patologie ischemiche del cuore

Nel 2008, i tassi di mortalità per le malattie ischemiche del cuore a livello nazionale sono pari a 14,75 (per

10.000) per gli uomini e 8,22 (per 10.000) per le donne, evidenziando un notevole gap tra i generi che si conferma anche a livello di singola regione. Disaggregando i dati per classi di età è possibile notare come gli over 75enni siano i più colpiti ma è possibile notare come l'effetto dell'età sia più importante nelle donne, con tassi di mortalità 148 volte più alti nelle anziane rispetto a quello delle giovani.

#### Ipercolesterolemia ed ipertensione

Non si riscontrano particolari differenze di genere, con una percentuale di ipercolesterolemici del 21% negli uomini e del 23% nelle donne e vengono considerati in una condizione borderline il 37% degli uomini ed il 34% delle donne. Relativamente all'ipertensione arteriosa colpisce, in media, il 33% degli uomini ed il 28% delle donne e vengono considerati come borderline il 19% degli uomini ed il 14% delle donne. Per quanto riguarda le differenze di genere, la prevalenza dell'ipertensione nella popolazione giovane è inferiore nelle donne rispetto agli uomini, mentre tale gap si riduce con l'avanzare dell'età, anche prima dell'inizio della menopausa, fino ad un'inversione nella popolazione anziana

#### Carte del rischio cardiovascolare

Le carte del rischio cardiovascolare sono classi di rischio globale assoluto che vengono utilizzate per stimare la probabilità che un soggetto subisca un primo even-

to cardiovascolare maggiore (infarto del miocardio o ictus) nei 10 anni successivi, sulla base dei livelli noti di sei principali fattori di rischio: genere, età, diabete, abitudine al fumo, Pressione Arteriosa Sistolica (PAS) e colesterolemia totale.

Analizzando le carte per genere, si nota come la distribuzione del rischio differisca notevolmente con un evidente vantaggio femminile; le donne, infatti, hanno una probabilità inferiore di incorrere in un evento cardiovascolare per tutte le classi di età considerate, sia in presenza che in assenza di diabete.

## Proposte e strategie d'intervento

a cura di Prof.ssa Roberta Siliquini

Il quadro che si osserva dai dati presentati non sembra evidenziare importanti differenze di genere a svantaggio delle donne.

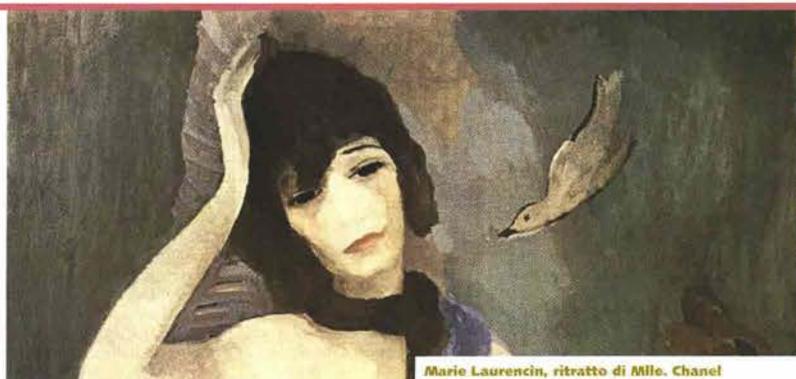
Le patologie cardio e cerebrovascolari richiedono, comunque, per il genere femminile un attento monitoraggio sia perché rappresentano una delle leading cause di morte, sia perché, per i prossimi decenni, si prevede un aumento dell'incidenza dovuto ad un peggioramento degli stili di vita.

Il nostro Paese possiede tutti gli strumenti utili per ridurre in modo sostanziale l'impatto di tali malattie. L'utilizzo di molti di questi, soprattutto di quelli preventivi, pare oggi



## Salute mentale

La salute mentale costituisce attualmente una delle aree socio-sanitarie di maggior interesse data l'importante crescita dei disturbi psichici nei Paesi industrializzati. Anche gli elevati costi economici e sociali per i pazienti, i loro familiari e la collettività hanno fatto crescere, negli ultimi anni, l'attenzione per tali problematiche, sia a livello nazionale che internazionale



Marie Laurencin, ritratto di Mlle. Chanel

### ANALISI DEI DATI

#### Disturbi psichici

Il fenomeno dell'ospedalizzazione per disturbi psichici presenta, per entrambi i generi, una spiccata variabilità a livello regionale.

Relativamente alle caratteristiche dei pazienti si osserva, nel 2009, un tasso di dimissioni lievemente superiore per gli uomini rispetto alle donne (valore nazionale: uomini 45,40 per 10.000 vs 42,96 per 10.000 donne).

Considerando l'arco temporale 2000-2009 si osserva, sia per gli uomini che per le donne, una generale tendenza alla diminuzione dei ricoveri su tutto il territorio (rispettivamente, -22,84% e -22,91%), ad eccezione della Sicilia per il genere femminile che presenta un valore in controtendenza (+9,44%). La classe di età modale, però, in cui si rileva il numero più elevato di ricoveri, è quella dei 35-54 anni.

#### Depressione perinatale

Attualmente, i dati disponibili dalle fonti ufficiali ita-

liane non ci consentono di effettuare un'analisi approfondita sulla depressione perinatale, in quanto non esistono flussi informativi routinari che rivelino in particolare la frequenza di tale patologia. Per porre l'attenzione e per affrontare il problema dei disturbi dell'umore durante la gravidanza ed il post-partum, che colpiscono circa il 16% delle neo mamme, ma soprattutto per sostenere ed essere vicine alle future madri ed alle neomamme e per informarle sugli strumenti esistenti per affrontare e curare questa malattia, O.N.Da ha promosso una campagna di comunicazione triennale, "Un sorriso per le mamme", patrocinata dalla Presidenza del Consiglio, dal Ministero della Salute e dalle Società Scientifiche di riferimento.

#### Indice dello stato psicologico

I dati relativi all'indice di stato psicologico evidenziano un andamento decrescente all'aumentare dell'età (14 anni ed oltre vs 65 anni ed oltre) a livello regionale e nazionale. Differenze di genere si registrano in tutte le fasce di età con uno svantaggio femminile che potrebbe essere spiegato dalle caratteristiche fisiologiche

proprie della femminilità che espone le donne a maggiori rischi di malattia rispetto agli uomini, e dal ruolo da loro assunto nel contesto sociale, con conseguente sovrapposizione di responsabilità e carichi di lavoro. Inoltre, all'aumentare dell'età si evidenzia una riduzione del benessere percepito più accentuato per le donne, con una differenza tra i generi a livello nazionale che passa da 2,7 punti nella classe 14 anni ed oltre a 3,2 nella classe 65 anni ed oltre. Tale andamento si conferma anche a livello regionale.

### Proposte e strategie d'intervento

a cura di Prof.ssa Roberta Siliquini

Differenze di genere, relativamente allo stato psicologico della popolazione, si evidenziano in tutte le età. Non c'è, quindi, alcun dubbio che, in qualsiasi età, la salute mentale delle donne rappresenti un importante problema di Sanità Pubblica da monitorare attentamente, ma anche da affrontare con strategie d'intervento importanti e condivise. Dal momento che buona parte della salute mentale, a qualunque età, si può riferire a condizioni di stress anche economico e di scarsa indipendenza, pare necessaria una maggiore attenzione di genere alle politiche di finanziamento della salute, al sistema pensionistico e di tassazione, all'accesso al mondo del lavoro ed alla protezione sociale. Tale attenzione al problema può essere declinata in azioni di politica, anche locale, sulle specifiche età. Sorprende che durante l'adolescenza, tempo di grandi cambiamenti sociali, emotivi e fisici, il genere femminile esprima un non trascurabile rischio di disordini depressivi che non possono essere licenziati come "crisi d'identità": i fattori di rischio sottostanti a tale patologia sono stati ben descritti nell'esposizione alla violenza (abusi sessuali, violenza domestica, episodi di bullismo) e nei tentativi, più frequenti in ambito familiare per il genere femminile, di svalutazione o restrizione delle opportunità di studio e divertimento (violenza psicologica). Una mancanza di attenzione verso queste possibili condizioni può avere serie ripercussioni anche nell'età adulta. Sono, quindi,

### CAMPAGNA O.N.DA Un sorriso per le mamme

L'obiettivo generale di questa campagna di comunicazione - che si articola in tre aree: istituzionale, territoriale e di comunicazione - è stimolare la classe medica e l'opinione pubblica a confrontarsi e ad essere più consapevoli della grande vulnerabilità psichica di ogni futura mamma, aiutando la donna ad uscire dallo stato di solitudine in cui spesso si trova.

A livello territoriale, è in corso di realizzazione una rete di riferimento per tutte le donne affette da questa patologia. Ai sei centri di eccellenza promotori del progetto, dislocati sull'intero territorio nazionale, nello specifico a Milano, Catania, Torino, Ancona, Pisa e Napoli, si stanno affiancando altre strutture ospedaliere e associazioni preposte all'assistenza e alla cura delle donne in gravidanza e nel post partum.

Il network di centri è consultabile sul sito dedicato [www.depressionepostpartum.it](http://www.depressionepostpartum.it).

ancor più impellente.

In questo senso potrebbe estremamente utile:

- favorire un'alimentazione sana attraverso politiche economiche di sviluppo dell'acquisto e del consumo di frutta, vegetali, pesce e carni bianche;
- controllare maggiormente l'alimentazione nelle scuole obbligando ad introdurre il contornone, nel caso di pasti cosiddetti "ridotti" (senza pietanza) offerti in molti Comuni come alternativa al pasto completo più costoso a scelta delle famiglie;
- sviluppare informazione comunitaria rispetto ad una corretta alimentazione che sia maggiormente appealing rispetto a quella fino ad ora presente;

- incentivare, anche economicamente, lo sviluppo di catene fast-food caratterizzate da cibi salutari a prezzi competitivi;
- promuovere maggiormente l'attività fisica, soprattutto per il genere femminile, includendo bambini ed adulti.

La prevenzione pare ancor più rilevante se si pensa alle "morti" improvvise da malattie cardiache e cerebrovascolari. Si tratta

di quei casi in cui tali patologie non sono mai state diagnosticate prima dell'evento e che la letteratura ci dice essere maggiormente frequenti nel genere femminile.

In tal senso, è opportuno sottolineare la funzione che i Medici di Medicina Generale devono svolgere per monitorare i fattori di rischio dei propri pazienti:

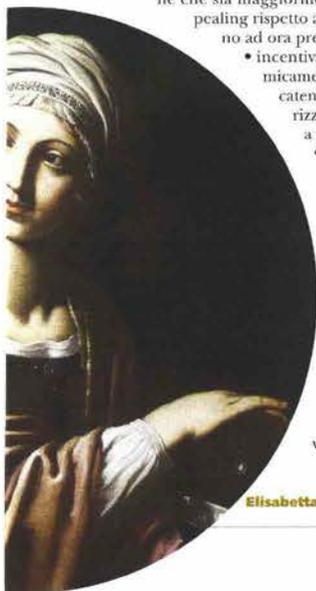
- valutando correttamente ed a scadenze prestabilite l'esposizione a fattori di rischio quali fumo, cattive abitudini alimentari ed abuso di alcol;
- utilizzando le note carte del rischio;
- proponendo abitudini alternative maggiormente salutari;

- segnalando al paziente ed in cartella valori pressori anche border-line.

Nei casi in cui la prevenzione primaria condotta non sia stata sufficiente, le possibilità terapeutiche del controllo dei fattori di rischio sono oggi numerose ed efficaci. La ricerca ha prodotto, nell'ultimo decennio, farmaci di nuova generazione con relativamente bassi effetti collaterali, che andrebbero prescritti dopo attenta valutazione e sotto stretto controllo medico. Anche la rete dei servizi sanitari va attentamente predisposta e monitorata su tutto il territorio nazionale, in quanto queste patologie possono presentarsi con diversi livelli di gravità e l'efficacia delle cure dipende strettamente dalla tempestività del soccorso e dalla competenza e professionalità degli operatori.

In questo senso sarebbe opportuno:

- promuovere un servizio di emergenza omogeneamente tempestivo ed efficace in tutto il territorio nazionale;
- attribuire le funzioni di specialità di base almeno ad ogni Azienda Sanitaria Locale;
- implementare i centri specialistici che possano fare da collettori dei casi più gravi con un numero di posti letto utile alla copertura del fabbisogno regionale. **S**



Elisabetta Sirani, Cleopatra

necessarie azioni concrete che assicurino una risposta appropriata della società e del servizio socio-sanitario allo sviluppo sereno delle adolescenti.

Dal punto di vista del sistema sembra scarsamente efficace, ancorché non eludibile ed utile in molti casi, in età adolescenziale, la sola presenza del supporto psicologico nelle scuole. Potrebbe essere più utile, nelle scuole, ma anche attraverso i social media, una maggiore diffusione dei dati relativi alle violenze, contemporaneamente ad un invito attivo alle adolescenti a servizi consultoriali ad hoc, adeguatamente pubblicizzati e posti fuori dal normale ambiente di frequentazione.

Nell'età adulta le donne sono, generalmente, meno colpite da disordini relativi all'abuso di droghe ed alcol, ma maggiormente suscettibili di depressione ed ansia.

I disordini mentali, conseguenti al ruolo di madre, sono estremamente frequenti e stranamente, ma in modo significativo, correlati allo stato sociale.

Anche in questo caso potrebbero essere di estrema utilità politiche informative di massa istituzionali (forum e social network, molto utilizzati dalle neo mamme) che sottolineino la frequenza del problema, la sua iniziale fisiologia e la presenza di adeguati servizi preventivi. È anche responsabilità delle politiche locali monitorare attentamente la corretta applicazione della legge in termini di diritto alla maternità ed al lavoro. Non meno importante un adeguato monitoraggio e supporto psicologico alle madri separate che svolgono il ruolo di genitorialità doppia, almeno nel quotidiano, a fronte di un impoverimento complessivo delle disponibilità

economiche della famiglia.

L'aumento dell'età anziana, soprattutto nel genere femminile, dovrebbe essere visto come una risorsa potenziale per la società tutta. L'imperativo è, quindi, quello di mantenere le donne anziane con una buona qualità della vita. Questo non può essere raggiunto se non con un'attività di programmazione ed azioni di Sanità Pubblica che garantiscano, nell'arco della vita, un accesso appropriato alle cure senza differenze di genere. È necessario, quindi, proporre azioni che formino il Ssn a garantire gratuitamente per gli anziani cure, anche non salvavita, ma che provvedano ad una buona qualità della stessa (interventi di cataratta, protesi acustiche e cure per l'artrite/artrosi). Dal punto di vista sociale parte della risposta può venire da una maggior proposta organizzativa di finanziamento dei supporti domiciliari anche attraverso forme di riconoscimento economico del ruolo giocato dalla famiglia. **X**



## Salute materno-infantile

La salute materno-infantile rappresenta una parte importante della salute pubblica in quanto la gravidanza, il parto ed il puerperio sono, in Italia, la prima causa di ricovero per le donne.

Uno dei temi di maggiore rilievo in questo ambito sanitario riguarda il numero ed il livello qualitativo dei punti nascita. Le cronache degli ultimi anni e le analisi formulate da esperti ed Istituzioni disegnano, da tempo, il quadro di un Paese che nel suo complesso (e soprattutto nel Mezzogiorno) presenta un numero elevato, ed a volte eccessivo rispetto alla popolazione interessata, di strutture non sempre adeguatamente attrezzate

### ANALISI DEI DATI

#### Indagini diagnostiche in gravidanza

In generale, una caratteristica peculiare delle donne italiane è la tendenza ad effettuare un numero maggiore di esami in gravidanza, fenomeno che aumenta con il livello d'istruzione.

Nel 2005, il numero medio di visite effettuato a livello nazionale è stato pari a 7,0, con valori che oscillano tra l'8,1 della Sardegna ed il 6,2 della Valle d'Aosta. Per quanto riguarda il numero di ecografie effettuate, il 49,6% delle donne ha eseguito da 4 a 6 esami ecografici, mentre il 28,9% un numero ≥7.

Un dato positivo riguarda la percentuale di donne informate sulle tecniche di diagnosi prenatale pari all'86,0%, con valori al di sopra del 90% in Piemonte, Valle d'Aosta, PA di Trento, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Lazio e Basilicata.

#### Parti effettuati nei punti nascita

Per quanto riguarda la rete di offerta dei punti nascita, che risulta notevolmente diversificata sul territorio, i dati esaminati evidenziano che il 7,93% dei parti, nel 2009, sono avvenuti in strutture con un volume di attività <500 parti/anno. Dall'analisi di tale fenomeno, emerge un netto gradiente Nord-Sud a sfavore delle regioni meridionali e delle Isole, che presentano valori nettamente superiori al dato nazionale. Dai dati si evince anche che circa l'80% dei parti sono eseguiti in strutture con classi di ampiezza superiore agli 800 parti/anno di cui il 66,80% in punti nascita con più di 1.000 parti/anno.

#### Parti con Taglio Cesareo

Il confronto della percentuale di parti cesarei effettuati in Italia nel 2009, rispetto all'anno precedente, evidenzia un trend sostanzialmente stabile intorno al 39%. Anche a livello regionale non si osservano diffe-

renze particolari, ad eccezione della PA di Bolzano e della Calabria in cui si registra una diminuzione pari, rispettivamente, al 3,3% ed al 4,5%. Da notare, inoltre, come tutte le regioni del Sud, ed il Lazio, presentano valori superiori al 40%, con il primato negativo della Campania in cui addirittura il 62,0% delle donne ricorre al TC. Situazione opposta si verifica nella PA di Bolzano (23,6%) ed in Friuli Venezia Giulia (24,6%) con valori che più si avvicinano alle raccomandazioni dell'OMS.

Disaggregando il dato per classi di età si osserva come il fenomeno aumenta all'avanzare dell'età. La percentuale di donne di 45 anni ed oltre che ricorre al TC è pari al 70,2%, in notevole aumento rispetto all'anno precedente (66,7%).

#### Allattamento al seno

Nel 2005, la quota di donne che ha allattato al seno il proprio bambino è pari, a livello nazionale, all'81,4%, mentre scende al 65,5% se si considera l'allattamento in modo esclusivo o predominante.

In Italia 8 mamme su 10 scelgono di allattare al seno il proprio figlio: una buona media, se confrontata con quella mondiale che è appena del 35%. Ma è possibile migliorare, soprattutto nelle regioni del Sud dove questa pratica è meno diffusa: fanalino di coda la Sicilia



Elisabeth Louise Vigée-LeBrun, autoritratto

### Proposte e strategie d'intervento

a cura di Prof.ssa Roberta Siliquini

In Italia, negli ultimi decenni, abbiamo raggiunto elevatissimi standard di successo in campo materno infantile, ma permangono comportamenti a rischio in grado di minare la salute dei neonati non solo nell'immediatezza del parto, ma anche negli anni a venire. Di particolare rilevanza il fatto che tali comportamenti (ad esempio, abitudine al parto cesareo, scarsa propensione all'allattamento al seno) siano maggiormente associati ad alcune aree geografiche del nostro Paese. svi-

#### SONDAGGIO O.N.DA

### “Solo” il 20 per cento delle italiane preferisce il Tc

Nel 2011 O.N.Da ha svolto un sondaggio al fine di indagare l'opinione della popolazione femminile in merito al Taglio Cesareo (TC) e le motivazioni che spingono le donne a preferirlo al parto naturale. Ecco i risultati

Al campione di riferimento, costituito da

1.000 donne della classe di età 20-40 anni, è stato chiesto di esprimere la propria preferenza rispetto alle due modalità di parto e di motivare le ragioni della scelta. Dai dati dello studio risulta che ben l'80% delle intervistate predilige il parto naturale, in primis, per riguardo alla salute del bambino. Nello specifico:

- il 63% delle donne non vuole perdere le prime ore di vita del neonato;
- il 47% non vuole che il figlio nasca per intervento chirurgico;
- il 35% ritiene più facile l'allattamento.

Un secondo ordine di motivi è relativo, invece, ai vantaggi legati agli aspetti clinici del parto naturale:

- degenza ospedaliera più breve (52%);

- nessuna cicatrice (46%);
- post-operatorio meno doloroso (44%).

**Relativamente al TC tra le motivazioni principali** che spingono il 20% delle donne intervistate a preferirlo emergono:

- il timore del dolore durante il parto (53%);
- la possibilità di programmare l'intervento (46%);
- la preoccupazione per la sofferenza del bambino (39%).

Infine, il sondaggio ha rilevato che la fonte di informazione più utilizzata dalle donne intervistate è rappresentata dal medico o dalla propria ostetrica (nel 52% dei casi), seguita dai pareri/suggerimenti di un'amica (nel 23% dei casi).

**Nel 2005 O.N.Da ha aderito, insieme ad oltre 280 organizzazioni in tutto il mondo, alla "Partnership per la salute materna, Neonatale e Infantile" (PMNCH) per migliorare la salute materna nel mondo e lavorare insieme al raggiungimento degli Obiettivi del Millennio n. 4 e n. 5 delle Nazioni Unite per la salute dei bambini e delle donne. Con il supporto trasversale di un gruppo di Parlamentari, l'Osservatorio si impegna a trovare soluzioni concrete alle diverse problematiche con l'impegno specifico a livello legislativo, attraverso la presentazione di mozioni ad hoc e un'attività di sensibilizzazione e informazione della popolazione.**

luppando sempre più disegualanze sociali. A questo si aggiungono gli aspetti rilevanti della crescente età media della prima gravidanza, nonché la significativa percentuale di maternità a carico della popolazione immigrata. Anche se numerosi programmi di promozione della salute materno-infantile sono stati posti in essere la letteratura scientifica ci consente di individuare alcune efficaci strategie d'intervento. In sintesi, è necessario attivare piani strategici orientati a:

- rafforzare il ruolo di task force multidisciplinari utili ad influenzare i cambiamenti ed a coordinare gli sforzi orientati al miglioramento della salute materno-infantile;
- lavorare insieme agli erogatori privati per migliorare i servizi, assicurandosi che questi contribuiscano alle strategie nazionali e raggiungano gli standard definiti;
- revisionare le politiche per facilitare un equo accesso ad informazione ed assistenza di qualità: in tal senso, occorre porre standard minimi da monitorare a livello regionale;
- determinare requisiti minimi quantitativi e qualitativi dello staff deputato, a livello locale, a fornire assistenza materno-infantile;
- garantire la possibilità di un'integrazione dei curricula dei professionisti sanitari deputati alla salute materno-infantile con abilità di counselling e promozione della salute;
- condurre survey ad hoc orientate alla valutazione di impatto di nuovi programmi operativi;
- aumentare le attività di valutazione e di appropriatezza attraverso l'utilizzo di fonti informative correnti e di audit, al fine di verificare l'uso appropriato delle tecnologie ed associare le informazioni ottenute a incentivi-disincentivi economici per sin-

golo professionista;

- rafforzare la promozione di strategie atte alla disseminazione di informazioni per le famiglie utili, da un lato, a ricercare comportamenti basati sull'evidenza scientifica e, dall'altro, ad aumentare la consapevolezza delle decisioni.

## Commenti e riflessioni

a cura del Prof. Nicola Surico  
Presidente SIGO

### Parti con Taglio Cesareo

La soluzione per intervenire sull'eccessivo ricorso al Taglio Cesareo è già stata definita e si trova nel piano di riordino dei punti nascita. Bisogna partire dal dato oggettivo che la maggior parte dei cesarei inappropriati non è legata alla professionalità del singolo operatore, ma a questioni di sistema, organizzative dei reparti ed alle modalità dei rimborsi. Analizzando i dati si scopre che le percentuali più elevate si registrano nelle strutture con <500 parti l'anno e nel privato accreditato. Le prime vanno chiuse; le seconde ricevono troppe risorse a fronte dell'attuale sofferenza del pubblico e non si può non considerare l'aspetto economico in questa "anomalia italiana". Oggi, nella maggior parte del Paese, non si è ancora avviata la riconversione dei piccoli centri e la tariffa di rimborso (Diagnosis Related Group) per un cesareo è superiore (in alcuni casi di molto) a quella per un partnaturale. Solo la Sicilia ha avviato la chiusura dei punti nascita con <500 parti ed equiparato le due procedure.

### Parti effettuati nei punti nascita

È necessario procedere con il piano di riordino dei punti nascita: le strutture con <500 nascite l'anno devono essere riconvertite. I ginecologi, per primi, devono spiegare alle pazienti che è meglio sopportare alcuni minimi disagi logistici, ma avere strutture che garantiscono al meglio la salute della madre e del bambino. Il piano prevede 10 punti chiave per ridisegnare la mappa della nascita del nostro Paese: riconvertire i centri in modo che siano attrezzati e sicuri, favorire il parto naturale, garantire a tutti l'accesso all'analgesia epidurale, migliorare la formazione degli operatori e monitorare e verificare costantemente le attività.

### È necessario rendere operativo quanto previsto dal Piano per il riordino dei punti nascita

approvato dalla Conferenza Stato-Regioni. Le dieci linee di azione, che compongono il piano per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita, devono essere avviate congiuntamente a livello nazionale, regionale e locale e comprendono:

1. misure di politica sanitaria e di accreditamento;
2. Carta dei Servizi per il percorso nascita;
3. integrazione territorio-ospedale;
4. sviluppo di Linee Guida sulla gravidanza fisiologica e sul TC da parte del Sistema Nazionale Linee Guida-Istituto Superiore di Sanità;
5. programma di implementazione delle Linee Guida;
6. elaborazione, diffusione ed implementazione di raccomandazioni e strumenti per la sicurezza del percorso nascita;
7. procedure di controllo del dolore nel corso del travaglio e del parto;
8. formazione degli operatori;
9. monitoraggio e verifica delle attività;
10. istituzione di una funzione di coordinamento permanente per il percorso nascita. ■



Walter Ricciardi\*  
Roberta Siliquini\*\*  
\*Direttore Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane  
\*\*Università degli Studi di Torino

## CONCLUSIONI

# Invertire il trend che vede il genere femminile sempre più malato e disabile

■ Gli elementi scientifici analizzati nel presente volume e le riflessioni emerse dal panel di esperti coinvolti indicano come le differenze di genere nella salute rappresentino, ad oggi, uno dei principali fallimenti della Sanità pubblica ed una indubbia urgente sfida per il futuro. Infatti, benché l'aspettativa di vita nel nostro Paese stia crescendo, gli uomini stanno guadagnando in anni di vita "di salute", mentre le donne stanno guadagnando in anni di vita "di disabilità". Queste differenze sono da attribuire a fattori biologici o sociali, oppure ad entrambi? Mentre la ricerca biomedica enfatizza le differenze biologiche, quella sociale enfatizza il diverso peso del ruolo svolto e delle risorse impiegate nell'arco della vita. Nello specifico, sono diversi gli elementi di preoccupazione emersi dall'analisi svolta:

- relativamente alle patologie cardiovascolari, si va assistendo, soprattutto nei Paesi industrializzati, ad una inversione del trend: anche se il tasso di morbosità rimane più alto per gli uomini, le donne si vanno rapidamente adeguando per la sempre più crescente esposizione ai noti fattori di rischio (fumo di sigaretta, ipertensione, diabete, malnutrizione);
- le malattie autoimmuni colpiscono le donne in più del 60% dei casi e la gravidanza può, in alcuni casi, comportare un peggioramento del quadro clinico di queste patologie;
- l'incidenza delle malattie oncologiche si va riducendo con maggior lentezza nel genere femminile e con evidenti differenze geografiche;
- le donne sono largamente più interessate da patologia psichiatrica: depressioni, disordini dell'affettività, disor-

dini dell'alimentazione, fobie, ansia e attacchi di panico. Diversi organismi ed Istituzioni internazionali (Organizzazione Mondiale della Sanità, Commissione Europea, etc) dedicano all'argomento importanti progetti di ricerca e finanziamenti ed alcune evidenze sono ormai consolidate. In primo luogo, il genere femminile ha meno accesso ai servizi sanitari rispetto a quello maschile. Questo è, ormai, indiscutibilmente attribuito a cause di tipo sociale: il ruolo di shock adsorber della famiglia, le difficoltà economiche che vedono le donne a maggior rischio di disoccupazione, la discriminazione all'interno del nucleo familiare e la concessione preferenziale di assegnazione delle risorse alle esigenze di salute maschile. È poi evidenziato dalla letteratura come il genere femminile fruisca meno delle campagne di prevenzione primaria e secondaria a causa di un livello d'istruzione mediamente più basso e di una strutturazione psicologico-sociale diversa, che necessita di messaggi mirati, in considerazione anche del minor tempo da dedicare ai mezzi d'informazione. Terzo elemento da considerare è l'aumento del rischio di ammalarsi per patologie che una volta colpivano solo gli uomini (malattie cardiovascolari, tumori al polmone per citarne solo alcune) e che rende la percezione del rischio errata causando, a volte, pericolosi ritardi diagnostici. In ultimo, ma non per importanza, è da segnalare la scarsa attenzione dei servizi sanitari ai bisogni di salute al femminile (ad esempio, l'ambito materno-infantile e quello adolescenziale) e della ricerca nei confronti delle peculiarità di risposta di genere a diversi trattamenti e tecnologie sanitarie.

Per promuovere lo sviluppo sostenibile di una società che si basa sul ruolo svolto dalle donne, è necessario intervenire per invertire il trend che vede il genere femminile sempre più malato e disabile. Sono improcrastinabili, quindi, interventi che agiscano sulle cause e garantiscano livelli di salute adeguati ed equi. Tali interventi sono ben delineati all'interno del volume ed evidenziano la necessità di una maggior definizione e messa in atto di servizi sanitari orientati alle differenze di genere, che vanno adeguatamente studiate sulla base della raccolta e dell'analisi di dati differenziati per genere. Pare evidente che, a fronte della multifattorialità delle differenze, queste non possano essere totalmente risolte da una maggior attenzione al genere della ricerca scientifica e dell'organizzazione dei servizi: molti, infatti, sono gli aspetti che, considerando altre politiche da quelle sanitarie, possono essere motore di cambiamento (politiche sociali, economiche, lavorative, ambientali, educative ecc.). Sono però indispensabili la consapevolezza e il riconoscimento, da parte del servizio sanitario, degli operatori stessi e della comunità scientifica, delle diverse esigenze delle donne e la programmazione e l'implementazione di percorsi di ricerca, preventivi, di diagnosi e cura e di riabilitazione maggiormente orientati a promuovere l'accesso al genere femminile. Ignorare tali elementi avrà come ricaduta, a breve termine, un aumento delle disegualanze; aumento che, nella maggior parte dei casi, sarà iniquo, nel senso di evitabile. A medio lungo termine, questa naturale se non contrastata diminuzione della salute della donna, porterà le nostre società ad essere in grave crisi nelle possibilità di gestione complessiva della salute, non più supportate dal sostegno che il genere femminile oggi fornisce, sostituendosi ai servizi sanitari nel garantire assistenza. ■