



LIBRO BIANCO 2013

La salute della donna Stato di salute e assistenza nelle regioni italiane

O.N.Da

Osservatorio Nazionale
sulla salute della Donna



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



FrancoAngeli

Con questa nuova edizione del Libro bianco sulla salute della donna, realizzata in collaborazione con l'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, O.N.Da 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. Il Report prosegue l'approfondimento sullo stato di salute della popolazione femminile avviato nel 2007 con la prima pubblicazione, riportando i dati e gli indicatori di salute e malattia attraverso un'analisi comparativa tra i generi condotta per regioni.

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.

La conoscenza dei bisogni di salute e delle specifiche necessità del genere femminile in ambito sanitario-assistenziale è un 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 O.N.Da nella promozione di una cultura della Medicina di genere.

PREMESSA

O.N.Da: Libro bianco 2013 sulla salute femminile

Tumori, malattie cardiovascolari e disturbi psichici: le aree più critiche della salute femminile

Francesca Merzagora

Presidente O.N.Da

Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna

Questa nuova edizione del Libro bianco a cura di O.N.Da, 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 O.N.Da 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 O.N.Da conferma il proprio impegno nella promozione della cultura della salute di genere con l'obiettivo di garantire, secondo i principi fon-



Francesca Merzagora

damentali 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 O.N.Da nella promozione di una cultura della Medicina di genere. **Y**

INTRODUZIONE

La sfida delle imprese del farmaco

Il nostro impegno al fianco di O.N.Da per una medicina "a misura di donna" e "personalizzata"

Massimo Scaccabarozzi

Presidente Farmindustria

Il Libro bianco 2013 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'invecchiamen-

to 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 O.N.Da, 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. **Y**



Massimo Scaccabarozzi



INTRODUZIONE

Realizzare un percorso nascita di qualità e omogeneo su tutto il territorio

Franca Biondelli

On. Commissione Affari Sociali della Camera

Alivello 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^a 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 in-

Segue a pagina 22

**Franca Biondelli**

INTRODUZIONE

Un punto di riferimento per gli operatori del settore e per noi parlamentari

Laura Bianconi

Sen. Commissione Igiene e Sanità del Senato

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, è entrata in vigore il 4 dicembre scorso. Anche questa Direttiva solleva il problema di una totale rivisitazione del nostro 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 cu-

Segue a pagina 23

**Laura Bianconi**

Segue da pagina 21



Realizzare un percorso nascita di qualità e omogeneo su tutto il territorio

Franca Biondelli

derogabili al fine di realizzare un percorso nascita omogeneo 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 questio-

nario 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. **Y**



La popolazione femminile italiana

La popolazione "anziana" e "molto anziana"

Nella pianificazione dei servizi socio sanitari influiscono in modo decisivo le fasce di popolazione "fragili", come la popolazione "anziana" (65-74 anni) e "molto anziana" (75 anni ed oltre). Quest'ultima è la fascia maggiormente esposta al rischio di malattie gravi e invalidanti, che richiedono un tipo di assistenza sanitaria articolata in più servizi e in più figure professionali. Tale segmento di popolazione interessa in modo particolare l'Italia, caratterizzata da una fecondità particolarmente bassa e un'aspettativa di vita tra le più elevate, che risulta essere il Paese più vecchio d'Europa ed il secondo più longevo al mondo dopo il Giappone. Complessivamente, il dato italiano della popolazione di 65-74 anni corrisponde al 10,2% (range

■ **Aumentano le over 65 che vivono sole. Il numero medio di figli per donna si mantiene su livelli prossimi a quelli registrati negli ultimi anni, ma resta inferiore al livello di sostituzione che garantirebbe il ricambio generazionale. In aumento l'incidenza della povertà assoluta riferita alle famiglie**



12,7-8,3%) della popolazione residente, mentre quella di 75 anni ed oltre al 10,1% (range 14,0-7,8%). Le regioni che detengono, ormai da qualche tempo, il primato di regione più vecchia e più giovane d'Italia sono, rispettivamente, la Liguria e la Campania che in ragione di tale diversità demografica dovrebbero presentare una disuguale offerta di servizi, con conseguente diversa ripartizione del finanziamento in fase di programmazione.

Da osservare, è anche il rapporto tra generi che rileva una situazione a favore delle donne che hanno una sopravvivenza più elevata. Nel dettaglio, la quota di donne rappresenta, a livello nazionale, il 53,5% della popolazione di 65-74 anni e il 62,1% della popolazione over 75 anni.

Inoltre, ai fini della programmazione dei servizi territoriali socio-sanitari, fondamentale è anche l'analisi della popolazione anziana in nucleo monocomponente, cioè del-

la quota di persone anziane (over 65) che vivono sole sul totale della popolazione della stessa fascia di età. Questo segmento, che presenta un trend in aumento (27,8% del 2008 vs 28,1% del 2010), deve essere monitorato costantemente nel tempo poiché gli anziani che vivono da soli sono i maggiori utenti dei servizi. Anche in questo caso, a proposito del rapporto tra uomini e donne, si osserva uno sbilanciamento verso il genere femminile. Ciò può essere imputabile 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.

Fecondità

Gli indicatori esaminati sono il Tasso di fecondità totale (Tft), ossia il numero medio di figli per donna, l'età media delle madri al parto e l'incidenza dei nati da madre straniera. L'Italia è uno dei Paesi europei dove il livello di fecondità totale è tra i più contenuti. Nel 2011, il Tft (1,39 figli per donna) si mantiene su livelli prossimi a quelli registrati negli ultimi anni risultando inferiore al livello di sostituzione che garantirebbe il ricambio generazionale (circa 2,1 figli per donna). Il processo di ripresa della fecondità, quindi, iniziato dal 1995 e imputabile sia alla crescita dei livelli di fecondità delle over 30 anni sia all'apporto delle donne straniere, sembra arrestarsi.

In generale, il "recupero" delle donne più vicine alla fine dell'età fertile e il comportamento riproduttivo delle straniere hanno richiesto, in questi anni, un'attenzione specifica da parte dei servizi sanitari che hanno dovuto

adeguarsi alle esigenze della domanda con reparti, ad esempio, dedicati alla diagnosi perinatale, poiché all'avanzare dell'età aumentano i rischi per il nascituro, e con personale in grado di poter dialogare efficacemente con l'utenza straniera.

A livello territoriale, i valori più alti del Tft si registrano nel Settentrione, mentre le regioni del Sud e le Isole continuano a caratterizzarsi per una fecondità più contenuta. Nello specifico, i valori maggiori si registrano nella PA di Bolzano, nella PA di Trento e in Valle d'Aosta, dove tale indicatore è prossimo a 1,60 figli per donna. Le regioni in cui si registra un Tft particolarmente basso, invece, sono la Sardegna, il Molise e la Basilicata (rispettivamente, 1,14; 1,16 e 1,17 figli per donna).

Riguardo all'età media delle madri al parto, si evidenzia a livello nazionale un lieve aumento rispetto al 2008 (31,1 vs 31,4 anni). Da rilevare il comportamento registrato in Sardegna dove l'età media al parto è di circa 1 anno superiore a quella naziona-

PREFAZIONE

Medicina di genere: appropriatezza terapeutica e centralità del paziente

Walter Ricciardi

Direttore Osservatorio Nazionale Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane

Tiziana Sabetta

Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane

Una serie ormai vasta di studi 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 di Governo che hanno sottoscritto un patto a livello globale, tra

Paesi ricchi e Paesi poveri, per costruire un mondo più sicuro, più prospero e più equo per tutti. In questa Dichiarazione sono stati individuati otto obiettivi cruciali, tra cui “La salute delle mamme” che prevede la riduzione di tre quarti della mortalità materna, fra il 1990 e il 2015, ponendo attenzione alle complicanze, collegate alla gravidanza o al parto, che si potrebbero prevenire con un'assistenza appropriata.

In questa nuova edizione del Libro bianco, gli argomenti trattati riguardano i principali bisogni di salute della popolazione femminile e l'erogazione dei servizi di assistenza sanitaria.

Nello specifico, il volume è così strutturato: *Core Indicators*: in cui sono stati descritti gli aspetti essenziali della salute e dei servizi sanitari presenti nel nostro Paese; *Box*: focalizzati su alcune esperienze innovative sperimentate in singole realtà; *Approfondimenti*: in cui sono state trattate specifiche problematiche per prospettare possibili soluzioni. L'alta attendibilità delle analisi svolte, che ci ha permesso di evidenziare per ciascuna patologia o tematica di salute esaminata la situazione presente sul territorio italiano e di valutare l'offerta dei servizi, consente ai responsabili istituzionali del settore sanitario di pianificare e organizzare i servizi in relazione alle esigenze e alle richieste proprie del genere femminile. L'auspicio è che questo volume, oltre ad essere utile a tutti quelli che hanno responsabilità decisionali, serva anche a porre maggiormente l'attenzione sull'importanza della Medicina di genere volta a garantire ad ogni individuo, uomo o donna, l'appropriatezza terapeutica rafforzando ulteriormente il concetto di “centralità del paziente” nella ricerca e messa a punto di trattamenti efficaci e innovativi per la tutela della salute.

Segue da pagina 21

Un punto di riferimento per gli operatori del settore e per noi parlamentari

Laura Bianconi

“

rare 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.

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!

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.

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. ▣

le, mentre la Sicilia è la regione con il valore più basso (30,6 anni).

Anche per quanto riguarda questa dimensione, il comportamento complessivo della popolazione femminile è influenzato dalle donne straniere residenti che presentano un'età media al parto (28,3 anni) inferiore a quella delle italiane (32,0 anni).

L'ultimo indicatore esaminato è l'incidenza dei nati da madri straniere che, a livello nazionale, evidenzia come il 18,4% degli iscritti in Anagrafe per nascita sia stato partorito da una donna straniera (+2,5 punti percentuali rispetto al 2008). Molto marcata è la variabilità a livello territoriale, poiché nelle regioni del Mezzogiorno la quota di nati da madri straniere è notevolmente più contenuta rispetto al Centro-Nord. Tale distribuzione ricalca, sostanzialmente, la dislocazione della popolazione straniera residente nel nostro Paese.

Stranieri in Italia

Dall'analisi dei dati aggiornati al 31 dicembre 2010 risulta che gli stranieri residenti in Italia superino i 4,5 milioni di unità e rappresentino il 7,5% della popolazione residente. Il trend di questo fenomeno appare in crescita se si considera che lo scorso anno il peso relativo della componente straniera sul totale dei residenti era pari al 7,0%, mentre nel 2008 al 6,5%. Inoltre, è possibile osservare un continuum Nord-Sud ed Isole, per cui la quota di stranieri residenti sul resto della popolazione è relativamente più alta nelle regioni settentrionali e centrali e più limitata nel resto del Paese.

Nello specifico, la quota di cittadini stranieri si attesta su valori più elevati soprattutto in Emilia-Romagna (11,3%), Umbria (11,0%), Lombardia (10,7%) e Veneto (10,2%), mentre è particolarmente contenuta in Puglia e Sardegna (pari merito 2,3%). Per quanto riguarda la presenza straniera per singolo Paese di cittadinanza e genere è emerso che i rumeni, gli albanesi e i marocchini costituiscono le tre popolazioni più numerose, sia per il genere maschile che femminile.

Incidenza della povertà

Nel 2011, la stima dell'incidenza di povertà relativa riferita alle famiglie, è pari all'11,1%, sostanzialmente stabile rispetto all'anno precedente. La stima dell'incidenza di povertà assoluta invece, presenta un andamento crescente (4,6% vs 5,2%) sia a livello nazionale, sia nelle singole ripartizioni geografiche. Evidente, per entrambi i tipi di povertà, è la maggior diffusione nel Mezzogiorno.

Stratificando i dati in base ad alcuni parametri quali, ad esempio, ampiezza della famiglia, tipologia familiare, presenza di minori e di anziani e classe di età, si rileva come le famiglie più coinvolte siano quelle più ampie (tre o più figli soprattutto se minorenni), mono genitoriali o costituite da anziani soli senza una storia lavorativa pregressa. Forte è anche l'associazione tra povertà, bassi livelli d'istruzione, bassi profili professionali ed esclusione dal mercato del lavoro. ▣

SOPRAVVIVENZA E MORTALITÀ

**+5,1 anni a favore delle donne
ma il divario continua a ridursi**

■ **Permane il vantaggio femminile in termini di sopravvivenza ma complessivamente, nel periodo 2007-2011, la speranza di vita maschile è aumentata di 0,7 anni mentre quella femminile di 0,5 anni**

Speranza di vita alla nascita e a 65 anni

L'analisi dei dati riguardanti la speranza di vita alla nascita ha evidenziato che le donne, nell'anno 2011 (dati provvisori), possono aspettarsi di vivere, mediamente, 84,5 anni e gli uomini 79,4 anni. Si mantiene, quindi, il vantaggio femminile in termini di sopravvivenza, ma il divario continua a ridursi pur essendo ancora consistente (+5,1 anni a favore delle donne). Complessivamente, nel periodo 2007-2011, la speranza di vita maschile è aumentata di 0,7 anni, mentre quella femminile di 0,5 anni. A livello territoriale, si evidenzia una situazione con forti differenziali. Infatti, la distanza tra la regione più favorita e quella meno favorita è di 2,8 anni per entrambi i generi e, nello specifico, nella PA di Bolzano si registrano i valori più alti (uomini: 80,5 anni; donne: 85,8 anni), mentre in Campania quelli più bassi (uomini: 77,7 anni; donne: 83,0 anni).

Analoga situazione di vantaggio femminile si riscontra per la speranza di vita a 65 anni. Sono sempre le donne, infatti, ad avere una più elevata aspettativa di vita (+3,5 anni) e possono prevedere di vivere ancora, mediamente, 21,9 anni, rispetto ai 18,4 anni degli uomini. Anche in questo caso, per entrambi i generi, la PA di Bolzano detiene il primato positivo (uomini: 19,2 anni; donne: 22,8 anni), mentre la Campania il negativo (uomini: 17,3 anni; donne: 20,6 anni). Inoltre, l'aumento della sopravvivenza, nell'arco temporale considerato (2007-2011), è sempre più marcato per gli uomini (uomini: +0,5 anni; donne: +0,3 anni).

Speranza di vita senza limitazioni nelle attività quotidiane

In termini di speranza di vita senza limitazioni nelle attività quotidiane, che esprime il numero medio di anni che una persona di 65 anni può aspettarsi di vivere senza subire limiti per problemi di salute, si è registrato, nel biennio 2009-2010, una lieve diminuzione per il genere maschile (-2,2%) ed un aumento per il genere femminile (+4,6%). Nello specifico, a livello nazionale, il numero medio di anni per gli uomini è passato da 9,2 a 9,0 anni, mentre per le donne i valori sono passati da 8,7 a 9,1 anni. Gli andamenti osservati a livello italiano per entrambi i generi, però, non si riscontrano in tutte le regioni. Il valore massimo di anni vissuti senza limitazioni nelle attività quotidiane, si registra per il genere maschile nella PA di Trento (13,2 anni) e per il genere femminile nella PA di Bolzano (13,7 anni), mentre i valori più bassi si osservano nel Meridione dove, ad eccezione della Sardegna per gli uomini e dell'Abruzzo per le donne, tutte le altre regioni presentano valori inferiori o uguali al dato nazionale.

Da evidenziare, infine, sono i dati registrati nel 2010, nella maggior parte delle regioni meridionali e centrali in cui il numero medio di anni vissuti in buona salute dalle donne, che hanno una speranza di vita maggiore, sono minori del corrispondente numero medio di anni vissuti dagli uomini.

Mortalità per età e causa

L'analisi del trend sulla mortalità complessiva ha evidenziato, nel periodo 2007-2009, un miglioramento per gli uomini (111,85 vs 109,41 per 10.000) e una situazione pressoché stabile per le donne (69,44 vs 69,31 per 10.000).

Esaminando la mortalità per età (0-18, 19-64; 65-74 e 75 anni ed oltre), che permette di evidenziare i rischi di morte nelle diverse fasi della vita, si registra per gli uomini una riduzione in tutte le classi di età oggetto dello studio (dalla più giovane alla più anziana: -0,02, -0,83, -0,96 e -0,62), mentre per le donne gli effetti positivi che si registrano nelle prime tre classi di età (-0,02, -0,11 e -0,25) vengono quasi annullati a causa dell'aumento della mortalità, seppur lieve, nella classe di età più anziana (+0,26).

Esaminando, invece, nello specifico la mortalità per gruppi di cause ritenuti più rilevanti per ciascuna classe di età considerata, si osserva per il genere maschile un aumento per le malformazioni congenite e per le condizioni di origine perinatale nella classe 0-18 anni e per le malattie endocrine nella classe 75 anni ed oltre, mentre per il genere femminile gli incrementi si registrano per le condizioni di origine perinatale nella classe 0-18 anni e per le malattie del sistema respiratorio e le malattie endocrine nella classe più anziana. Nonostante questi incrementi, considerando l'insieme delle cause, per gli uomini la variazione del tasso di mortalità nell'arco temporale esaminato è negativa in tutte le classi di età oggetto dello studio. Analoga situazione si osserva anche per le donne, ad eccezione della classe di età 75 anni ed oltre in cui si

registra una variazione positiva. **Y**



ge-
nere

maschile un lieve aumento per il sovrappeso e una lieve diminuzione per l'obesità (sovrappeso +0,35 punti percentuali; obesità -0,58 punti percentuali), mentre per le donne si verifica la situazione opposta (sovrappeso -0,93 punti percentuali; obesità +0,06 punti percentuali). In generale, la quota di popolazione in condizione di sovrappeso o di obesità aumenta, progressivamente, per entrambi i generi all'aumentare dell'età, per poi diminuire lievemente negli anziani.

Riguardo alla sedentarietà, l'analisi di genere mostra delle forti differenze con le donne che rappresentano la quota maggiore di "pigre" (44,37% vs 34,98%).

A livello territoriale, la prevalenza di chi non svolge né uno sport né un'attività fisica aumenta man mano che si scende da Nord verso Sud, raggiungendo il valore massimo in Puglia (51,79%) per gli uomini e in Sicilia per le donne (64,36%), dove oltre la metà delle persone svolge una vita sedentaria. Infine, la quota di sedentari aumenta progressivamente con l'avanzare dell'età e rispetto ai dati dell'anno precedente (2010) si registrano valori in aumento per entrambi i generi (uomini: +4,42%; donne: +3,55%). **Y**

FATTORI DI RISCHIO E STILI DI VITA

Fumo, alcol ed eccesso ponderale

■ **La quota di fumatori è maggiore tra gli uomini ma si evidenzia una lieve diminuzione per entrambi i generi. Aumenta invece il binge drinking, soprattutto tra gli uomini. Sovrappeso ed obesità in aumento tra le donne, che rappresentano la quota maggiore di "pigre"**

Fumo di tabacco

Nel 2011, la quota di fumatori tra la popolazione di 15 anni ed oltre è maggiore tra gli uomini (28,72% vs 16,75%) e dal confronto con i dati del 2009 si evidenzia una lieve diminuzione per entrambi i generi (uomini -1,15 punti percentuali; donne -0,38 punti percentuali).

A livello territoriale la regione con i valori più alti per entrambi i generi è il Lazio (uomini 34,88%; donne 20,57%). I valori minori, invece, si osservano per gli uomini in Valle d'Aosta (18,91%) e per le donne in Calabria (12,23%).

Infine, riguardo alla diffusione del tabagismo per fasce di età si rileva una maggiore prevalenza di fumatori tra i giovani adulti (25-34 anni: 38,86%) e di fumatrici nella classe di età 45-54 anni (23,26%).

Alcol

Nel 2010, la prevalenza di consumatori a rischio presenta un notevole svantaggio maschile (25,4% vs 7,3%) e il consumo maggiore si registra, per gli uomini nel Settentrione e in alcune regioni centrali e meridionali (Molise valore più alto 43,8%), mentre per le donne nella maggior parte delle regioni del Nord (Valle d'Ao-

sta valore più alto 15,4%). Analoga differenza di genere si evidenzia anche considerando le tipologie di consumo a rischio, cioè il *binge drinking* (uomini: 16,6%; donne: 4,4%) e il consumo giornaliero eccedentario (uomini: 8,0%; donne: 1,3%). Rispetto al 2008 evidente è il considerevole aumento degli individui che concentrano in un'unica occasione l'assunzione di oltre 6 bicchieri di una qualsiasi bevanda alcolica (uomini: +41,9%; donne: +33,3%). Un aumento importante si registra anche per il consumo giornaliero eccedentario del genere maschile (+40,4%).

A livello territoriale, i valori più elevati di prevalenza per binge drinking si osservano in Molise per gli uomini (36,5%) e nella PA di Bolzano per le donne (12,4%), mentre i valori minori si riscontrano in Sicilia (10,0%) per il genere maschile e in Puglia (2,2%) per il genere femminile.

Sovrappeso, obesità e sedentarietà

Nel 2011, la prevalenza di persone di 18 anni ed oltre in condizione di sovrappeso e di obesità è maggiore tra gli uomini (sovrappeso 45,53%; obesità 10,69%) rispetto alle donne (sovrappeso 26,75%; obesità 9,37%).

Dal confronto con i dati del 2009 si evidenziano per il

Prevenzione oncologica



HPV

I VACCINI OGGI DISPONIBILI SONO DUE

Il **bivalente**, che previene le infezioni da HPV 16 e 18, e il **quadrivalente**, che previene le infezioni da HPV 16, 18, 6 e 11, estendendo così la protezione verso i due sierotipi che sono responsabili della formazione dei condilomi genitali. I numerosi studi condotti sulla sicurezza e l'efficacia dei vaccini

documentano che, se somministrati quando la donna non è ancora entrata in contatto con il virus, gli stessi assicurano una protezione a lungo termine molto elevata (nella misura del 90-100%). Bisogna ricordare, però, che poiché circa il 30% dei tumori del collo dell'utero non è provocato da HPV 16 e 18, è fondamentale che le donne vaccinate eseguano comunque regolarmente il Pap-test

Screening mammografico

I dati mostrano, nel 2010, un'estensione teorica a livello nazionale pari al 92%, indicando la percentuale di donne appartenenti alla popolazione obiettivo (50-69 anni) che vive in un'area in cui è attivo un programma di screening mammografico organizzato. Tale valore corrisponde a un'attivazione totale secondo i criteri europei, sebbene rispetto all'anno precedente si noti una lieve flessione attribuibile, principalmente, alle regioni del Sud e alle Isole. Quest'ultime si collocano intorno al 75%, interrompendo il trend in crescita registratosi negli anni precedenti e particolarmente evidenti tra il 2008 e il 2009 (con un incremento pari a 9,0 punti percentuali). Nel Centro e

nel Nord si conferma, invece, la piena estensione. Riguardo all'estensione effettiva, ossia la percentuale di popolazione target realmente oggetto d'invito, il dato nazionale del 2010 si attesta al 69% confermando le profonde differenze tra macroaree. A fronte di valori pari all'89% al Nord e al 77% al Centro, il Sud e le Isole rimangono ancora molto distanti collocandosi al 38% circa.

Screening per il cervicocarcinoma uterino

Nel 2010, l'estensione teorica dei programmi di screening organizzato per il carcinoma della cervice uterina, raggiunge l'80%, valore in lieve aumento rispetto all'anno precedente. A livello di macroaree, si osser-

vano differenze meno marcate rispetto ad altri programmi di screening, con valori pari al 67% al Nord, al 97% al Centro e all'88% al Sud e nelle Isole. In generale, dal confronto dei dati nel periodo temporale 2000-2010, si osserva un incremento progressivo e costante con qualche eccezione, al Nord ed al Centro, negli anni tra il 2006 ed il 2009. Per l'estensione effettiva, il dato nazionale si attesta quasi al 61%, con risultati migliori al Centro (76%), rispetto al Nord (58%) e al Meridione (55%). Infine, la partecipazione all'invito, che costituisce un altro importante indicatore per misurare la performance dei programmi di screening, è pari al 39,8% delle donne contattate (39,3% nel 2009).

Vaccinazione anti-Human Papilloma Virus

■ **Sebbene l'Italia sia stata il primo Paese europeo a strutturare e avviare nel 2008 un'organica campagna di immunizzazione con offerta attiva e gratuita del vaccino ad una popolazione target (secondo le indicazioni date dal Ministero della Salute, ragazze preadolescenti nel 12° anno di vita), la copertura vaccinale è ancora estremamente disomogenea sul territorio.**

L'ultimo Rapporto pubblicato dall'Istituto Superiore di Sanità riguardante i dati raccolti dal Reparto di Epidemiologia di Malattie Infettive del Centro Nazionale di Epidemiologia Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS), incaricato del censimento semestrale della copertura vaccinale per regione, coorte di nascita e numero di dosi vaccinali somministrate, risale al 30 giugno 2012.

I dati raccolti evidenziano che è stata raggiunta una copertura del 70% per le tre dosi da 11 regioni per la coorte di nascita del 1997, da 9 e da 5, rispettivamente, per le coorti 1998 e 1999. L'obiettivo prefissato dall'Intesa Stato-Regioni del 20 di-

cembre 2007, che prevedeva il raggiungimento di una copertura del 95% con tre dosi di vaccino entro i 5 anni dall'inizio del programma di vaccinazione, è dunque ancora ben lontano.

Il nuovo Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale 2012-2014, approvato nel marzo 2012, a fronte delle difficoltà incontrate nel perseguire tali risultati, ha posto come indicazione, da contestualizzare all'interno delle singole realtà regionali, il raggiungimento di coperture vaccinali per le tre dosi $\geq 70\%$, $\geq 80\%$ e $\geq 95\%$ nelle 12enni a partire, rispettivamente, dalle coorti di nascita 2001, 2002 e 2003. È dimostrato che il vaccino anti-HPV ga-

rantisce un'efficace protezione verso il 70% circa dei tumori del collo dell'utero. Allo stato attuale la copertura vaccinale raggiunta non risulta omogenea sull'intero territorio nazionale. Risulta, quindi, fondamentale promuovere e implementare programmi organici d'informazione per sensibilizzare le ragazze e, soprattutto i genitori sull'importanza cruciale del vaccino.

Strategico, in tale senso, il ruolo svolto da tutti gli operatori sanitari coinvolti (Pediatra di Libera Scelta, Medico di Medicina Generale, ginecologo, operatori dei centri vaccinali, ecc.), che rappresentano gli interlocutori diretti per gli utenti.

Tumori

■ **La prevalenza per tutti i tumori maligni è più elevata tra le donne, mentre la mortalità è maggiore tra gli uomini. Anche l'incidenza è più elevata per gli uomini, ma per le donne si osserva un aumento**

Prevalenza. Nel 2010, il tasso standardizzato di prevalenza di tutti i tumori maligni è più elevato tra le donne. Nello specifico, a livello nazionale, la prevalenza è pari a 2.757,94 (per 100.000) per il genere maschile e a 3.543,66 (per 100.000) per il genere femminile.

Considerando la distribuzione regionale, evidente è il gradiente Nord-Sud ed Isole a svantaggio del Settentrione. Infatti, i tassi più elevati si osservano al Nord (uomini Valle d'Aosta 3.425,61 per 100.000; donne Friuli Venezia Giulia 4.322,84 per 100.000), mentre i valori più bassi si registrano nel Meridione (Sicilia: uomini 1.789,53 per 100.000 e donne 2.080,70 per 100.000). Inoltre, dal confronto con i dati del 2007 si evidenzia un trend in aumento per entrambi i generi (uomini: +3,77%; don-

ne +6,41%).

Incidenza. Nel 2010, il tasso standardizzato d'incidenza di tutti i tumori maligni è più elevato tra gli uomini. Nello specifico, a livello nazionale, l'incidenza è pari a 429,19 (per 100.000) per il genere maschile e a 400,10 (per 100.000) per il genere femminile. Anche per l'incidenza, evidente è il gradiente Nord-Sud ed Isole a svantaggio delle regioni settentrionali. Per gli uomini, però, il valore più alto si osserva in Campania (523,06 per 100.000), mentre per le donne il tasso più elevato si registra in Friuli Venezia Giulia (473,02 per 100.000). I valori minori, invece, si rilevano, per entrambi i generi, nel Meridione (uomini: Calabria 360,10 per 100.000; donne Sicilia 284,21 per 100.000).

Da evidenziare, è l'andamento temporale dei tassi d'incidenza poiché, rispetto al 2007, si osserva un trend opposto tra i generi, che risulta in diminuzione per gli uomini (-3,65%) e lievemente in aumento per le donne (+1,15%).

Mortalità. Nel 2009, il tasso standardizzato di mortalità di tutti i tumori è per gli uomini, a livello nazionale, quasi il doppio (35,60 vs 19,39 per 100.000) e dal confronto con i dati del 2007 si evidenzia un trend in diminuzione più marcato per il genere maschile (-3,26% vs -1,07%). Evidente, anche per la mortalità, è il gradiente Nord-Sud ed Isole a svantaggio del Settentrione. Infatti, i tassi più elevati si osservano al Nord (Lombardia: uomini 39,56 per 100.000 e donne 21,60 per 100.000), mentre i valori più bassi si registrano nelle regioni meridionali (uomini Calabria 30,36 per 100.000; donne Molise 15,07 per 100.000).

Inoltre, in generale, i valori della mortalità tendono ad aumentare notevolmente al crescere dell'età raggiungendo il massimo nelle classi più anziane (65 anni ed oltre).

Malattie cardio e cerebrovascolari

■ Queste patologie rappresentano la causa principale di mortalità in quasi tutti gli Stati membri dell'Unione Europea, essendo state responsabili, nel 2010, del 36% delle morti. La mortalità per malattie ischemiche del cuore rappresenta da sola il 13% della mortalità generale negli Stati membri dell'UE. I dati italiani confermano, anche per il 2010, le marcate differenze di genere, con tassi di ospedalizzazione notevolmente superiori negli uomini

I dati sulle malattie ischemiche (ICD-9-CM 410-414) confermano, anche per il 2010, le marcate differenze di genere, con tassi di ospedalizzazione più che doppi negli uomini rispetto alle donne (dato nazionale 961,7 per 100.000 vs 341,1 per 100.000). A livello regionale, la Campania continua a essere la regione con i tassi più elevati per entrambi i generi (uomini: 1.301,6 per 100.000; donne: 468,6 per 100.000), seguita da Sicilia, Puglia e Calabria. Analizzando nello specifico l'Infarto Acuto del Miocardio (IMA) (ICD-9-CM 410), le donne confermano il loro vantaggio registrando dei tassi, a livello nazionale, notevolmente più bassi (rispettivamente, 144,6 per 100.000 vs 362,7 per 100.000). Nonostante il trend in diminuzione rispetto al 2008 però, è preoccupante la tendenza all'aumento dell'IMA particolarmente evidente per il genere femminile in Umbria, Sicilia e Calabria.

Nonostante il trend in diminuzione rispetto al 2008 però, è preoccupante la tendenza all'aumento dell'IMA particolarmente evidente per il genere femminile in Umbria, Sicilia e Calabria

Anche per le malattie cerebrovascolari (ICD-9-CM 430-438) si evidenziano, nel 2010, notevoli differenze di genere. Il tasso di ospedalizzazione negli uomini è superiore a quello delle donne quasi del 38% complessivamente, del 21% se si considera solo l'ictus ischemico (ICD-9-CM 434-437) e più del 53% per l'ictus emorragico (ICD-9-CM 430-432). Dal confronto dei dati con il 2008 si osserva una tendenza in aumento pari al 9,25% negli uomini e al 9,96% nelle donne. La Campania e la PA di Bolzano registrano i valori più elevati, nel complesso, per entrambi i generi cui segue, con riferimento alle sole donne, la Sicilia presentando anch'essa livelli alti di ospedalizzazione. Da segnalare, per quanto riguarda l'ictus ischemico, la notevole variabilità regionale soprattutto per il genere femminile, con un range compreso tra il valore minimo del Friuli Venezia Giulia (267,5 per 100.000) e il valore massimo della Campania (490,0 per 100.000). Passando all'analisi dei tassi di mortalità per le malattie ischemiche del cuore si osserva, nel 2009, come gli uomini siano più colpiti rispetto alle donne con valori quasi doppi (14,07 per 10.000 vs 7,79 per 10.000). Tale gap trova conferma anche a livello di singole regioni. Poiché i decessi per queste patologie avvengono prevalentemente in età elevata, la disaggregazione dei dati per classi di età può essere indicativa in un'ottica di pianificazione dei servizi socio-sanitari regionali. Dall'analisi si evince come gli over 75enni siano i più colpiti con una mortalità che passa da 3,09 (per 10.000) nella classe di età 45-54 anni a 114,53 (per 10.000) rispetto alle donne i cui valori, invece, passano da 0,55 (per 10.000) nella classe di età 45-54 anni a 87,52 (per 10.000). Tali differenze evidenziano come l'effetto dell'età sia più importante per il genere femminile.



PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA

I dati analizzati si riferiscono all'attività del 2010, cioè a tutti i cicli iniziati con una stimolazione o uno scongelamento nel periodo compreso tra il 1° gennaio ed il 31 dicembre 2010. Nell'anno esaminato, i centri che hanno svolto attività sull'intero territorio sono 357, di cui 155 di I livello e 202 di II e III livello. Di questi, però, soltanto 297 hanno effettivamente eseguito tecniche su pazienti. A livello nazionale, sono stati eseguiti 52.661 cicli e il relativo tasso di gravidanza è pari al 20,9%. Confrontando i dati con il 2008, si registra un aumento del numero di cicli (+19,58%) e del tasso di gravidanza (+3,98%). Questa tendenza può dipendere dalle modifiche apportate ai protocolli terapeutici dopo la sentenza della Corte Costituzionale n. 151/2009 che hanno determinato sia l'adeguamento dei nostri protocolli a quelli di altri Paesi europei, con

Salute materno-infantile

Parti effettuati nei punti nascita

Uno dei temi di maggiore rilievo in questo settore sanitario riguarda il numero e il livello qualitativo dei punti nascita. Negli ultimi anni, in base ad analisi formulate da esperti e Istituzioni, è emersa l'esigenza di riorganizzare l'intera rete d'assistenza del percorso nascita. A tal proposito, l'Accordo (pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 13 del 18 gennaio 2011) approvato dalla Conferenza Stato-Regioni prevede, tra le linee di azione riguardanti i punti nascita, la razionalizzazione/riduzione progressiva delle strutture con numero di parti <1.000 l'anno e il miglioramento degli aspetti strutturali e tecnologici delle strutture tramite la riorganizzazione delle Unità Operative di ostetricia, delle Unità Operative di pediatria/neonatologia e della Terapia Intensiva Neonatale. Secondo queste nuove disposizioni i punti nascita che assistono meno di 500 parti/anno scompariranno, mentre quelli tra 500-1.000 parti/anno saranno progressivamente accorpati. Di conseguenza, il parametro standard cui tendere è almeno 1.000 parti/anno e le strutture con numerosità inferiore, ma non sotto i 500 parti/anno, potranno essere previste solo in conformità a motivate valutazioni legate alla specificità dei bisogni reali delle aree geografiche interessate. La nuova organizzazione, pertanto, si articola su due livelli. Questo riassetto è stato progressivamente realizzato da Regioni e PA nel triennio 2010-2012. Poiché i dati disponibili riguardano il 2010, la descrizione dei punti nascita sul territorio nazionale considera la suddivisione in tre livelli (I livello almeno 500 parti, II livello almeno 800 parti, III livello almeno 1.000 parti), così come prevista dal DM del 24 aprile 2000 "Progetto Obiettivo Materno Infantile". In questo studio l'analisi dei dati è stata eseguita non considerando realtà regionali particolari come la Valle d'Aosta e la PA di Trento e Bolzano. Nel 2010, la rete di offerta dei punti nascita è diversamente distribuita sul territorio e i dati esaminati evidenziano che, a livello nazionale, il 7,37% dei parti (-19,01% rispetto al 2008) è avvenuto in punti nascita con un volume di attività <500 parti/anno. Per queste strutture, il cui numero di parti è ritenuto non soddisfacente a garantire uno standard qualitativo accettabile per le cure perinatali ospedaliere, i valori più alti si osservano in Molise (23,69%), Umbria (23,53%) e Sicilia (20,53%), mentre è stato escluso il dato dell'Umbria poiché non aderente alla realtà per motivi di copertura della rilevazione.

Considerando la classe di ampiezza >1.000 parti/anno, invece, le regioni in cui si registrano le percentuali maggiori sono l'Emilia-Romagna (92,68%), il Piemonte (88,43%) e il Veneto (87,24%), mentre i valori minori si osservano in Calabria (37,48%), Marche

(39,75%) e Sicilia (42,75%). Per gli altri punti nascita considerati risulta che, a livello nazionale, il 14,83% è eseguito in strutture dove si registrano 500-799 parti/anno e il 9,62% in strutture con un volume di attività 800-999 parti/anno. Infine, dalla lettura congiunta di tutte le classi di ampiezza si evince, in generale, un netto gradiente Nord-Sud a sfavore delle regioni meridionali.

Parti con Taglio Cesareo

Nel 2010, la percentuale di TC sul totale dei parti è pari, a livello nazionale, al 38,71%, con un range che varia da un minimo del 23,99% registrato in Friuli Venezia Giulia a un massimo del 61,72% registrato in Campania. Dal confronto con i dati del 2008 si registra una lieve diminuzione sia dei TC totali (-1,22%) che dei primari (-3,34%), mentre per i TC ripetuti si riscontra un valore in aumento (+3,88%). Evidente, per quanto riguarda i Tc totali, è la variabilità a livello regionale con valori tendenzialmente più alti e maggiori del dato italiano nel Lazio e nelle regioni meridionali. Il gradiente Nord-Sud, a svantaggio del Meridione, si osserva anche per i TC primari e secondari. In generale, in Italia il ricorso al TC ha raggiunto livelli molto elevati rispetto al valore di riferimento raccomandato dall'Oms (15-20%) e, nonostante una lieve riduzione registrata negli ultimi anni, non si è ancora evidenziata un'indicativa inversione di tendenza. Pertanto, fondamentale è la continua promozione, a livello regionale, aziendale e dei singoli professionisti, di strategie atte a limitare i Tc inappropriati.

Unità Operative di Terapia Intensiva Neonatale presenti nei punti nascita

Uno degli standard qualitativi, individuati dalle "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo", è la presenza di un'Unità Operativa di Terapia Intensiva Neonatale (Uotin) all'interno delle strutture dove hanno luogo almeno 1.000 parti annui. Nel 2010, nei 528 punti nascita presenti sull'intero territorio le Uotin sono presenti in 124 strutture di cui solo 102 collocate in punti nascita dove hanno luogo almeno 1.000 parti/annui. Delle restanti 22 Uotin ben 10, pari all'8,06%, sono collocate in punti nascita con meno di 800 parti/annui.

Questa distribuzione potrebbe determinare un'assistenza qualitativamente non adeguata ai neonati ad alto rischio di vita e un impiego inappropriato di risorse specialistiche e tecnologiche.

O.N.DA
SALUTE
DELLA DONNA
STATO DI SALUTE
E ASSISTENZA

conseguente riduzione del fenomeno della "migrazione" delle coppie italiane, sia il miglioramento dell'efficacia, consentendo di fecondare un numero di ovociti maggiore di tre e di scegliere di trasferire quelli che hanno una probabilità più alta, da un punto di vista biologico, di generare una gravidanza.

Dalla lettura dei dati, evidente è la variabilità regionale spiegabile dal ruolo accentratore che assumono alcune regioni. Nello specifico, tale ruolo è svolto dalla Lombardia e dall'Emilia-Romagna nel Nord, dal Lazio e dalla Toscana nel Centro e dalla Sicilia e dalla Campania nel Meridione. Importante è anche evidenziare che, considerando la distribuzione dei cicli iniziati secondo l'età delle pazienti stratificate in classi, le percentuali maggiori si osservano nelle fasce ≤34 e 35-39 anni.

A livello territoriale, le regioni con strutture dove si eseguono meno di 800 parti/annui, provviste di Uotin, sono il Veneto (1), la Liguria (1), la Toscana (1), il Lazio (2), l'Abruzzo (1), la Campania (2) e la Sicilia (2), mentre le regioni con strutture che eseguono 800-999 parti/annui, provviste di Uotin, sono il Piemonte (1), il Lazio (1), la Campania (5), la Calabria (1) e la Sicilia (4). Per quanto riguarda le Uotin presenti in punti nascita con più di 1.000 parti/annui, le uniche regioni prive di tali unità sono la Valle d'Aosta e la Basilicata.

GLI APPROFONDIMENTI DEL LIBRO BIANCO O.N.DA 2013

Depressione perinatale Claudio Mencacci, Roberta Anniverno

Malattie a trasmissione sessuale Rossella Nappi

Sclerosi multipla Giuliano Binetti

Riorganizzazione della rete dei punti nascita Rinaldo Zanini

Nascita pretermine Rinaldo Zanini

Gestione del dolore nelle donne Massimo Allegri, Cristina Minella

I costi della salute in ottica di genere

Diverse sono le Istituzioni che, a livello internazionale, chiedono e raccomandano che il determinante del "genere" sia tenuto in considerazione nella programmazione delle politiche sanitarie, quali l'Organizzazione delle Nazioni Unite, l'Unione Europea e l'Organizzazione Mondiale della Sanità. Adottare un'ottica di genere in materia di salute permetterebbe, infatti, di prevedere e valutare le differenze in termini di outcome terapeutici riscontrate tra uomo e donna, oltre

che l'impatto di fattori socio-economici e culturali. Vari studi hanno evidenziato tale problematica nella farmacologia, sia per quanto riguarda la farmacocinetica sia per la farmacodinamica. Una maggiore attenzione alla sicurezza dei farmaci trova giustificazione nel rischio di reazione avversa che nelle donne è quasi doppio (1,7 volte), con ripercussioni in termini assistenziali. Alle reazioni avverse, infatti, è imputabile un maggior numero di ricoveri ospedalieri (60% nelle donne) che incidono, in generale, sui costi del sistema sanitario. Pertanto, l'applicazione di una ricerca orientata al genere porterebbe alla liberazione di risorse da parte del Servizio Sanitario Nazionale, senza considerare anche i costi individuali e sociali associati a un rischio più elevato non solo di ospedalizzazione,

ma di mortalità conseguente a una reazione avversa. Difficile la stima in termini precisi del possibile risparmio per il Ssn se fosse applicata una medicina e farmacologia di genere. Gli studi presenti in letteratura si concentrano, soprattutto, sull'analisi dei costi indiretti relativi alla dimensione di appropriatezza del sistema. In particolare, è valutata soltanto la possibile perdita di produttività delle donne, sia di quelle attive nel mercato del lavoro, che di quelle che potrebbero trovare inserimento se fossero curate in modo appropriato. Un esempio evidente riguarda le malattie cardiovascolari, che sebbene colpiscano maggiormente gli uomini, negli ultimi anni hanno registrato una diminuzione più marcata nel genere maschile. Promuovere un'ottica di genere consentirebbe, quindi, di diminuire gli errori nella prescrizione delle cure, di aumentare la sicurezza dei trattamenti farmacologici e di assicurare un'adeguata appropriatezza terapeutica generando, così, un risparmio per il Ssn.

Walter Ricciardi*

Direttore Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane

CONCLUSIONI

Cosa emerge dalla lettura degli indicatori "al femminile"

Per mantenere alta l'attenzione da parte della comunità scientifica e di tutte le Istituzioni che si occupano di sanità, è stata pubblicato il nuovo Libro bianco *La salute della donna. Stato di salute e assistenza nelle regioni italiane*, con la consapevolezza che il "genere" è un parametro fondamentale nell'attività clinica e nella programmazione sanitaria per la realizzazione di una salute a misura di donna e di una medicina personalizzata. Infatti, la Medicina di genere, se promossa e applicata correttamente, consentirebbe di diminuire gli errori nella prescrizione delle cure, di aumentare la sicurezza dei trattamenti farmacologici e di assicurare un'adeguata appropriatezza terapeutica.

Il quadro che emerge dall'analisi dei dati evidenzia una condizione di benessere fisico complessivamente buona della popolazione femminile, ma rileva l'urgenza sia di promuovere campagne preventive più mirate e politiche socio-sanitarie in grado di assicurare il mantenimento e il miglioramento delle generali condizioni di salute, sia di favorire il potenziamento e/o l'adeguamento dell'offerta dei servizi, spesso insufficienti e poco rispondenti alle esigenze dell'utenza.

Partendo da un esame di contesto della popolazione in toto, sono stati analizzati una serie di indicatori "al femminile" la cui lettura trasversale ci ha permesso di evidenziare la situazione presente nel nostro Paese.

Dall'analisi dei dati è emerso, principalmente, quanto segue:

- la **quota dei giovani** sul totale della popolazione è contenuta, mentre il peso dei cittadini anziani e molto anziani è consistente;
- nelle età più avanzate si osserva uno sbilanciamento a favore delle donne;
- il **Tasso di fecondità** totale si mantiene su livelli prossimi a quelli registrati negli ultimi anni, ma resta inferiore al livello di sostituzione che garantirebbe il ricambio generazionale;
- l'incidenza della **povertà assoluta** riferita alle famiglie è in aumento;

- l'**aspettativa di vita** è a vantaggio del genere femminile, ma il divario, in "anni di vita guadagnati", continua a ridursi pur essendo ancora consistente;
- le donne vivono un **numero di anni** minore in **buona salute** pur avendo una speranza di vita maggiore;
- la **mortalità complessiva** è stabile per le donne e in diminuzione per gli uomini;
- la **quota di fumatori** è maggiore tra gli uomini, ma si evidenzia una lieve diminuzione per entrambi i generi;
- tra le tipologie di consumo a rischio di **alcol** il **binge drinking** è in aumento, soprattutto per gli uomini;
- entrambe le condizioni di **eccesso ponderale**, sovrappeso e obesità, sono in aumento per il genere femminile;
- le donne rappresentano la quota maggiore di "pigre";
- la **prevenzione oncologica** si è sviluppata molto nell'ambito dell'attività degli screening organizzati ed è migliorata quasi ovunque, anche se il gradiente tra Sud ed Isole, Centro e Nord persiste;
- la prevalenza per tutti i **tumori maligni** è più elevata tra le donne, mentre la mortalità è maggiore tra gli uomini. Anche l'incidenza è più elevata per gli uomini, ma per le donne si osserva un aumento;
- il tasso di ospedalizzazione per **disturbi psichici** da abuso di droghe è maggiore per gli uomini, ma in aumento per il genere femminile soprattutto nella classe di età 45-54 anni;
- la **mortalità per suicidio** aumenta con l'avanzare dell'età a svantaggio del genere maschile;
- il ricorso al **Taglio Cesareo** ha raggiunto livelli molto elevati e, nonostante una lieve riduzione registrata negli ultimi anni, non si è ancora evidenziata un'indicativa inversione di tendenza. I valori più alti si registrano nel Meridione, in particolare in Campania;
- il numero di cicli e il tasso di gravidanza con la **Procreazione Medicalmente Assistita** sono in aumento;
- la quota di consumo di farmaci è significativamente più alta per le donne;
- la componente femminile che lavora nel **settore sanitario** è cospicua.

Importante è anche la parte dedicata agli Approfondimenti e ai Box, nei quali sono state trattate problematiche e patologie tipicamente femminili o che si manifestano più frequentemente nelle donne, e le sezioni dedicate alla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e all'accesso all'innovazione farmaceutica. Riguardo a quest'ultima, evidente è la disomogeneità sul territorio che si riscontra, oltre che nell'applicazione del ticket, anche nelle modalità e nei tempi di adozione dei farmaci innovativi che variano in relazione alla regione di appartenenza, con significative conseguenze sull'equità. Il settore industriale farmaceutico sta investendo grossi capitali nella ricerca di tali farmaci che, determinando un'espansione della spesa, destano preoccupazione circa la sostenibilità dell'assistenza farmaceutica da parte del servizio pubblico. Riguardo alla sostenibilità del Ssn, invece, si manifesta la necessità di attuare profonde riforme di natura politica, economica e organizzativa finalizzate a migliorare l'efficienza del sistema e a impedire che questo imploda a causa delle innumerevoli criticità ancora irrisolte. Solo così sarà possibile difendere il livello di assistenza universalistica, introdotto nel 1978 con la nascita del Ssn. **In considerazione dei risultati emersi** e per non vanificare gli apprezzabili guadagni ottenuti in termini di salute e ridurre i differenziali territoriali che ancora persistono nel settore sanitario, l'obiettivo di questo Report è di continuare a evidenziare le aree d'intervento dove è necessario implementare e concentrare maggiormente l'attenzione per raggiungere livelli di assistenza più soddisfacenti nell'ottica, ovviamente, della Medicina di genere e di trasferire i risultati della ricerca ai responsabili istituzionali. Per raggiungere tali finalità, sarebbero indispensabili un miglior coordinamento delle politiche a livello nazionale, regionale e locale, una più corretta pianificazione e allocazione delle risorse, specialmente in questo periodo di crisi finanziaria globale e di ridimensionamento della spesa pubblica, ma soprattutto un maggior coinvolgimento delle donne affinché possano consapevolmente comprendere meglio le problematiche che le riguardano. **Y**