



QUINTA EDIZIONE DEL LIBRO BIANCO SULLA SALUTE DELLA DONNA

## Dalla salute al welfare al femminile



Osservatorio nazionale sulla salute della donna



FARMINDUSTRIA



Osservatorio nazionale sulla salute della donna

### LA SALUTE DELLA DONNA

Dalla salute al welfare al femminile

Libro bianco 2016



FrancoAngeli

Dal 2007 l'Osservatorio Nazionale sulla salute della donna pubblica, con ricorrenza biennale, grazie al supporto di Farmindustria, il Libro bianco sulla salute delle donne italiane. Questa quinta edizione, realizzata nell'anno del decennale dell'Osservatorio, presenta un'impostazione rinnovata rispetto alle precedenti per dare spazi di approfondimento alle patologie e alle tematiche di genere contemplate dal primo Manifesto sulla salute della donna presentato in Expo 2015 da Onda, in qualità di partner della Società civile. Gli argomenti sono molti e spaziano dalla sicurezza dei punti nascita, alla tutela della fertilità, dalla prevenzione cardiovascolare declinata al femminile alla depressione nei cicli vitali della donna, dallo stato dell'arte della ricerca oncologica in rosa alle problematiche associate a sovrappeso e obesità femminili, dal dolore cronico all'impatto delle malattie autoimmuni reumatiche sull'essere "donna", dalle demenze alla fragilità della donna anziana e alla violenza di genere. Altra novità è l'introduzione di un tema molto attuale, delicato e complesso, il welfare al femminile, in considerazione dell'impatto delle strategie di conciliazione non solo sulla produttività aziendale, ma anche sulla salute e sulla qualità della vita delle lavoratrici. Come approfondimento sono presentati i risultati di un'indagine conoscitiva realizzata da Onda, in cui è stato arruolato un campione di 800 donne di età compresa tra 18 e 64 anni, per esplorare come è cambiato il rapporto delle donne italiane con la propria salute negli ultimi dieci anni. A chiusura del Libro bianco, un contributo a firma dell'Agenzia Italiana del Farmaco offre preziosi spunti di riflessione sulla necessità di impegnare maggiori risorse nella farmacologia di genere a garanzia di una medicina sempre più fondata sulla centralità del paziente e sulla personalizzazione delle terapie. **Il volume si articola in quattro parti: La popolazione femminile, Salute delle donne e patologie di genere, Il welfare per le donne, Assistenza sanitario-assistenziale "a misura di donna". Alle pagine seguenti ve ne proponiamo un'ampia sintesi.**

## PREMESSA

## O.N.Da: quinto report sulla salute femminile Dieci anni di attenzione alla salute della donna

**Francesca Merzagora**

Presidente O.N.Da

Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna

**L**a quinta edizione del Libro bianco che ormai tradizionalmente fotografa lo stato di salute delle donne italiane, grazie al contributo di Farmindustria, viene quest'anno realizzato in concomitanza del decennale di Onda, Osservatorio costituito nel 2006 con l'intento di unire le forze e le competenze per promuovere in Italia la Medicina di genere e richiamare l'attenzione delle Istituzioni, del mondo scientifico-accademico e sanitario-assistenziale nonché della popolazione, sulla salute della donna. Una sfida intrapresa con idee e con slancio convinti che si potesse dare un contributo per modificare l'impostazione androcentrica della medicina che, fin dalle sue origini, relegava gli interessi per la salute femminile ai soli aspetti correlati alla riproduzione. Gli studi condotti in ambito clinico e farmacologico sono sempre stati, infatti, compiuti quasi esclusivamente sugli uomini, adattando poi i risultati alla donna, senza valutare che la biologia femminile può influenzare, talvolta in modo determinante, lo sviluppo e la progressione delle malattie. E questo malgrado le donne vivano più a lungo degli uomini, si ammalino di più e consumino più farmaci.

Sappiamo che i primi passi verso la Medicina di genere sono stati compiuti a partire dagli anni Novanta e da allora è stato avviato un numero sempre maggiore di studi dai quali sono emerse differenze significative tra donne e uomini, in particolare per il sistema cardiovascolare, nervoso e immunitario oltreché endocrinologico.

La letteratura scientifica, per esempio, riporta che le donne con infarto del miocardio vengono sottoposte a trattamento in ritardo rispetto agli uomini. Sono stati condotti molti studi in proposito, per comprendere le differenze biologiche e socio-culturali. Se è pur vero che a tutt'oggi permane una scarsa conoscenza del rischio, l'esperienza clinica evidenzia che le donne spesso lamentano sintomi atipici rispetto agli uomini, rendendo probabilmente molto più difficile l'interpretazione diagnostica delle manifestazioni con conseguente ritardo nell'accesso alle cure necessarie.

Le malattie autoimmuni, per fare un altro esempio, risultano molto più frequenti nelle donne: si pensi all'artrite reumatoide, al lupus eritematoso sistemico o alla sclerodermia.

In campo oncologico, alcune patologie considerate un tempo pressoché di esclusivo appannaggio maschile, colpiscono sempre più anche le donne anche per l'assunzione di stili di vita non corretti (per esempio, il fumo di sigaretta): incidenza e mortalità del tumore polmonare sono così aumentate anche nelle donne da diventare, in alcuni Paesi del mondo, la principale causa di morte per cancro femminile, superando addirittura il tumore della mammella.

A distanza di dieci anni, qualche passo avanti è stato compiuto: dall'istituzione nel 2012 della prima – e a oggi unica – Cattedra di Medicina di genere a Padova, alle molteplici Mozioni approvate in Parlamento sulle principali tematiche di salute femminili, all'istituzione della prima giornata nazionale dedicata alla salute della donna il 22 aprile 2016 da parte del Ministro Lorenzin, alla recentissima proposta di legge a firma dell'On. Paola Boldrini (maggio 2016) mirata a promuovere la Medicina di genere a tutti i livelli, dal Patto per la salute, alla formazione fino alla cura.

Una riflessione sull'importanza della salute della donna può derivare anche dall'analisi dei risultati di una recente indagine conoscitiva condotta in occasione del decennale di Onda, su un campione di 800 donne italiane per sondare come si evoluto nel tempo il loro rapporto con la propria salute. I dati sono interessanti: per l'80% del campione la salute rimane la priorità nel corso della vita strettamente legata ai comportamenti messi in atto per tutelarla, ma solo il 46% è soddisfatto di come riesce a gestirla e il 67% vorrebbe poter fare di più. Le donne curano la propria alimentazione (57%) e quasi la metà pratica regolarmente attività fisica (47%). Il livello di soddisfazione percepito risulta però inferiore a dieci anni fa e le patologie che impattano maggiormente sono legate alla salute mentale (ansia, depressione, psicosi).

Il passo avanti compiuto nei confronti del tumore al seno ova, grazie anche a figure come Umberto Veronesi, timori e paure sono stati superati grazie al superamento dello stigma e a un avvicinamento delle pazienti alle cure, deve essere ora compiuto nei confronti della salute mentale, destinata secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, a diventare entro il 2030 la principale malattia cronica. E sappiamo quanto le donne ne siano coinvolte, basti pensare,



## INTRODUZIONE

## Il nostro contributo nella progettazione del futuro in rosa

**Massimo Scaccabarozzi**

Presidente Farmindustria

**L**o decennale di Onda, con la quinta edizione del suo Libro bianco, è un'occasione preziosa per una realtà come Farmindustria, da anni impegnata nel far conoscere sempre meglio, con iniziative ad hoc, l'importanza della Medicina di genere e nel dialogare costruttivamente con le Autorità competenti, perché le procedure siano rese in tempi brevi più efficienti.

Un lavoro di squadra fatto insieme a Onda e a tutti gli attori del sistema, che ha contribuito a portare a una più chiara coscienza delle specificità della salute femminile e delle problematiche a essa connesse.

I progressi di quest'ultimo decennio nelle conoscenze medico-scientifiche sulla salute della donna devono però concretizzarsi nelle politiche e nelle pratiche socio-sanitarie.

Nessuno meglio delle imprese del farmaco comprende i tempi e le dinamiche delle scoperte scientifiche e del loro impatto sulla società. Proprio per questo hanno la "carica" necessaria per dare un contributo nella progettazione del futuro in rosa.

Sfogliando i capitoli del Libro bianco salta agli occhi che la salute delle donne è interconnessa a tutti gli ambiti del sistema sociale. Un concetto che in un paese moderno come il nostro non bisogna stancarsi di ribadire, tenendo alta l'attenzione degli attori coinvolti.

In questo denso e ricchissimo studio emergono le caratteristiche del mondo femminile ben presenti a chi si occupa di salute per vocazione personale e industriale.

Il successo delle donne è parte del successo dell'industria farmaceutica nel cambiare in meglio la vita di milioni di persone.

Nelle nostre imprese sono tante e con ruoli di massima responsabilità (capi azienda, direttori, dirigenti). Proprio per questo sono molti i servizi di welfare aziendale su misura, che favoriscono il bilanciamento tra sfera personale e carriera.

Siamo un microcosmo che riflette quello che una società può fare per dare la dovuta attenzione alle necessità mediche, sociali e professionali.

A dieci anni dall'inizio di questo percorso, Farmindustria è qui, con le amiche e gli amici di Onda, perché il lavoro sinora svolto, punto di riferimento autorevolissimo per tutti i protagonisti del Sistema-paese, sia ancora più efficace per il vero progresso della società e per il benessere delle donne. **Y**



per esempio, all'incidenza più che doppia della depressione (rispetto agli uomini) nei principali cicli vitali femminili.

La donna è al centro dell'attenzione di Onda sia come "malata", perché vivendo a lungo si ammalia e necessita più cure, sia perché è lei prevalentemente a ricoprire il ruolo di *caregiver*: attenta e scrupolosa nel processo di cura e assistenza degli altri in molti casi – come abbiamo verificato nei nostri studi – trascura la propria salute.

La donna è anche colei che usufruisce maggiormente del Servizio Sanitario Nazionale in termini di giornate di degenza in ospedale: l'idea intuitiva di Alberto Costa di premiare le realtà più virtuose segnalando all'opinione pubblica per consentire una scelta più consapevole del luogo dove farsi curare, si è concretizzata anni fa nei Bollini Rosa ([www.bollinirosa.it](http://www.bollinirosa.it)), un circuito di ospedali italiani particolarmente attenti sotto il profilo della cura e dell'assistenza all'utenza rosa. Un network di 250 ospedali che, in occasione di giornate dedicate a talune patologie di interesse femminile, organizzano con il nostro supporto Open day, offrendo alle donne servizi gratuiti clinico-diagnostici e informativi. L'obiettivo è avvicinare la popolazione femminile alle cure nonché sensibilizzarla sulle patologie di maggior impatto clinico ed epidemiologico.

Il futuro prossimo di Onda è già scritto: la popolazione italiana invecchia, le donne vivono più anni rispetto agli uomini e la presa in carico degli anziani in una società ove la struttura familiare si è profondamente modificata (figli che lavorano più a lungo prima di poter arrivare alla pensione o che sono all'estero) è un tema complesso. L'assistenza domiciliare con l'ausilio delle badanti è la soluzione scelta da molte famiglie, ma gli anziani sono sempre più spesso ricoverati in Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) di lungo degenza, di cui oltre il 75% degli ospiti è di sesso femminile.

Analogamente ai Bollini Rosa agli ospedali, Onda ha intrapreso per la popolazione anziana il percorso di riconoscimento e segnalazione alle famiglie delle strutture con caratteristiche (di accoglienza, calore, rispetto e tolleranza oltre che adeguate sotto il profilo clinico, terapeutico, riabilitativo e socio-relazionale) indispensabili per inserire

un proprio caro al loro interno. I Bollini RosaArgento ([www.bollini-rosargento.it](http://www.bollini-rosargento.it)), patrocinati dalle Società scientifiche di riferimento in ambito geriatrico, connoteranno dunque le RSA virtuose, orientando nella scelta del luogo di ricovero di un proprio caro. Onda avvierà al loro interno e con la loro collaborazione, attività di formazione e orientamento alle famiglie in un processo di crescita per la tutela della vita dell'anziano ricoverato.

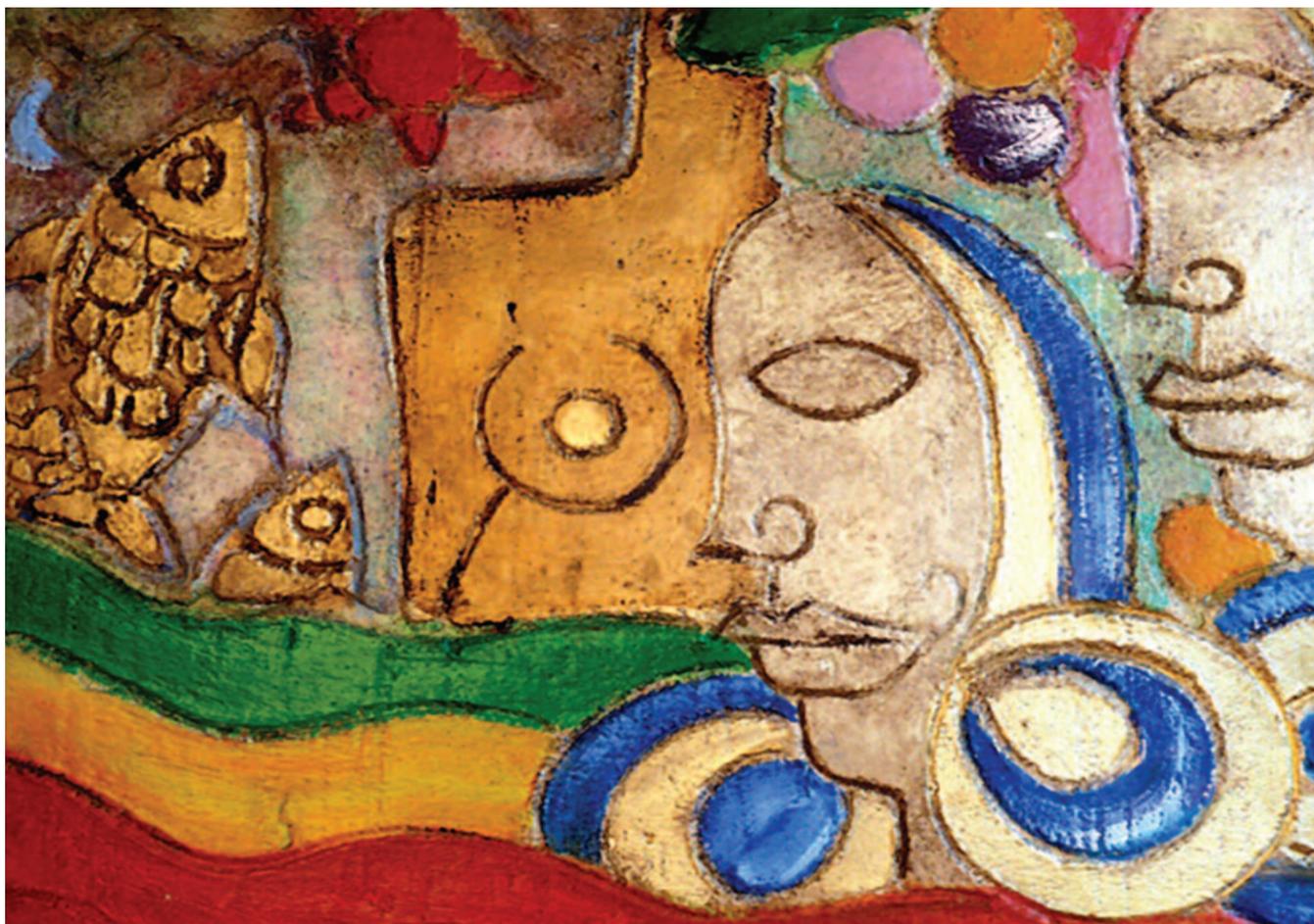
Questa edizione del Libro bianco viene pubblicata nell'anno del decennale di Onda e segue l'esperienza di EXPO 2015, in cui si è concretizzata la partnership dell'Osservatorio come Società civile e dove è stato presentato il primo Manifesto sulla salute della donna (allegato in appendice).

Per questo motivo la struttura del volume di quest'anno è stata modificata rispetto all'impostazione di tradizione ormai consolidata: abbiamo previsto una prima parte con una sezione dedicata alla popolazione femminile (struttura demografica, fertilità, speranza di vita, mortalità), una dedicata ai servizi sanitari (ospedalizzazione, uso di farmaci, screening oncologici) e una legata ai fattori di rischio e agli stili di vita (fumo, consumo di alcol, sovrappeso e obesità, attività fisica).

Le patologie e tematiche di genere che vengono analizzate nella seconda parte del Libro riflettono l'impostazione del Manifesto sulla salute della donna e comprendono: punti nascita, salute sessuale e riproduttiva, prevenzione cardiovascolare, depressione, oncologia, sovrappeso e obesità, dolore cronico, malattie reumatiche auto-immuni, demenze, tutela della donna anziana e violenza di genere.

Quest'anno, inoltre, a seguito dell'incontro organizzato da Farindustria "Le Donne per la Farmaceutica, la Farmaceutica per le Donne", si è deciso di inserire nel volume uno spazio dedicato al welfare femminile: sappiamo del resto quanto le relazioni industriali, se improntate nel segno della responsabilità sociale, migliorino non solo la produttività aziendale, ma anche la qualità della vita delle lavoratrici. Temi quali le politiche di conciliazione, il welfare contrattuale, le pensioni e i loro riflessi sulla salute femminile, nonché un'analisi del welfare aziendale in particolare nel settore farmaceutico, dove vi sono molte donne in posizioni apicali e dove vige una grande attenzione alle lavoratrici, arricchiscono il volume, offrendo nuovi spunti di interesse e riflessione.

Desidero ringraziare per la realizzazione del Libro, Farindustria, tutti coloro che hanno scritto un contributo, coloro che lavorano nei Bollini Rosa e in altre realtà a fianco di Onda per la promozione della salute della donna, che riteniamo ancora un valore importante a cui riservare molte energie in futuro. **Y**



## INTRODUZIONE

# Puntare le luci sull'intero arco della vita di una donna, a partire dalla ricerca biomedica per arrivare ai farmaci innovativi

**Emilia Grazia De Biasi**

Presidente, Commissione Igiene e Sanità, Senato della Repubblica

**A** che punto è la salute delle donne nel nostro Paese? Una prima risposta proviene da questo volume e ci consente di svolgere qualche considerazione sui cambiamenti nel rapporto fra donne e salute, un piccolo bilancio sulla Medicina di genere e non solo.

In questi anni sono cambiate molte cose, le donne sono diventate più consapevoli di loro stesse, la loro presenza nel mondo del lavoro è divenuta sempre di più strutturale, eppure Istituzioni, politica e società non hanno sempre accolto il grande valore della libertà femminile. Ci siamo ribellate all'idea che la nostra salute fosse prevalentemente quella legata alla riproduzione, ma oggi siamo costrette a ritornare con forza alla difesa proprio di quella salute che per lungo tempo avevamo considerato una sorta di confinamento identitario da consegnare alla sfera dei diritti acquisiti. Non vi è dubbio che molte conquiste siano messe in discussione da leggi o da mancate applicazioni di leggi: la "194" – la legge sull'interruzione volontaria di gravidanza – con l'alto numero di obiettori di coscienza, l'assenza di politiche per la prevenzione (Papilloma virus, per esempio!), il persistente rifiuto – tutto italiano – di momenti di informazione e di educazione dei ragazzi e delle ragazze alla consapevolezza della propria sessualità, i consultori divenuti servizi deboli con scarsi profili professionali. E ancora: la Legge 40, abbattuta pezzo per pezzo dalle sentenze della Corte Costituzionale, tutta da riscrivere, la cui riforma è oggi all'attenzione della Commissione

del Senato che ho l'onore di presiedere: avrebbe dovuto occuparsi della sterilità ed è invece diventata una massa di divieti a una parte dei quali rispondono le recenti Linee Guida del Ministero della Salute. Credo, perciò, che oggi si imponga un vero e proprio progetto obiettivo sulla salute riproduttiva, che comprenda l'intero arco della vita riproduttiva delle donne, dall'adolescenza fino alla menopausa, e che sappia parlare di corpo e di mente (basti pensare alla depressione post partum), che abbia al centro la libertà e la responsabilità delle donne nella scelta della maternità e che diventi un capitolo importante nei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza di prossima approvazione. Non tutto si può risolvere in una dimensione assistenziale, poiché gli ostacoli sociali ed economici alla maternità e alla genitorialità in generale sono ancora molto forti e vanno messe a punto politiche efficaci nel lavoro, per i congedi parentali, per la casa, per la rete di servizi sociali ed educativi, a partire dai nidi, che siano in grado di favorire la scelta di genitorialità, politiche che sappiano intrecciarsi con quelle della salute riproduttiva. Ma, e questo è il punto, tutto ruota attorno al corpo delle donne, e mi viene da dire che forse avremmo bisogno di puntare le luci sull'intero arco della vita di una donna, a partire dalla ricerca biomedica per arrivare ai farmaci innovativi e alla farmacopea di genere, che ha fatto negli ultimi tempi enormi passi in avanti: finalmente si riconosce che uomini e donne sono differenti, che hanno differenti reazioni ai farmaci e che dunque è possibile curare in modo meno invasivo.

Il nostro corpo è uno e cambia col passare degli anni: è troppo chiedere che sia la medicina ad adeguarsi a questi cambiamenti? È troppo pretendere di rompere stereotipi antichi e dannosi e cominciare a pensare che ogni fase della vita di una donna richiede una nuova attenzione, ugualmente improntata alla dignità della persona? Non è arrivato il momento di affermare il diritto alla salute dalla nascita fino alla fine della vita? È un appello che rivolgo al mondo della ricerca, della medicina, delle imprese, ma anche alle Istituzioni nazionali e regionali e alla politica, se non vogliamo che

quest'ultima venga ancora una volta superata da una società più consapevole. L'indifferenza è un male grande, superato solo dalla mancanza di azioni concrete: mi riferisco alla violenza contro le donne, alla barbarie planetaria che anche in casa nostra miete vittime quotidiane e a quanto sia importante agire più che parlare, prevenire – con uno sforzo culturale immane ma non impossibile – con servizi e punti di riferimento che non lascino le donne in solitudine e angoscia. C'è ancora molto, moltissimo da fare, ma è questione di civiltà. Infine fra le bellissime imprese di Onda, a cui deve andare il ringraziamento di tutte noi, vorrei citare i mitici Bollini Rosa. Convincere le impermeabili strutture ospedaliere ad aprirsi alla salute delle donne non deve essere stato facile, ma i risultati sono notevoli e parlano di impegno civile, di tenacia, di speranza.

Francesca Merzagora e tutto lo staff di Onda sono un bell'esempio di cosa significhi mettere in relazione scienza, Istituzioni e società al servizio del bene prezioso della salute, che anche grazie a loro, oggi parla anche con voce di donna. **Y**



## INTRODUZIONE

## Una Medicina di genere per un'etica della cura diffusa e condivisa

**Vanna Iori**

Professore ordinario di Pedagogia presso Università Cattolica di Milano  
Deputata, Commissione Giustizia e Commissione parlamentare per l'infanzia e l'adolescenza

In occasione del decennale di Onda, Osservatorio nazionale sulla salute della donna, che tanto ha contribuito a promuovere in Italia la Medicina di genere, sono onorata di poter offrire un piccolo apporto di riflessioni finalizzato a valorizzare la differenza biologica, e quindi terapeutica, del corpo femminile all'interno di una tradizione medica androcentrica. Vorrei basare queste riflessioni sul concetto a mio avviso sempre decisivo dell'"essere un corpo", e un corpo sessuato. Il che risulta significativo non solo per gli organi riproduttivi, nei quali la medicina tradizionale ha ravvisato la sola specificità e differenza femminile, ma per tutta la dimensione corporea, per ogni malattia, per le terapie e per i vissuti stessi della salute e della malattia.

La necessità di una riflessione sul corpo femminile e sulle sue patologie, in considerazione del nostro "essere un corpo sessuato", risulta scarsamente rilevante nella formazione medica tradizionale, fortemente improntata a una visione androcentrica. Il corpo femminile è continuamente ricondotto, da un lato, alla sessualità, dall'altro alla procreazione. Ma nel complesso intreccio di vissuti deter-

minati dalla nascita, quel corpo che si trasforma per accogliere una vita e i mesi trascorsi nel grembo di una donna sono un'esperienza originaria di cui rimane l'impronta per tutta la vita. Poiché il corpo femminile a generare la vita, da sempre nella nascita si esprimono quelle competenze "di genere" che hanno alimentato la profonda sapienza accuditiva e di cura da cui gli uomini si sono tradizionalmente estraniati.

Negli ultimi anni il padre è entrato, con imbarazzo e timore, nella sala parto e accompagna la madre nei percorsi di preparazione al parto, a conferma delle trasformazioni in atto nella percezione dell'esperienza generativa come esperienza che non riguarda più solo la donna, ma coinvolge anche gli uomini.

Le differenze tra i percorsi di genere e il coinvolgimento corporeo così radicalmente diverso rendono tuttavia questa esperienza, anche quando condivisa, profondamente differente per i padri e per le madri. Se la generatività è duale, la nascita avviene da un corpo di donna e sono quindi diversi i modi e i tempi della paternità e della maternità. Le donne ricevono segnali biologici e orientamenti educativi che da sempre indicano la ma-

ternità come una possibile predestinazione (assunta o respinta che sia); negli uomini, al contrario, l'idea di virilità si costruisce al di fuori di quella di paternità. Inoltre le donne custodiscono un dialogo con il figlio già durante i mesi della gestazione, mentre per i padri l'assunzione del ruolo genitoriale si costruisce molto più tardivamente. Quando la donna-madre "annuncia" al proprio partner il suo stato, da quel momento ha inizio, per il padre, un lento accesso alla genitorialità, vissuto tuttavia nell'originaria estraneità corporea, oltre che psicologica e culturale.

Gli uomini, per quanto partecipi, diventano padri soltanto quando tengono tra le braccia il loro figlio. E talvolta neppure allora. L'elaborazione della paternità resta per lungo tempo più razionale che emotiva. La partecipazione al momento della nascita e la presenza in sala parto non sempre poi si traduce in una condivisione di cura educativa.

Il cambiamento in atto nei ruoli di coppia ha trasformato anche l'identità maschile e induce un numero crescente di padri a sottrarsi agli stereotipi della virilità tradizionale, basata sulla forza e sulla durezza. La tradizionale "assenza" educativa paterna si sta lentamente trasformando in una consapevolezza del ruolo formativo maschile, anche se questo richiede di inventare nuovi modelli di virilità e di paternità comprendenti anche la tenerezza.

Le madri rappresentano il fulcro delle relazioni di cura assumendo una funzione molto più vasta di quella biologica: riprodurre l'umanità, ovvero mettere al mondo il mondo o, come afferma Edith Stein, "proteggere, custodire e portare al suo sviluppo l'umanità vera". Pur tra mille difficoltà nel sottrarsi agli stereotipi



imposti ai rispettivi ruoli e all'originaria asimmetria, i nuovi padri e le nuove madri stanno oggi costruendo percorsi di maggiore reciprocità e simmetria relazionale e comunicativa.

Aver cura della vita è un'attitudine che si concretizza nella premura verso i figli e nella maggiore propensione a condividere le pratiche di cura (preoccupazione, responsabilità, sollecitudine, attenzione, oltre che accudimento).

Riconoscere il valore di questa cultura della cura significa costruire, attorno alla nascita, una cultura di cui non sono depositarie soltanto le madri (nella funzione riproduttiva), ma anche i padri in quanto, nella cura dei figli, si creano i presupposti per custodire e affermare l'etica della cura.

Per favorire la crescente umanizzazione del mettere al mondo e del crescere i figli, l'incontro tra scienze mediche e saperi della cura consente di ripensare la durezza di un sapere medico che si affida alle tecniche e diffondere un'etica della cura condivisa dove prendersi cura dei figli non sia disgiunto dall'etica della responsabilità diffusa in senso sociale e civile. **Y**

## SINTESI

## PARTE PRIMA

## La popolazione femminile italiana

■ I principali dati epidemiologici e i determinanti di salute relativi alla popolazione femminile tratti dai dati dell'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane (Rapporto Osservasalute 2015)

**Le donne sono ancora in vantaggio rispetto agli uomini in termini di longevità:** la speranza di vita alla nascita è di 85.0 per le donne rispetto a 80.3 anni per gli uomini. Anche se negli anni più recenti si è registrato un incremento più favorevole per gli uomini, il vantaggio femminile rimane ancora significativo, passando da 5 anni di distanza nel 2010 a 4.7 nel 2014. Considerando la popolazione ultra-65enne si rileva, all'aumentare dell'età, un incremento percentuale della componente femminile sul totale che raggiunge il 68.9% nel segmento di popolazione oltre gli 85 anni.

**Le malattie cerebro-vascolari e ischemiche del cuore rappresentano le prime cause di morte** nella popolazione femminile mentre il cancro al seno si conferma la prima causa di morte oncologica, seguito dal tumore del colon retto.

Dall'analisi dei determinanti di salute emerge un maggior consumo di alcol e uso di tabacco presso la popolazione maschile senza differenze significative rispetto

alla precedente rilevazione del 2013. Seppur gli uomini si dichiarino più attivi fisicamente (il 27.1% pratica sport con continuità contro il 7% delle donne), la prevalenza di sovrappeso e obesità risulta maggiore presso la popolazione maschile.

**Per il genere femminile i ricoveri ospedalieri** si concentrano nella fascia di età tra i 30 e i 40 anni, fenomeno ragionevolmente imputabile al parto, e per età maggiore di 85 anni, quale conseguenza della maggior longevità delle donne (dati SDO 2014).

**Per quanto riguarda l'uso di farmaci,** differenze di genere sono evidenziabili nella fascia di età tra i 15 e i 64 anni, in cui le donne mostrano una prevalenza media d'uso dei medicinali superiore a quella degli uomini, con una differenza assoluta del 10% (Rapporto Osmed 2015). **Y**



## PREFAZIONE

## Siamo solo all'inizio del processo di inclusione della Medicina di genere in tutte le branche mediche

**Walter Ricciardi**

Presidente Istituto Superiore di Sanità

**L**a dimensione di "genere" in salute è uno dei parametri basilari e assolutamente non trascurabili nell'ambito dell'attività clinica e della programmazione e organizzazione dell'offerta sanitaria di ogni Paese.

Infatti, per garantire a ogni individuo, maschio o femmina, la tutela del proprio benessere e il migliore approccio clinico, diagnostico e terapeutico, non si può prescindere dal considerare il genere come fattore determinante.

È per questo che l'Osservatorio nazionale sulla salute della donna ha posto al centro della propria mission il riconoscimento della Medicina di genere e la tutela della salute femminile.

Con il riconoscimento di questa nuova disciplina medica, lo studio sulla salute della donna non sarà più circoscritto alle sole patologie esclusivamente femminili che colpiscono mammella, utero e ovaie, ma rientrerà nell'ambito della Medicina genere-specifica che, paralle-

lamente al fattore età, tenga conto che il bambino non è un piccolo adulto, che la donna non è un sosia dell'uomo e che l'anziano ha caratteristiche mediche ancora più peculiari.

Solo procedendo in questa direzione sarà possibile garantire a tutti l'appropriatezza terapeutica e, quindi, la personalizzazione delle terapie, con conseguente vera centralità del paziente.

La Medicina di genere è, oggi, un argomento molto dibattuto su cui si confrontano non solo le Società Scientifiche, ma più in generale tutte le Istituzioni che hanno come obiettivo la promozione della salute, in tutti i suoi vari aspetti, secondo le indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. In Italia tutti i principali Enti istituzionali, quali il Ministero della Salute, l'Istituto Superiore di Sanità, l'Agenzia Italiana del Farmaco e l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, dedicano al riconoscimento scientifico dell'importanza del genere vari Progetti di ricerca per cercare di giungere a una ottimizzazione delle cure in un'ottica di equità.

Grazie all'attenzione posta a questa importante tematica si sta assistendo, in questi ultimi anni, a un cambiamento riguardo sia il non relegare gli interessi per la salute femminile ai soli aspetti specifici correlati alla riproduzione, ma anche il porre un'attenzione particolare a diverse patologie un tempo ritenute tipicamente maschili e l'inserimento delle donne, in

modo paritetico, in molte sperimentazioni cliniche di farmaci e dispositivi medici.

Questi "cambiamenti" sono, però, da considerarsi solamente un inizio del processo di identificazione e inclusione della Medicina di genere in tutte le branche mediche.

L'inclusione del determinante genere nella pratica sanitaria prevede altresì una ridefinizione dei percorsi, nonché dei processi formativi, che influenzeranno l'organizzazione e la programmazione di tutta la rete dell'offerta sanitaria.

L'auspicio è che la Medicina genere-spe-

cifica raggiunga in tempi brevi quel riconoscimento scientifico tale da essere inclusa nell'ambito del "sapere medico" e che le conoscenze riguardanti le diversità evidenziate nei percorsi preventivi, diagnostici, terapeutici e assistenziali tra uomini e donne vengano incluse nelle Linee Guida per garantire processi di cura personalizzati e metodologicamente corretti. **Y**



## PARTE SECONDA

## Salute delle donne e patologie di genere

### Punti nascita: obiettivo sicurezza per la donna e il neonato

a cura di: R. Zanini, N. Orthmann

■ **Si stima che circa il 10% dei parti avvenga ancora in luoghi considerati non sicuri**, impreparati alle emergenze. L'obiettivo cui puntare è quello di creare una rete nazionale di punti nascita sicuri in cui il volume di attività risulti non inferiore ai 500 parti/anno, valore minimo considerato a "garanzia" di sufficiente esperienza e adeguata organizzazione. Altro requisito indispensabile è la copertura H24 di ginecologo, ostetrica, anestesista e neonatologo/pediatra. Un percorso nascita sicuro necessita dunque di requisiti strutturali e organizzativi minimi che, pur non potendo azzerare completamente i rischi intrinsecamente correlati alla gestazione e al parto, offrano alla donna e al suo bambino la massima garanzia possibile di sicurezza.

Secondo gli ultimi dati delle Schede di dimissioni ospedaliere (2014), le strutture in cui si registra un volume di attività inferiore ai 500 parti l'anno rappresentano circa

il 28.1% (nel 2010 erano pari al 28.9%) e in base ai dati registrati nell'ultimo Rapporto CeDAP, delle 128 TIN presenti nei 526 punti nascita rilevati, soltanto 107 si trovano in punti nascita con un volume di parti annui >1.000.

### Salute sessuale e riproduttiva: verso il Piano nazionale per la fertilità

a cura di: R. Nappi

■ **Lo scenario italiano, caratterizzato da una forte deflessione delle nascite** (il tasso di fecondità totale è pari a 1.39 figli per donna) e dal progressivo innalzamento dell'età materna alla prima gravidanza (che si è spostata dai 23/25 anni del 1970 agli attuali 31.4), impone di intervenire rapidamente per avviare un rinnovamento culturale in tema di procreazione che, fondato sul valore individuale e sociale della maternità, promuova un momento riproduttivo consapevole e nelle migliori condizioni biologiche e psicologiche possibili. Con l'obiettivo di sviluppare strategie intersettoriali e interistituzionali a sostegno della genitorialità e di promuovere politiche sanitarie ed educative per la tutela della fertilità, il Ministero della Salute ha presentato il Piano nazionale per la fertilità elaborato sulla base del lavoro del "Tavolo consultivo in materia di tutela e conoscenza della fertilità e prevenzione delle cause di infertilità". Nell'ambito delle attività sanitario-assistenziali, il Piano contempla anche l'aspetto della tutela e della

conservazione della fertilità nei pazienti oncologici prevedendo, presso un numero geograficamente equilibrato di Unità Organizzative di Medicina e Chirurgia della fertilità, la collocazione di Centri di Oncofertilità.

### Prevenzione cardiovascolare al femminile

a cura di: M. Penco, S. Gallina, V. Bucciarelli, S. Maffei

■ **È ormai accertato che le malattie cardiovascolari (MCV) non sono più un problema esclusivamente del genere maschile**, ma costituiscono la principale causa di mortalità e disabilità nella popolazione femminile di età superiore ai 50 anni. Nel genere femminile le MCV hanno un esordio posticipato di circa 10-15 anni rispetto a quanto accade negli uomini, poiché gli estrogeni ovarici, prodotti nel corso della vita fertile, svolgono un'azione protettiva sull'apparato cardiovascolare.

Ai fattori di rischio "tradizionali" per MCV (ipertensione arteriosa, tabagismo, diabete mellito, sovrappeso, familiarità per cardiopatie, età) si sono via via aggiunti altri fattori di rischio, definiti "emergenti", specifici per il genere femminile tra cui troviamo sia patologie più frequenti nelle donne come disordini trombotici e malattie autoimmuni, sia condizioni propriamente femminili quali sindrome dell'ovaio policistico, complicanze del periodo gravidico e menopausa.

Oltre a sensibilizzare la popolazione femminile su questi

► **Segue a pagina 24**

► **Segue da pagina 23**

aspetti, è di fondamentale importanza diffondere nella comunità scientifica le armi conoscitive per assicurare a queste pazienti precocità di diagnosi e adeguata stratificazione del rischio, appropriatezza degli interventi terapeutici invasivi e farmacologici, maggiore accesso ai programmi di riabilitazione cardiovascolare e, soprattutto, maggiore coinvolgimento nei trial clinici.

## Depressione nei cicli vitali della donna

a cura di: C. Mencacci, GC. Cerveri

■ **Il 30% di tutte le patologie femminili riguarda l'area della salute mentale** (malattie psichiatriche e neurologiche). Protagonista in questo scenario è la depressione maggiore che colpisce le donne da due a tre volte più degli uomini, dall'adolescenza all'età adulta e che spesso si accompagna ad altri disturbi psichici tipicamente declinati al femminile, come ansia, disturbi del sonno e del comportamento alimentare. Oltre ad avere un'umentata possibilità di ammalarsi nel corso della vita e a riferire, rispetto agli uomini, un maggior numero di sintomi, le donne presentano una maggiore durata degli episodi.

Le origini della depressione femminile sono complesse e certamente multifattoriali; al di là di una componente genetica, tra i diversi fattori causali viene riconosciuto, come noto, il ruolo degli ormoni femminili. Gli studi internazionali in materia evidenziano un rischio di depressione che coinvolge l'intero ciclo riproduttivo della donna, dai 15 ai 45 anni, risultando maggiore in alcune stagioni della vita, caratterizzate da grandi cambiamenti e riadattamenti - non solo biologici ma anche psicologici - quali il periodo perinatale (dalla gravidanza al post partum) e il climaterio cui il capitolo dedica ampio spazio di approfondimento.

## Oncologia al femminile: prevenzione e ricerca. A che punto siamo?

a cura di: A. Albini

■ **Siamo entrati nell'era della medicina delle "4 P"**: personalizzata, predittiva, preventiva e partecipativa, qualcosa di particolarmente vicino alle donne. Prevenzione primaria e diagnosi precoce restano le principali armi di difesa mentre per gli aspetti terapeutici sono stati fatti enormi progressi grazie agli innovativi farmaci a target, in affiancamento alle tradizionali chemio e radioterapie: agendo su specifici bersagli, risultano più efficaci e consentono un miglioramento della prognosi oncologica, a fronte di una minor tossicità. Tra le nuove frontiere terapeutiche dell'oncologia risultano l'immunoterapia, che si basa sulla stimolazione delle cellule del sistema immunitario per "attaccare" il cancro, e i farmaci contro l'angiogenesi che distruggono il tumore non andandolo a colpire direttamente ma bloccando i vasi sanguigni che lo nutrono. Combattere i vasi neoformati significa prendere il cancro "per fame" o soffocarlo.

Il contributo della ricerca ai progressi della terapia è stato particolarmente significativo per il cancro della mammella, in quanto quasi tutti i nuovi farmaci sono derivati dall'impegno internazionale della ricerca che ne ha studiato i meccanismi. Grandi aspettative per il prossimo futuro si concentrano, nell'ambito dell'oncologia femminile, sul tumore ovarico.



## Sovrappeso e obesità femminili

a cura di: M. Porrini

■ **I dati degli ultimi anni sulla prevalenza di sovrappeso e obesità** a livello globale sono estremamente preoccupanti: quella che era considerata una epidemia è ora descritta come una pandemia. Secondo recenti dati, anche in Italia il problema è lontano dall'essere risolto, tuttavia la percentuale di adulti sovrappeso e obesi è aumentata solo leggermente dal 2000 e negli ultimi anni si è stabilizzata, rimanendo al di sotto delle passate proiezioni: il sovrappeso riguarda il 40% della popolazione, l'obesità il 9.5%

delle donne e l'11.3% degli uomini.

Sebbene uomini e donne siano vulnerabili all'obesità, l'incidenza, come pure gli effetti sulla salute, variano considerevolmente rispetto al genere;

i fattori in gioco sono numerosi, primo tra tutti il dimorfismo sessuale dell'adiposità (le donne hanno una quantità totale di grasso corporeo superiore a quella degli uomini e nell'età fertile accumulano più grassi nel tessuto sottocutaneo prevalentemente a livello gluteo-femorale, risultando più sensibili all'obesità cosiddetta periferica) a cui si associano fattori personali, socio-economici e culturali la cui miglior comprensione potrebbe avere interessanti risvolti nell'applicazione clinica oltre che nella prevenzione.

## Terapia del dolore: una questione di genere. Perché è importante considerare il dolore specifico nella donna

a cura di: A. Valente, R. Di Pasquale, M. Allegri

■ **Secondo i dati prodotti dalla International Association for the Study of Pain (IASP)** in Occidente circa dodici milioni di donne soffrono di dolore cronico. Tra le cause più comuni si annoverano lombalgia, cefalea/emicrania, artrosi, artrite reumatoide; anche l'osteoporosi, fattore di rischio per dolore osseo, è un problema eminentemente femminile, così come la fibromialgia. In ambito ginecologico le cause di dolore cronico più comuni sono il dolore pelvico, la dismenorrea e l'endometriosi. Le donne peraltro dimostrano, in ragione delle proprie caratteristiche di genere, una maggiore sensibilità al dolore che trova ragione nelle differenze fisiologiche, genetiche e ormonali, oltre che in fattori psico-sociali.

Esistono differenze tra donne e uomini anche in termini di risposta ai trattamenti analgesici così come di effetti collaterali ai farmaci di più comune impiego, per questo nell'ambito della terapia del dolore e della ricerca scientifica legata inevitabilmente a essa, grande attenzione si pone oggi a trattamenti più mirati che tengano in considerazione caratteristiche ed esigenze di genere.

## Malattie autoimmuni reumatiche e impatto sulla qualità di vita delle donne

a cura di: PL. Meroni

■ **La netta prevalenza delle patologie autoimmuni reumatiche** nel sesso femminile fa sì che esse esercitino una particolare influenza su molteplici aspetti della vita della donna. In più, dal momento che l'attività di malattia risente delle variazioni dei livelli di ormoni che svolgono un ruolo fondamentale anche durante fasi cruciali della vita della donna, come lo sviluppo puberale, la gravidanza, l'allattamento e la menopausa, queste patologie hanno un notevole impatto sull'essere donna. L'adozione di percorsi concreti e funzionali e l'attivazione di una rete operativa strutturata tra medici di medicina generale e centri specializzati rappresentano le prime strategie da adottare per evitare inutili ritardi diagnostico-terapeutici e garantire alle pazienti l'accesso alle cure adeguate. In particolare si rende necessario promuovere servizi sanitari assistenziali dedicati a specifiche patologie, quali le Lupus Clinic e le Early Arthritis Clinic, ad oggi presenti in pochi centri ospedalieri di eccellenza.

## Demenze. Decadimento cognitivo nella donna e donna caregiver

a cura di: V. Silani, B. Poletti

■ **Negli ultimi vent'anni osserviamo il progressivo sviluppo** di una neurologia dimorfa che rivolge una



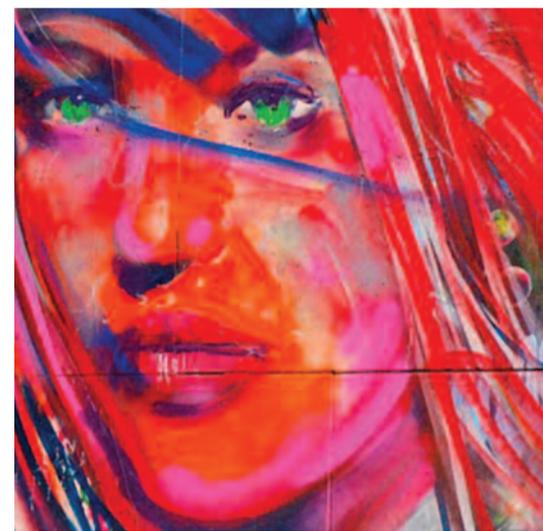
specifica attenzione alle differenze tra generi per quanto riguarda fattori di rischio, manifestazioni, risposta al trattamento nello studio delle demenze e della Malattia di Alzheimer. Nel capitolo sono discussi tre fattori di rischio in relazione al genere: il genotipo relativo all'apolipoproteina E (APOE), che rappresenta un fattore biologico non modificabile ma che interagisce con fattori modificabili correlati al genere, il livello di educazione e l'ovariectomia bilaterale.

Una considerazione particolare merita il ruolo femminile di caregiver di familiare affetto da demenza; studi recenti suggeriscono che le donne caregiver percepiscono un carico assistenziale maggiore rispetto agli uomini, anche in presenza di condizioni degli assistiti confrontabili.

## La condizione della donna anziana

a cura di: C. Vergani

■ **Il mondo degli anziani è prevalentemente un mondo al femminile.** In Italia nascono più bambini che bambine ma dopo i 50 anni prevalgono le donne: nel 2016 i centenari sono 18.765, di cui solo poco più di 3 mila maschi. I super centenari (110 anni e oltre) sono 22, due maschi e 20 femmine tra le quali spicca la persona più longeva al mondo che ha più di 116 anni.



Nonostante la maggiore longevità, la donna ha più patologie e ha una salute percepita peggiore di quella dell'uomo: al di sopra dei 75 anni, una donna su tre presenta la sindrome della fragilità, una su due è affetta da almeno due malattie croniche.

Fragilità, polipatologia, solitudine e perdita dell'auto-sufficienza gravano pesantemente sulla donna anziana, la cui condizione non necessita di un modello verticale di assistenza ospedalocentrico, ma di un modello orizzontale, centrato sulla persona con servizi diffusi sul territorio.

## Violenza di genere. Prevenzione e contrasto attraverso la rete territoriale

a cura di: A. Kustermann

■ **I dati italiani sono in linea con quelli europei** in base ai quali un terzo delle donne è stato vittima di violenza nel corso della propria vita. Secondo l'ultimo report prodotto dall'Istat (2014), in Italia sono 6 milioni e 788 mila le donne tra i 16 e i 70 anni che hanno subito violenza, pari al 31.5%. Di queste, il 21% ha subito violenza sessuale, il 20.2% violenza fisica e il 5.4% forme più gravi di violenza sessuale come stupri o tentati stupri. L'impatto della violenza sulla salute è devastante: al di là dell'esito più grave, quello fatale, esistono tantissime conseguenze a carico della salute mentale, fisica e riproduttiva oltre che problematiche socio-relazionali e condotte di abuso. In considerazione della diffusione capillare del fenomeno e della sua complessità, è fondamentale creare un modello d'intervento coordinato, multidisciplinare e inter-istituzionale che risponda in modo articolato e completo ai bisogni delle vittime, coinvolgendo attivamente tutti gli operatori e i servizi interessati. Y

## PARTE TERZA

## Il welfare per le donne

- Politiche di conciliazione e riflessi sulla salute della donna (S. Camusso)
- Welfare contrattuale e strumenti di prevenzione della salute della lavoratrice (A. Furlan)
- Pensioni e salute femminile: possibili scenari (T. Bocchi)

■ **Le donne sono sempre più protagoniste del mondo del lavoro ma il percorso verso un'effettiva e sostanziale uguaglianza tra generi è ancora lungo.** Continuano, infatti, a permanere differenze retributive e di prestazione lavorativa tra gli uomini e le donne, che inevitabilmente si riflettono e, ancor più si rifletteranno, sui trattamenti previdenziali. La differenza di reddito

pensionistico tra uomini e donne è pari al 41.4%; altro dato significativo riguarda la copertura pensionistica: tra le donne, 17 anziane su 100 non ricevono alcuna forma di pensione, mentre, solo 4 uomini su 100 si trovano nella stessa situazione. Le differenze di reddito sono dovute a condizioni diverse nel posto di lavoro, in particolare, e nel mercato del lavoro, in senso generale, ma un ruolo determinante è anche giocato dalla bassa offerta di servizi pubblici per l'infanzia e la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro. Un problema che investe in modo deciso proprio le donne che ricoprono il 72% delle ore di lavoro di cura della coppia con figli. L'allungamento della vita lavorativa con contributi versati nelle casse previdenziali sempre più incerti e comunque ridotti a causa della precarietà, rende i lavoratori e soprattutto le lavoratrici sempre più dipendenti da un sistema previdenziale che li obbliga a restare al lavoro anche in età avanzata, con rischi crescenti per la loro salute e il loro equilibrio psicofisico. In queste condizioni le famiglie e in particolare le donne hanno

dovuto far fronte alla necessità, in una corsa continua, di coniugare attività in contrasto tra loro.

## Il welfare aziendale nel settore farmaceutico

E. Giorgetti

■ **L'industria farmaceutica è un settore hi-tech in piena trasformazione** che innova e che da sempre è attento alle risorse umane, all'ambiente, ai rapporti con il territorio. La farmaceutica è anche il settore nel quale, pure in una congiuntura così difficile, le donne hanno maggiori spazi per le assunzioni, perché sono brave e spesso più degli uomini. Rappresenta un esempio virtuoso nell'applicazione di strategie di welfare a misura di donna che favoriscono il bilanciamento tra carriera, famiglia e vita privata, come iniziative di People care e a sostegno della maternità, misure per la flessibilità e la gestione personalizzata degli orari e servizi salva tempo. **Y**

## Il rapporto delle donne italiane con la salute

A dieci anni dalla sua nascita, Onda ha effettuato, con l'Istituto di ricerca partner Elma Research, un'indagine volta a indagare ad ampio respiro il rapporto delle donne italiane con la salute. La ricerca ha replicato una precedente svolta nel 2006 sulla medesima tematica, al fine di comprendere come sia cambiato lo scenario e come sia evoluto il rapporto delle donne con la propria salute nel corso di questo decennio.

### La percezione della salute

La salute, così come nel 2006, rimane l'obiettivo principale della vita delle donne. Il 76% delle donne nel 2006 e il 69% delle donne nel 2016 cita la salute come priorità nella propria vita.

Evolve la visione che le donne hanno della salute: essa si discosta dalla sola assenza di malattia ed efficienza fisica e diviene sempre più un concetto olistico, una condizione di equilibrio con se stesse e che coinvolge sia il corpo che la mente. Si smorza inoltre la visione deterministica della salute: non tanto ritenuta determinata dalla costituzione e dal destino, ma considerata oggi come strettamente legata ai comportamenti messi in atto per tutelarla (dal 62% del 2006 al 78% del 2016) e influenzata dall'ambiente in cui si vive (dal 46% del 2006 al 59% del 2016).

### Lo stato di salute delle donne

Le donne nel 2016 appaiono meno soddisfatte del proprio stato di salute, sia dal punto di vista fisico sia da quello psicologico e mentale. Le donne percepiscono come importante fattore di disturbo alla vita odierna lo stress, di cui nel 2016 oltre 1 donna su 3 afferma di soffrire.

### La prevenzione

Le donne nel 2016 si dichiarano meno preoccupate rispetto alla salute propria e dei propri familiari, e appaiono molto più sensibilizzate e vicine al concetto di prevenzione, sia dal punto di vista teorico/dichiarato sia da quello più pratico.

### A livello dichiarato...

- Il 49% delle donne oggi dichiara di fare prevenzione, rispetto al 44% del 2006.

- La salute è tenuta in considerazione e salvaguardata nella quotidianità: si riduce notevolmente il numero di donne che dichiara di pensarci solo se e quando essa viene a mancare o in caso di problemi – dal 53% del 2006 al 33% del 2016.

### A livello comportamentale...

- Il 62% delle donne – rispetto al 48% del 2006 – dichiara di sottoporsi a controlli e visite anche quando sta bene, senza aspettare di soffrire di malattie o problematiche specifiche.
- Ci si sottopone a più esami e controlli diagnostici rispetto al passato, in primis esami del sangue, urine, controllo della pressione, PAP test, ecografie. Anche le visite dentistiche e oculistiche sono maggiormente annoverate fra i controlli diagnostici sostenuti abitualmente. Cresce il ruolo dei medici specialisti, in particolare di quelli pubblici.
- Le donne dichiarano di curare, ancor più che dieci anni fa, la propria alimentazione – che ritengono profondamente legata al benessere – e svolgono in percentuale decisamente maggiore attività fisica: nell'arco di dieci anni, la quota di praticanti regolari è salita dal 19% al 47%.
- Per quanto riguarda l'abitudine tabagica, non si registra invece un miglioramento: la percentuale di fumatrici è rimasta uguale (26% nel 2016 e 27% nel 2006).
- Al primo posto, nella classifica degli ostacoli all'accesso agli accertamenti clinici e diagnostici di prevenzione, si colloca l'aspetto economico (63% vs il 18% nel 2006).

### La donna e la salute dei familiari

Negli anni cresce il ruolo della donna come fulcro della famiglia in qualità di responsabile della salute dei propri cari.

Si conferma, a dieci anni di distanza, quale maggior fonte di preoccupazione verso la salute propria e dei propri cari, la patologia oncologica.

### La percezione di supporto

Critiche le donne anche rispetto alla percezione di supporto da parte del Sistema Sanitario Nazionale e delle Istituzioni. Quasi la metà delle intervistate non ritiene sufficienti né i servizi offerti dal Sistema Sanitario Nazionale (44% delle donne), né l'attenzione dedicata negli ospedali e da parte delle Istituzioni alle esigenze femminili (rispettivamente 46% e 47%). Tendenzialmente non si avverte un sensibile miglioramento di questi aspetti nel corso degli anni.

### Informazione

Quasi metà delle donne si considera oggi molto/abbastanza informata sulla salute. Nel 2016 il mezzo più utilizzato per informarsi sulla salute è internet, che cresce esponenzialmente rispetto al 2006 (65% vs 8%). Si registra un calo dell'utilizzo, in particolare, della carta stampata (35% nel 2016 vs 52% nel 2006). Il medico di famiglia rimane l'interlocutore di riferimento per le donne per ricevere informazioni sulla salute (52% nel 2016 e 45% nel 2006).

### La gestione della salute

Più negative le donne anche per quanto riguarda la personale modalità di gestione della propria salute: sebbene facciano di più, si ritengono meno soddisfatte. Rispetto al 2006 le donne sono meno soddisfatte anche di come riescono a gestire la propria salute: il 46% (rispetto al 70% del 2006) è molto o moltissimo soddisfatto di quello che riesce a fare e 2 donne su 3 (67%) vorrebbero poter fare di più. Cambia radicalmente l'approccio farmacologico alla propria salute: ci si sposta sempre più dalla medicina tradizionale verso un approccio alternativo: mentre nel

2006 il 71% delle donne si curava esclusivamente con la medicina tradizionale e il 4% prevalentemente con gli alternativi, le percentuali registrate nel 2016 sono, rispettivamente, pari a 25 e 8%.

### Il percorso di questi 10 anni e gli indirizzi di intervento

I risultati mostrano un intenso miglioramento del rapporto delle donne con la propria salute: molto in questi anni è stato fatto e i frutti di tale investimento si apprezzano nel comportamento e nelle dichiarazioni delle donne italiane. Ciò posto, il percorso verso una consapevolezza piena e uniforme nella popolazione femminile è ancora lungo e molti sono i passi da compiere. In particolare:

- Incrementare la prevenzione attiva e ridurre l'attendismo che talvolta emerge, tenendo ben presente che le principali barriere riconosciute oggi verso

un'efficace prevenzione da parte delle donne sono il costo associato alla prevenzione e la scarsa informazione sugli esami di screening.

- Puntare ancora sulle campagne contro l'abitudine al fumo, un'abitudine dannosa che non si riduce negli anni: come dieci anni fa, 1 donna su 4 continua a essere fumatrice.
- Incrementare e "fare sì che sia maggiormente percepita" dalle donne, anche a livello di consapevolezza e informazione, la presenza e il supporto che sono offerti dagli ospedali, dalle Istituzioni e dalla Società Civile.
- Sfruttare internet come mezzo preferenziale nella divulgazione delle informazioni e nell'organizzazione/promozione di iniziative dedicate alla salute; tale canale è infatti divenuto oggi il principale mezzo di informazione e aggiornamento.

**MANIFESTO SULLA SALUTE DELLA DONNA**  
—  
Gli obiettivi del triennio 2016-2018

La tutela della salute della donna, unitamente alla promozione della Medicina di genere, costituiscono una sfida e un impegno collettivo che Onda intende sottoscrivere e perseguire con Istituzioni, Società scientifiche, Associazioni di pazienti, Società civile.

- Potenziare la rete degli ospedali con i Bollini Rosa
- Garantire la sicurezza nei punti nascita
- Incentivare la salute sessuale e riproduttiva
- Ridurre la mortalità femminile per patologie cardio-vascolari
- Combattere la depressione
- Lottare per la riduzione dei tumori femminili
- Ridurre l'obesità e il sovrappeso
- Contrastare il dolore cronico
- Migliorare la qualità di vita delle donne affette da patologie immuno-reumatiche
- Prevenire il decadimento patologico cognitivo
- Tutelare la donna anziana
- Fermare la violenza sulle donne

Onda | EXPO MILANO 2015

Il manifesto sulla Salute della donna presentato in Expo 2015 da O.N.Da

## PARTE QUARTA

## Assistenza sanitario-assistenziale "a misura di donna"

La dimensione di "genere" in salute è uno dei parametri basilari e assolutamente non trascurabili nell'ambito dell'attività clinica e della programmazione e organizzazione dell'offerta sanitaria di ogni Paese, a garanzia di una medicina sempre più personalizzata e basata sulla centralità del paziente, cosiddetta genere-specifica. In quest'ottica, dal 2007, Onda attribuisce i Bollini Rosa agli ospedali "vicini alle donne" che offrono servizi dedicati alla prevenzione, diagnosi e cura delle principali patologie femminili, riservando particolare attenzione alle specifiche esigenze dell'utenza rosa. Il

network attuale è composto da 248 strutture dislocate sul territorio nazionale ([www.bollinirosa.it](http://www.bollinirosa.it)).

L'esperienza maturata in tanti anni con i **Bollini Rosa** ha dato gli spunti per avviare un processo di "mappatura" delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), dove oltre il 75% degli ospiti è rappresentato da donne, la maggior parte in condizioni di non autosufficienza.

L'obiettivo è premiare con i **Bollini RosaArgento** le strutture in possesso dei requisiti necessari per garantire non solo una gestione efficace e sicura dell'ospite, ma anche un'assistenza umana e personalizzata ([www.bollinirosargento.it](http://www.bollinirosargento.it)). **Y**

## CONCLUSIONI

### L'accesso ai farmaci innovativi in Italia per migliorare la salute femminile

di Paola Testori Coggi\*, Simona Montilla\*\*

\* Presidente Comitato Prezzo e Rimborso dei Farmaci dell'Agenzia Italiana del Farmaco.

\*\* Dirigente Farmacista Settore HTA ed economia del farmaco dell'Agenzia Italiana del Farmaco

**L**e differenze di genere nella prevalenza delle patologie, morbilità e mortalità vengono oggi continuamente documentate dalla comunità scientifica. Le donne e gli uomini si differenziano, inoltre, anche per l'esposizione ai farmaci, per la risposta alla terapia farmacologica e lo sviluppo di eventi avversi. Sul piano della programmazione sanitaria, il problema, quindi, crescente soprattutto poiché nel genere femminile il rapporto costo-beneficio degli interventi sanitari risulterebbe inferiore rispetto a quello del genere maschile, con una cospicua dispersione di risorse rispetto ai risultati ottenuti, dovuti al tentativo di adattare alla donna, sia in diagnostica che in terapia, ciò che è efficace nell'uomo.

Gli attuali trend di popolazione, nel mostrare come il genere più rappresentato sia quello femminile (51.5%) rispetto al maschile (48.5%), confermano aumenti sensibili della vita media più accentuati per la donna, con speranza di vita alla nascita rispettivamente di 84.7 e 80.1 per donne e uomini.

Se la scienza non ha ancora fornito risposte circa queste differenze nell'aspettativa di vita, non può tuttavia essere ignorata la necessità di intervenire sulle malattie integrando la prospettiva di genere, poiché l'allungamento della vita media comporterà un maggior impiego di risorse nel futuro e, pertanto, sarà imprescindibile una maggiore appropriatezza nell'utilizzo delle stesse.

I profili epidemiologici, inoltre, confermano anche come la prevalenza di patologie un tempo ritenute prettamente maschili (per esempio, patologie cardiovascolari, obesità, carcinoma polmonare) stia aumentando nelle donne, modificando profondamente la dinamica della mortalità e della morbilità e accentuando in tal modo l'inadeguatezza delle terapie e dei trattamenti proposti, frutto di una ricerca clinica in passato cieca rispetto al genere. L'influenza del genere sull'insorgenza e sull'espressione clinica delle malattie cardiovascolari era stata riconosciuta in Italia già negli anni '90, quando il professor Antonio Brusca, allora Presidente della Società Italiana di Cardiologia, affermava che "con la menopausa si perde il privilegio dell'effetto protettivo degli ormoni femminili e la malattia cardiovascolare nelle donne tende non solo a eguagliare quella della popolazione maschile, ma persino a superarla. Le patologie cardiovascolari sono la prima causa di morte per le donne: ictus e infarto le colpiscono in misura doppia rispetto ai tumori".

È stato denunciato, appunto, da decenni il fatto che la metodologia utilizzata nella ricerca medica e nella sperimentazione clinica dei farmaci sia stata basata su studi, non solo privi di una prospettiva di genere, ma le cui popolazioni in studio hanno compreso quasi esclusivamente soggetti di sesso maschile. Sebbene, come risposta a tali evidenze, siano state sviluppate nel tempo politiche e iniziative, nazionali e internazionali – valgano, a mero titolo di esempio, la World Health Organisation Gender Mainstreaming Strategy oppure le azioni regolatorie della Food and Drug Administration negli Stati Uniti – volte a superare la carenza di informazione circa l'influenza del genere in medicina, le differenze biologiche legate al sesso non sono ancora indagate approfonditamente e, generalmente, non sono tenute in considerazione nei programmi di ricerca e nei trattamenti sanitari, e in quelli farmacologici in particolare. Le donne non sono ancora rappresentate adeguatamente negli studi clinici e ancora più raramente vengono presentate analisi dei sottogruppi in rapporto al genere. La ricerca, quindi, non ha ancora superato quel pregiudizio e quella cecità di genere, investigando quali siano i meccanismi sottostanti a queste differenze e come la diagnosi e il trattamento delle malattie possano variare in loro funzione.

Al fine di garantire l'equità di genere nei processi della ricerca sanitaria, ma soprattutto nell'offerta delle terapie e nell'accesso ai farmaci innovativi a beneficio dei pazienti, è necessario lo sviluppo di nuovi approcci farmacologici e nuove prospettive terapeutiche attraverso cui misurare distintamente per la donna e per l'uomo l'efficacia e la sicurezza dei farmaci.

Parallelamente, le strategie di promozione, programmazione e tutela della salute per tutta la popolazione non sono ottenibili senza la Medicina di genere e la sua in-

tegrazione in un approccio multidisciplinare che includa le scienze economiche. Per questo in Italia, dal 2011, l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) ha istituito un Gruppo di lavoro dedicato ai farmaci e al genere con l'obiettivo di studiare e valutare le tematiche relative agli aspetti regolatori e farmacologici della Medicina di genere, nonché di diffondere le conoscenze sulla Medicina di genere e incoraggiare la ricerca di genere.

È infatti, fondamentale che i medici, soprattutto gli specialisti, conoscano la Medicina di genere per poter sviluppare, laddove le malattie presentano differenze determinate dal genere, approcci di diagnosi e di cura specificamente adattati alla donna e quindi più appropriati ed efficaci.

Un'approfondita conoscenza della Medicina di genere e una costante attenzione ai sintomi rilevati nella popolazione femminile possono veramente contribuire a un miglioramento della salute della donna.

La formazione dei medici sulla Medicina di genere dovrebbe essere realizzata già durante gli studi di medicina con corsi specifici oppure integrando i corsi specialistici delle varie branche della medicina. Un esperimento interessante, per esempio, quello realizzato dal Centro GENDERS (Gender and Equality in Research and Science) dell'Università degli Studi di Milano il quale, nell'ambito del progetto europeo STAGES (Structural Transformation to Achieve Gender Equality in Science), ha attivato dei corsi facoltativi sulla Medicina di genere rivolti agli studenti dal terzo al sesto anno. Il Centro GENDERS sta attualmente lavorando a un ulteriore progetto pilota per rendere strutturale e trasversale alle discipline mediche l'insegnamento della Medicina di genere.

#### Consumo dei farmaci

I dati presentati nel Rapporto OsMed 2015 sull'Uso dei Farmaci in Italia, confermano un trend già osservato negli ultimi anni: le donne mostrano livelli di esposizione e consumo dei farmaci, così come di prevalenza d'uso, più elevati di circa il 10% rispetto agli uomini in quasi tutte le fasce di età tra i 15 e i 54 anni.

Nella fascia di età successiva si osserva, invece, un'inversione con differenze che mostrano un livello più elevato di consumo negli uomini accompagnato anche da un maggiore costo per paziente trattato. Per esempio, nella classe di età compresa tra 65 e 74 anni gli uomini consumano circa il 14% in più delle donne in termini di DDD (Defined Daily Dose).

Nel complesso della popolazione, la prevalenza d'uso è stata del 76%, con valori tra uomini e donne rispettivamente del 70% e dell'81%.

#### Reazioni avverse ai farmaci

Nelle donne si registra anche una maggiore frequenza di reazioni avverse da farmaci, spesso di gravità maggiore rispetto agli uomini e talvolta di tipologia specifica. Le donne sono più esposte (circa 1.7 volte) alle reazioni avverse da farmaco rispetto agli uomini e i dati di letteratura indicano che gli eventi avversi ai farmaci nelle donne determinano un maggior numero di ricoveri rispetto agli uomini.

Le cause di queste differenze e l'impatto clinico che ne deriva non sono ancora pienamente compresi, ma senz'altro ruoli chiave sono giocati dalle differenze biologiche, farmacocinetiche e farmacodinamiche tra generi, non indagate a causa della sottorappresentazione delle donne nella sperimentazione clinica (i profili di sicurezza nel genere femminile vengono, di conseguenza, evidenziati solamente nella fase di post-marketing) e dal potenziale sovradosaggio (il dosaggio medio è calcolato per soggetti di sesso maschile considerando un peso medio di 70 kg). Pur considerando un potenziale bias dovuto a una maggiore attitudine alla medicalizzazione da parte delle donne, altri fattori da annoverare sono la politerapia, l'invecchiamento e la maggiore vulnerabilità verso specifiche classi di farmaci ed, infine, i fattori socioculturali.

In Italia i dati raccolti dalla Rete Nazionale di Farmacovigilanza nel 2015 confermano questa tendenza, come mostrato dalle segnalazioni di reazioni avverse che nelle donne costituiscono circa il 54% del totale, per un valore assoluto pari a 22.563 eventi avversi in soggetti femminili rispetto a 18.936 eventi avversi nei soggetti maschili. Il 65% delle reazioni segnalate nelle donne si manifesta nelle fasce pre- e post-menopausa e in quella anziana (da 45 a oltre 75 anni), mentre nelle fasce di et. fertile (da 15 a 44 anni) le segnalazioni rappresentano circa il 21% delle segnalazioni totali nelle donne.

Concludendo, per garantire l'accesso a farmaci innovativi che contribuiscano a migliorare la salute femminile è necessario incrementare gli investimenti in progetti dedicati alla prospettiva di genere con lo scopo di indagare le diverse proprietà delle funzioni, i fattori di rischio, le caratteristiche e le modalità di espressione clinica delle patologie, la responsività ai trattamenti e la prevalenza delle complicanze, affinché la specificità dei generi possa essere indagata e declinata in opportunità di sviluppo e di salute.

Nel quadro più generale delle politiche sanitarie è necessario continuare gli sforzi per la prevenzione delle patologie che più colpiscono la popolazione femminile e per la diffusione della conoscenza della Medicina di genere per garantire diagnosi e terapie adeguate alle donne. **Y**