

O.N.Da

Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna



PRESENTAZIONE

Francesca Merzagora

Presidente O.N.Da
Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna

Questa seconda edizione del Libro bianco nasce dalla necessità di proseguire l'approfondimento sullo stato di salute della popolazione femminile iniziato con la prima pubblicazione del 2007. La conoscenza dei bisogni di salute e delle necessità di carattere assistenziale delle donne italiane rappresenta ancora una priorità se si vuole promuovere una medicina di genere.

Con l'espressione "medicina di genere" si intende la distinzione in campo medico delle ricerche e delle cure in base al genere di appartenenza, non solo da un punto di vista anatomico, ma anche secondo differenze biologiche, funzionali, culturali e psicologiche. Il termine "sesso", infatti, differenzia solo l'uomo e la donna per le loro caratteristiche biologiche, mentre con "genere" si vuole intendere il genere "uomo" e "donna" in base a tutti i fattori che li caratterizzano, fattori biologici, culturali, ambientali e sociali.

La prima attenzione alla salute femminile risale al 1991 negli Stati Uniti quando Bernardine Healy sul *New England Journal of Medicine* parlò della discriminazione da parte dei cardiologi nella considerazione e nel trattamento della patologia cardiovascolare nelle donne.

In Europa, dal 1998, la Comunità Europea ha incluso all'interno dei programmi di ricerca un invito alle donne a partecipare e a presentare progetti: oggi vi è un settore della ricerca Europea (*Science Woman*) con un focus sulle donne.

La stessa Oms (Organizzazione Mondiale della Sanità) ha inserito la medicina di genere nell'Equity Act a testimonianza di come l'equità sia un principio da applicare non solo all'accesso, ma anche all'appropriatezza della cura.

Tra uomo e donna esistono, infatti, significative differenze ri-

Sintesi della seconda edizione del Libro Bianco sulla Salute della Donna

DONNE E SALUTE

Il mosaico italiano

È stato pubblicato il nuovo rapporto di Onda sullo stato di salute delle donne e l'assistenza nelle diverse regioni italiane. Uno spaccato completo, patologia per patologia, con attenzione ai fenomeni sociali e demografici, di cui *Gyneco* offre un'ampia sintesi ai suoi lettori



guardo l'insorgenza, l'andamento e la prognosi di molte malattie. Fino a pochi anni fa la ricerca clinica, in particolare sui farmaci, era ad uso esclusivo della popolazione maschile. Alcune malattie considerate da sempre come caratteristiche degli uomini, come la patologia cardiovascolare e il tumore del polmone, sono, invece, molto diffuse e spesso trascurate o mal curate nel genere femminile. Non molti sanno, ad esempio, che la patologia cardiovascolare è la prima causa di morte per la donna tra i 45 e i 60 anni. Gli organi e gli apparati che sembrano presentare maggiori differenze di genere sono il sistema cardiovascolare, il sistema nervoso e il sistema immunitario. È indispensabile convincersi che

la medicina di genere è imprescindibile sia nella ricerca che nella clinica medica dal momento che le donne vivono più a lungo, ma si ammalano di più. In questo libro, in particolare, si vogliono affrontare alcune patologie che interessano maggiormente la popolazione femminile, ma di cui raramente si sente parlare: il 9% delle donne soffre di osteoporosi contro l'1% degli uomini. Oggi, in Italia, si stima che vivano con l'osteoporosi circa 3,5 milioni di donne. Così come l'ipertensione e l'ipercolesterolemia, l'osteoporosi è una malattia "silenziosa" che può progredire per diversi anni fino alla diagnosi o finché avviene una frattura. L'osteoporosi colpisce il 33% delle donne tra i 60 e i 70 anni di età, il 66%

di quelle al di sopra degli 80 anni. Nel 2000, in tutto il mondo, l'osteoporosi ha causato 9 milioni di fratture, di cui la gran parte a carico di femore, polso e vertebre. L'osteoporosi e le fratture ad essa conseguenti, in particolare quella del femore, rappresentano un gravissimo problema in Italia e nel mondo. Tale problema è destinato ad aumentare drammaticamente nei prossimi anni a causa del progressivo invecchiamento della popolazione. Per tali ragioni sono necessarie forti azioni di educazione dirette a tutte le fasce di età affinché si adotti un sano stile di vita (alimentazione, attività fisica, fumo) che consenta di prevenire il più possibile l'osteoporosi.

Esistono, poi, malattie autoimmuni che colpiscono prevalentemente il sesso femminile come ad esempio l'artrite reumatoide e questo conferma che ci sono differenze tra il sistema immunitario maschile e femminile. L'artrite reumatoide è una malattia infiammatoria cronica che colpisce in maniera simmetrica le piccole articolazioni delle mani e dei piedi, arrivando col tempo ad interessare anche altre articolazioni (polso, gomiti, ginocchia, caviglie).

L'Organizzazione Mondiale della Sanità considera l'artrite reumatoide una fra le dieci più gravi malattie che possono affliggere in particolare le donne fra i 35 e i 50 anni. In Italia, ne soffre circa 400.000 persone con un rapporto tra donne e uomini di 4:1. L'ottica di genere non è ancora pienamente utilizzata per programmare gli interventi di promozione della salute e ancora persistono pregiudizi di genere nello studio dell'eziologia, dei fattori di rischio, nelle dia-

gnosi e nei trattamenti. Viene ancora sottovalutata la salute delle donne all'interno di una ricerca medica che è centrata sull'uomo. La Commissione Europea ribadisce la necessità che quanto prima si promuova una politica in difesa della salute tenendo conto delle diversità di genere ed il Consiglio dell'Unione Europea sollecita una maggiore conoscenza da parte degli operatori sanitari per affrontare le disuguaglianze nella salute e garantire parità di trattamento e di accesso alle cure.

In questa pubblicazione abbiamo dedicato un largo spazio alla salute materno-infantile partendo da alcuni dati allarmanti segnalati dall'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) e dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali: negli ultimi cinque anni il numero di parti effettuati mediante taglio cesareo è aumentato dal 29,9% al 35,2%. In Italia, il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, ha inserito il taglio cesareo tra gli indicatori del "Sistema di Garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria" ed è stato stabilito un parametro di riferimento pari al 15-20%. L'aumento così significativo è stato determinato certamente in parte dalla richiesta delle pazienti di essere sottoposte a tale intervento, ma lo studio Istat del 2006 riporta che l'87,7% delle donne preferisce partorire in modo spontaneo. Tale aumento non è, quindi, semplicemente giustificabile da una scelta personale della paziente. Inoltre, è stato osservato un divario significativo tra Nord e Sud e tra istituti pubblici e privati. Nelle strutture che non dispongono di un'adeguata organizzazione per garantire livelli di sicurezza in caso di emergenza durante il parto i sanitari suggeriscono alla donna il parto cesareo. Permane, inoltre, una scarsa informazione sulle indicazioni cliniche al taglio cesareo, sui rischi ad esso legati e sulle possibilità di un parto senza dolore. Nel 2008 l'anestesia epidurale è stata inserita nelle procedure totalmente rimborsate dal Sistema Sanitario Nazionale. Questo, tuttavia, ancora non



è equivalente per tutte le regioni italiane. L'impegno di O.N.Da su questa problematica è quella di indicare alle donne quali sono le strutture sanitarie nelle quali poter usufruire di tali trattamenti attraverso l'attribuzione dei bolli-

ni rosa e la segnalazione di questi ospedali attraverso una pubblicazione annuale. A gennaio 2008 O.N.Da ha promosso a Ginevra, in collaborazione con l'O.M.S., un incontro coinvolgendo un gruppo di Parlamentari sul tema della salute ripro-

duzione a seguito del quale sono state presentate, a cura delle Senatrici Bianconi e Boldi, due Mozioni in Parlamento: una sulla necessità di ridurre i cesarei e l'altra sugli aiuti internazionali alla salute riproduttiva. O.N.Da vuole ricordare con questa pub-



Francesca Merzagora

blicazione che il diritto alla salute è anche per le donne un diritto inviolabile e sancito dalla Costituzione. L'informazione corretta, infatti, è il primo passo per affrontare le malattie e migliorare il nostro stato di salute.

PRESENTAZIONE / 2

Laura Bianconi
Commissione Igiene e Sanità del Senato

Un Servizio Sanitario Nazionale sempre più al femminile, questo è l'obiettivo che ci dobbiamo impegnare a raggiungere, non solo in termini di particolare e diversa attenzione a quelle che sono le patologie che coinvolgono prevalentemente le donne, ma anche in merito alle donne che si occupano della sanità a tutti i livelli. I dati sulla dirigenza del Ssn fotografano una situazione che vede molte donne in corsia e poche nelle stanze dei bottoni. Le più rilevanti sproporzioni riguardano l'accesso alla professione medica e specificatamente i vertici dei ruoli sanitari. Anche i dati del 2007, ci dicono che il 33% dei medici sono donne, mentre superano il 73% del personale infermieristico. A fronte di un medico donna ogni tre, soltanto una donna su dieci occupa un posto di dirigente medico di struttura complessa (l'ex primario). La stessa proporzione si rileva nell'ambito dei manager delle Aziende Sanitarie. La parità dei sessi inizia ad essere evidente, invece, nella dirigenza sanitaria non medica (farmacisti, biologi, chimici ecc.) dove il rapporto uomo-donna è quasi di uno a uno. I tempi sono ormai maturi e le normative attuali ci aiutano in tal senso, affinché si concretizzi quel processo di parità di genere all'interno del Ssn. L'impegno delle Istituzioni e non solo deve essere quello di intraprendere una serie di misure volte a valorizzare il ruolo della donna medico nel Ssn. Ben venga, in tale ottica, l'indagine conoscitiva che su questo tema ha intenzione di porre in essere il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali con l'obiettivo di

individuare anche le principali cause che determinano le differenze di accesso delle donne ai ruoli apicali del Ssn nonché ad alcune discipline mediche; così come le dinamiche che possono incidere negativamente sul rapporto medico donna/paziente; quelle dei modelli organizzativi delle strutture del Ssn in riferimento alle esigenze delle donne che vi lavorano. Dai dati forniti dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali si evidenzia come, nel 2007, su un totale di 9.638 "primari" le donne sono 1.184, con una percentuale sostanzialmente stabile per tutto il periodo che va dal 2005-2007, pari circa all'11-12%. La stessa proporzione di circa uno a dieci si rileva nell'ambito dei manager delle Aziende Sanitarie dove nel 2007 i direttori generali sono complessivamente 941 di cui 132 donne, cioè il 14% (erano 133 nel 2006 e 113 nel 2005). La situazione migliora leggermente nelle posizioni dirigenziali intermedie, per esempio nel 2007 i camici rosa a capo di strutture semplici erano quasi 4.900 su un totale di oltre 18mila dirigenti e sono la metà circa del totale dei dirigenti medici con incarichi professionali diversi dalla direzione di un dipartimento o di un reparto, circa 30mila su più di 76mila dirigenti. Questi alcuni dei dati che nei prossimi mesi verranno meglio esplicitati dall'indagine del Ministero, ma che sono sufficienti per farci capire quanto ancora il cammino sia lungo perché anche in ambito sanitario la donna possa ottenere gli spazi che merita.

Un piccolo, ma significativo passo in avanti ritengo che sia stato fatto sulla maggiore attenzione da dedicare alle patologie femminili, in particolare a quelle la cui incidenza sul corpo della donna non era molto conosciuta, penso all'endometriosi, ma anche al problema del tabagismo o dell'alcol. Pur riconoscendo che non esistono, in Italia, situazioni di palese discriminazione vi è, co-



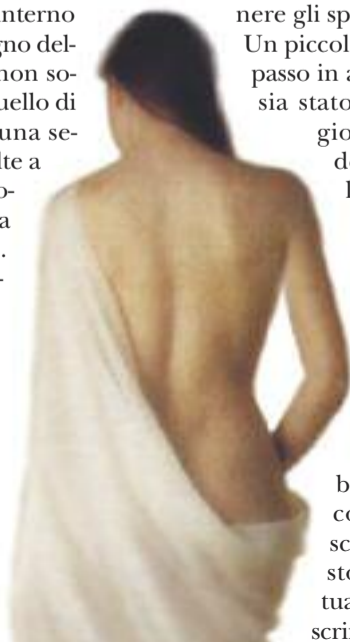
munque, una molteplicità di fattori che determinano uno stato di sostanziale svantaggio delle donne in tema di tutela alla salute. La donna ha bisogno di un'assistenza sanitaria specifica e per fare questo non sono più sufficienti spazi settoriali mirati al sostegno delle necessità sanitarie specifiche del mondo femminile. Con questo voglio rimarcare quanto in tale ambito sia necessaria una medicina ed un'assistenza sanitaria più attenta alle esigenze di genere, non solo per quanto riguarda il modo diverso di concepire la salute della donna nell'universo dell'assistenza sanitaria, ma anche un diverso modo di interpretare e valutare la programmazione e la produzione normativa in ambito sanitario. Ecco perché tutta la programmazione sanitaria nazionale deve aprire sempre nuovi spazi di attenzione alle patologie femminili istituendo, dove lo si ritenga opportuno, figure specialistiche di genere, penso ad esempio al medico senologo. Una nuova cultura di programmazione sanitaria deve saper cogliere le diverse specificità dell'universo femminile, predisponendo una risposta assistenziale più adeguata e che tenga conto dei molteplici fattori presenti nelle diverse zone territoriali. L'Organizzazione Mondiale della Sanità, da anni, ha lanciato un allarme

denunciando che le donne risultano essere sempre più svantaggiate rispetto agli uomini per quanto riguarda la loro salute, questo perché troppo spesso non si tiene conto del fatto che appartenere ad un sesso piuttosto che all'altro influenza la salute e la percezione stessa del giusto stato di benessere della persona. L'approccio culturale alla salute vista in un'ottica di genere deve partire in primis dalle donne stesse. Per questo mi complimento ancora una volta con O.N.Da per la costante attenzione con cui manda questo messaggio a tutte, ricordandoci con puntuali aggiornamenti, come fa con questo Libro, i progressi in ambito scientifico e le cure di tante patologie al fem-



Laura Bianconi

minile. Eppure, la ricerca medica risulta ancora pesantemente condizionata dal genere, quello maschile naturalmente! Basta guardare agli argomenti scelti, i metodi utilizzati e la successiva analisi dei dati, riflettono tutti una prospettiva maschile in più ambiti. Molti ricercatori hanno ignorato le possibili differenze tra i sessi per quanto riguarda gli indicatori diagnostici, i sintomi, le prognosi e l'efficacia relativa di trattamenti differenti nei casi in cui le stesse malattie colpiscono uomini e donne. In conclusione, le donne sono più esposte ad alcune patologie, per le quali sono curate con grande attenzione ma, molto spesso, con farmaci non sperimentati direttamente su di loro. Adottare in campo medico in Italia, nell'ambito degli studi universitari, in particolare nella Facoltà di Medicina e Chirurgia, una "medicina di genere" adesso non sembra più così lontano grazie anche ad una mozione da me presentata in cui il Governo già nel 2008 si è impegnato ad istituire, alla stregua di quanto è stato fatto in America e in Svizzera, un corso di specializzazione in medicina di genere da affiancare alle numerose specializzazioni già esistenti per chi, dopo la laurea in Medicina e Chirurgia, voglia approfondire nell'ottica di genere le proprie conoscenze mediche.



L'ottica di genere non è ancora pienamente utilizzata per programmare gli interventi di promozione della salute e ancora persistono pregiudizi di genere nello studio dell'eziologia, dei fattori di rischio, nelle diagnosi e nei trattamenti



sizioni da secoli riservate, per cultura e tradizione, all'universo maschile. Fatte salve queste considerazioni il valore documentale del libro è racchiuso nelle voci di cui tratta che vanno dai fattori di rischio e stili di vita, ai tumori, alla prevenzione, alle malattie cardiovascolari, metaboliche e infettive, per non tralasciare i capitoli dedicati alla salute mentale e alla salute materno-infantile. Non di scarso rilievo anche l'analisi sull'accesso ai Servizi Sanitari (assistenza territoriale, farmaceutica ed ospedaliera) e sulle disuguaglianze sociali nelle condizioni di salute, negli stili di vita e nell'uso dei servizi sanitari. Questo Libro bianco, promosso dall'Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna, segue quello edito nel 2007 e si presenta come valido contributo alla conoscenza delle problematiche legate alla salute della donna. Da anni sosteniamo che la salute della donna è uno dei primi indicatori del benessere dell'intera società e che la sua promozione è un tema che non può rimanere circoscritto solo alle politiche sanitarie, ma riguarda più in generale gli aspetti politici e culturali di un Paese. Il riconoscimento del pieno diritto alla salute della donna non fa altro che rafforzare e promuovere la tutela di tutti gli altri diritti, sociali, civili, politici. È pur vero che persistono ancora tra Nord e Sud, e non solo, differenze nelle strutture sanitarie, nell'approccio alla medicalizzazione, nel "sentire" l'accoglienza, soprattutto per le straniere, nel gestire la malattia delle donne anziane, nell'educazione ad una sessualità responsabile, nella prevenzione delle



Dorina Bianchi

malattie da lavoro e nel designare una nuova sanità solidale. Ma è per tutto ciò ed a maggior ragione che serve, soprattutto oggi, al fine di promuovere efficacemente la salute delle donne attività politiche, risorse, servizi, professionalità, ma anche costruire socialità, favorire mutamenti nel tessuto sociale delle relazioni, nella prassi sociale della solidarietà, della reciprocità, della libertà e della responsabilità tra le donne e gli uomini. Per una parità di genere, per un eguale peso dei ruoli sociali e familiari e per una nuova qualità delle relazioni.

A conclusione e guardandoci intorno, quello che mi sento di affermare con certezza è che le donne sono sempre più longeve, attente non solo alle loro condizioni fisiche, ma a quella di tutti i componenti della loro famiglia, tanto che secondo recenti indagini risulta che ad ogni età, in qualsiasi condizione sociale, le donne sono più attive e sensibili a questo tema, fanno più prevenzione degli uomini, interagiscono con il medico e seguono con interesse rubriche giornalistiche sulla salute. Intendono la salute sempre meno come una malattia versus una guarigione, ma come promozione del benessere, ponendo l'accento sulla soggettività dell'individuo nel suo complesso, quale insieme di genetica - ambiente - educazione - affetti, persona e sistema di relazione, predeterminazione e libera scelta. In questa prospettiva, ossia considerando l'individuo come unità nei suoi aspetti psicologici e sociali, il concetto di malattia non risulta più circoscritto all'esistenza di un malessere, ma si trasforma nel perduto benessere di una esistenza.

Le donne di oggi perseguono uno stile di vita qualitativamente migliore, in piena sintonia con le proprie aspirazioni più profonde, permettendosi, quindi, di raggiungere un equilibrio interiore che si traduce in uno stato di benessere psichico e relazionale nel quale la malattia non trova spazi ove svilupparsi o incontra il terreno più adatto per essere combattuta e sconfitta. Si è davanti ad una visione del benessere globale, intesa come armonia tra corpo e mente, emozioni e spirito che è sicuramente congeniale, da sempre, al modo di essere femminile.



PRESENTAZIONE / 4

Sergio Dompé
Presidente Farminindustria

La promessa di O.N. Da di alternare il Libro bianco e il Libro verde sulla salute della donna per proporre un quadro sempre aggiornato e offrire proposte concrete è stata mantenuta. È con piacere, quindi, che anche quest'anno Farminindustria rinnova la collaborazione alla seconda edizione del Libro bianco. Un mosaico sulle patologie che minacciano l'emisfero rosa, ma anche una panoramica sull'articolazione dell'assistenza sanitaria fra le varie regioni italiane. Ancora oggi, infatti, nonostante i traguardi raggiunti nella vita privata, ma anche e soprattutto in quella pubblica, realizzare un volume sulle peculiarità del mondo femminile ha un grande valore. Sti-



Sergio Dompé

li di vita mutevoli, nel corso degli anni, impongono una riflessione attenta. Per troppo tempo si è guardato alle malattie della popolazione senza fare una distinzione tra i due sessi per quanto riguarda terapia, prevenzione, ricerca e sviluppo. Il modo in cui uomini e donne si pongono rispetto alla salute dipende, infatti, anche dai comportamenti sociali e dalla cultura in cui sono cresciuti e vivono.

I progressi scientifici hanno sdoganato queste disuguaglianze. Continuare a investire è quindi vitale anche per le imprese del farmaco che, insieme a Medici, Istituzioni e Centri di eccellenza, sono in corsa per dare risposte adeguate attraverso un impegno ancora maggiore nella ricerca di genere. In trent'anni molto è cambiato e l'industria farmaceutica ha saputo adeguarsi. Sono sempre più i farmaci mirati alle donne, in particolare nella cura del diabete e delle patologie tumorali, muscolo-scheletriche, ginecologiche e autoimmuni.

Aumentare l'efficienza della ricerca nelle Scienze della Vita è, quindi, fondamentale, anche attraverso il superamento dell'Evidence Based Medicine, per offrire prodotti sempre più personalizzati e rispondere alle nuove possibilità di diagnosi e prevenzione. E il Libro bianco fa proprie queste evidenze ricomponendole in un mosaico armonioso. Tanti piccoli tasselli "rosa" e un unico risultato: la donna con le sue innumerevoli sfaccettature.

PRESENTAZIONE / 3

Dorina Bianchi
Commissione
Igiene e Sanità del Senato

Salutiamo questa seconda edizione del Libro bianco dedicato alla salute della donna che presenta una disamina della situazione demografica della popolazione femminile italiana, dei suoi bisogni di salute e dell'assistenza sanitaria. Quando si parla di donne e salute normalmente si pensa, in termini circoscritti, ai problemi tipicamente femminili, legati a specifiche parti del corpo (seno, apparato riproduttivo) o a particolari momenti della vita di una donna (parto, aborto, menopausa).

In una prospettiva più ampia si è portati a considerare le problematiche della "cura", cioè tutto quel lavoro di assistenza, non retribuito e, molte volte, neppure riconosciuto, che le donne svolgono nell'ambito familiare per i figli, ma anche per i genitori o parenti anziani, a volte con problemi di handicap. In un senso ancora più lato, infine, si arriva a condividere una serie di considerazioni in merito all'ingresso sempre più massiccio delle donne nelle professioni legate alla sanità, raggiungendo po-



Max Ernst
La vestizione della sposa, particolare

Aspetti demografici

Le donne italiane rimangono donne poco prolifiche: da alcuni decenni il Tasso di Fecondità Totale si attesta intorno a valori estremamente bassi (1,350 figli per donna) e inferiori al livello di sostituzione (2 figli per donna) che garantirebbe il ricambio generazionale. Dal 2000 al 2006, c'è stata comunque una lieve ripresa soprattutto nelle regioni del Centro-Nord. Il valore più elevato si registra in Trentino-Alto Adige (1,537), mentre il più

basso in Sardegna (1,064). L'età media delle madri al parto è pari a 31 anni, mentre l'aumento più significativo si è avuto sulla quota di nati da madri straniere (da 6,4% nel 2000 a 13,5% nel 2006). Le donne vivono più a lungo degli uomini e la distribuzione della popolazione anziana non è uniforme nel nostro paese: la regione che risulta più "vecchia" è la Liguria, mentre la più "giovane" è la Campania. Dal 2004 ad oggi gli uomini rispetto alle donne hanno avuto un aumento più veloce della speranza di vita alla nascita guada-

gnando 0,5 anni mentre le donne hanno guadagnato solo 0,1 anni (da 83,7 anni nel 2004 a 83,8 nel 2007). Le stime del 2006, per quanto riguarda le principali cause di morte analizzate (tumori, malattie sistema circolatorio, malattie apparato respiratorio, malattie apparato digerente e cause violente), risultano in linea con i trend attesi e cioè una generale diminuzione sia tra gli uomini che tra le donne. Per gli uomini i valori più elevati di mortalità si registrano per i tumori in Lombardia (44,93), per le malattie del sistema circolatorio in

Campania (49,37), per le malattie dell'apparato respiratorio e per le cause violente in Valle d'Aosta (rispettivamente 12,80 e 11,27) e per le malattie dell'apparato digerente in Molise (6,14). Per le donne, invece, i valori più elevati di mortalità si registrano per i tumori in Valle d'Aosta (23,70), per le malattie del sistema circolatorio e dell'apparato digerente in Campania (rispettivamente 37,00 e 3,72), per le malattie dell'apparato respiratorio in Piemonte (4,30) e per le cause violente in Abruzzo (3,28).

Malattie cardiovascolari

Non essendo presenti sostanziali modifiche rispetto ai dati presentati nel 2007 in questa edizione è stato deciso di non presentare alcun aggiornamento su questa patologia.

Speranza di vita alla nascita per regione e sesso - 2004-2007

Regioni	Maschi				Femmine			
	2004	2005	2006*	2007*	2004	2005	2006*	2007*
Piemonte e Valle d'Aosta	77,6	78,0	77,9	78,1	83,8	83,5	83,6	83,8
Lombardia	77,9	78,1	78,3	78,7	84,1	84,0	84,1	84,2
Trentino-Alto Adige	78,0	78,5	78,5	78,9	84,4	84,5	84,6	84,7
Basilicata-Bruca	78,7	78,4	78,9	79,7	84,3	84,4	84,5	84,8
Treviso	77,9	78,3	78,3	78,8	84,5	84,8	84,7	84,8
Veneto	78,1	78,4	78,6	78,8	84,5	84,5	84,7	84,4
Friuli-Venezia Giulia	77,7	77,8	78,1	78,7	83,3	83,7	83,8	83,9
Liguria	78,0	78,0	78,1	78,2	83,8	83,8	83,6	83,8
Emilia-Romagna	78,5	78,7	79,7	78,8	84,1	84,1	84,2	84,0
Toscana	78,8	78,9	79,0	79,1	84,4	84,2	84,3	84,3
Umbria	78,7	78,4	79,0	79,1	84,3	84,0	84,3	84,4
Marche	79,0	79,4	79,2	79,3	84,7	85,0	84,8	84,9
Lazio	77,4	77,9	78,2	78,4	82,9	83,1	83,6	83,8
Abruzzo e Molise	77,8	78,2	78,4	78,9	84,2	84,2	84,3	84,3
Campania	76,5	76,4	76,9	77,0	82,1	82,1	82,6	82,4
Puglia	78,6	78,6	78,8	78,6	83,8	83,5	83,9	83,5
Basilicata	77,9	78,0	78,0	78,4	83,0	83,2	83,3	83,5
Calabria	76,2	76,1	76,5	76,5	81,3	81,2	81,0	81,7
Sicilia	77,8	77,7	78,1	77,8	82,6	82,6	82,9	82,6
Sardegna	77,6	77,6	77,8	78,1	81,0	81,9	81,5	81,2
Italia	77,9	78,1	78,3	78,4	83,7	83,7	83,9	83,8

* Dati provvisori.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Rapporto Osservatore 2008 - Di Feola, Spazzolino, Fiova, Pappalardo, Egidi - Elaborazioni su dati Istat disponibili nel sito www.istat.it. Anno 2008.

Tassi standardizzati di mortalità per tutte le cause (per 10.000) oltre l'anno di vita per regione e sesso - 2001-2006

Regioni	2001	2002	2003	2004	2005	2006*	2001	2002	2003	2004	2005	2006*
	Maschi						Femmine					
Piemonte	134,60	131,70	135,50	122,25	123,29	118,92	81,04	79,69	82,85	72,21	75,34	71,88
Valle d'Aosta-Valle d'Aosta	144,70	143,60	138,50	125,64	136,98	119,48	81,77	82,81	79,45	73,35	73,67	70,77
Lombardia	131,80	130,50	131,30	120,35	130,48	117,28	76,54	75,11	78,28	88,24	70,28	67,91
Trentino-Alto Adige	129,10	124,80	128,20	119,81	115,68	114,24	68,55	68,62	72,98	67,39	66,05	64,27
Basilicata-Bruca	122,30	123,80	129,50	121,49	114,59	115,63	72,09	72,67	76,79	71,67	69,17	62,04
Treviso	124,90	123,70	128,80	118,58	116,39	112,92	67,45	65,91	70,39	64,47	63,99	61,60
Veneto	127,00	128,20	126,10	119,05	118,11	111,29	61,86	61,89	67,90	66,51	67,18	63,37
Friuli-Venezia Giulia	135,60	132,50	138,10	124,65	122,89	114,14	76,49	76,53	77,23	73,75	71,60	67,82
Liguria	134,00	128,50	131,30	120,30	130,39	116,60	78,37	76,69	82,31	89,87	71,91	70,80
Emilia-Romagna	124,70	123,70	123,30	116,46	113,54	112,28	74,84	72,64	75,55	68,38	69,29	67,94
Toscana	124,40	122,10	123,10	112,85	115,28	110,87	74,00	73,05	76,11	67,40	68,80	65,54
Umbria	126,00	123,40	124,30	112,59	110,60	111,41	74,49	73,12	72,05	67,12	70,44	68,86
Marche	115,80	113,80	118,40	108,58	107,00	106,05	68,73	67,49	67,31	63,88	61,21	62,68
Lazio	131,40	129,40	134,00	123,32	122,57	118,05	83,24	81,82	85,76	76,92	77,65	73,11
Abruzzo	121,00	121,50	121,10	117,18	116,21	109,38	71,00	72,80	76,09	88,05	68,97	64,73
Molise	122,70	119,10	116,00	119,19	122,34	115,38	73,14	72,65	75,02	70,65	69,82	69,32
Campania	141,60	139,00	141,30	128,59	131,61	125,76	91,26	89,08	91,36	81,61	84,45	79,36
Puglia	122,40	119,00	124,20	111,58	113,35	110,83	78,37	77,28	79,98	70,80	72,83	71,53
Basilicata	122,40	118,00	118,10	112,28	116,03	111,28	71,62	72,66	74,84	67,85	75,13	69,70
Calabria	115,00	115,70	118,00	110,02	113,93	108,77	81,25	76,24	79,82	71,67	74,60	69,05
Sicilia	129,70	128,10	128,10	118,84	130,68	118,30	88,88	86,00	89,05	79,31	80,80	79,00
Sardegna	128,80	124,10	127,30	116,59	112,69	112,38	66,75	66,18	68,88	89,70	70,80	67,10
Italia	129,40	127,80	129,50	118,52	119,36	115,39	78,47	77,05	79,97	71,29	72,86	69,87

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione censita italiana del 2001.

* Dati provvisori.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Rapporto Osservatore 2008 - Di Feola, Spazzolino, Fiova, Pappalardo, Egidi - Istat, Indagine "Mortalità per cause". Anno 2008.

Mortalità per Alzheimer

In considerazione della diffusione sempre maggiore di questa malattia il Libro bianco 2009 ha voluto introdurre questa problematica all'interno dell'analisi delle cause di morte.

La malattia di Alzheimer rappresenta circa il 50-70% dei casi di demenza dell'adulto e seppur presenti una lenta evoluzione è una importante causa di morte, con un rischio di morte del 4,9% rispetto alla popolazione che non ne è affetta. In Europa colpisce circa il 4,4%

dei soggetti di 65 anni e oltre, con una maggiore prevalenza all'aumentare dell'età e delle donne rispetto agli uomini. I decessi a livello regionale nei trienni considerati mostrano che il fenomeno è in aumento con una predominanza di casi femminili in tutte le regioni. Questo è determinato certamente dall'invecchiamento della popolazione, ma anche dal miglioramento delle possibilità diagnostiche e al cambiamento delle pratiche di certificazioni da parte della classe medica. Un altro aspetto importante affrontato in questa pubblicazione è il tema della disabilità. A livello nazionale la differenza tra persone con disabilità e persone non disabili è molto netta: il 17,5% dei disabili è occupato in attività lavorativa, mentre il valore dei non disabili è pari al 59,6%.

Tale differenza si accentua notevolmente analizzando il tasso di occupazione delle donne disabili rispetto agli uomini disabili (11,7% vs 23,7%).

Tumori: incidenza e mortalità

Il Libro bianco evidenzia che l'incidenza delle malattie tumorali sta aumentando notevolmente nelle regioni del Sud. Infatti negli anni '70 si registravano livelli di incidenza più bassi al sud rispetto al resto del Paese, mentre è previsto che nel 2010 raggiungano i valori del Nord per tutti i tipi di tumore.

Gli uomini presentano, rispetto all'inizio del periodo considerato, un rischio minore di contrarre un tumore del polmone o dello stomaco mentre aumenta il rischio per il tumore del colon-retto. Per le donne il rischio è in crescita per tutti i tipi di tumore, ad eccezione del tumore allo stomaco. Sta invece aumentando la differenza di incidenza del tumore della mammella tra Nord e Sud. L'analisi della mortalità è un punto cardine del lavoro epi-

demologico e rappresenta un indicatore globale della salute.

La mortalità per tumore in Italia rappresenta il 30% del totale dei decessi. Il dato più rassicurante è la riduzione della mortalità per tutti i tipi di tumore ad eccezione del tumore della trachea-bronchi e dei polmoni nelle donne. Analizzando nello specifico alcuni tumori maligni emerge che il tasso maggiore per il tumore allo stomaco negli uomini si registra in Friuli-Venezia Giulia (3,87 per 10.000), per il tumore colon-retto-ano in Valle d'Aosta (6,56) e per il tumore trachea-bronchi e polmoni in Lombardia (12,20). I valori inferiori si registrano, invece, in Molise (1,37), in Puglia (2,83) e in Umbria (6,91) rispettivamente per tumore allo stomaco, colon-retto-ano e trachea-bronchi e polmoni. Per le donne i valori più elevati si registrano per il tumore allo stomaco in Lombardia (1,51 per 10.000), per il tumore colon-retto-ano in Valle

Tassi standardizzati di mortalità (per 100.000) per Malattia di Alzheimer nella classe di 65 anni ed oltre per sesso - 1985-2003*



Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione censita italiana del 2001.

* Il dato del 2003 è stato codificato secondo la ICD-10 Revisione.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat, Indagine "Mortalità per cause". Anno 2008.

Fattori di rischio per la salute

Il fumo, l'abuso di alcolici e il sovrappeso si confermano anche quest'anno essere alcuni fattori di rischio importanti per la salute femminile. Il fumo di tabacco rappresenta la "prima causa di morte facilmente evitabile" secondo i dati diffusi dall'OMS. Nonostante le campagne di pubblicizzazione contro il fumo e il progressivo ma continuo decremento del

consumo di tabacco, il fumo rimane un'abitudine ancora sempre diffusa e sempre rilevante. Il 16,63% della popolazione femminile sopra i 15 anni fuma sigarette contro il 28,59% degli uomini. Per quanto riguarda poi la distribuzione geografica i valori più alti si registrano per le donne in Liguria ed Emilia Romagna mentre per gli uomini in Campania e nel Lazio. L'abuso di alcol oltre a provocare dannosi squilibri nutritivi e seri rischi di malnutrizione, può creare problemi di dipendenza e di tossicità. I maggiori consu-

matori "giovani" maschi tra gli 11 e i 65 anni si trovano nella PA di Bolzano mentre la popolazione maschile over 65 con il più alto consumo di alcolici è in Molise. La popolazione femminile con il maggior consumo sopra i 65 anni è quella veneta. La Sicilia è invece la regione con il minor consumo di alcolici in entrambi i sessi. Sia l'obesità che il sovrappeso sono importanti fattori di rischio da considerare non come una malattia del singolo individuo ma come il risultato di tanti fattori ambientali e socio-economici che condizio-

nano fortemente le abitudini alimentari e gli stili di vita. Poco più della metà della popolazione italiana ha un peso normale: le regioni del Sud presentano la prevalenza più alta di persone obese rispetto alle regioni settentrionali, anche se rispetto ai

dati riportati nella prima edizione del Libro bianco, si osserva una tendenza all'aumento anche per le regioni del Nord. Gli uomini inoltre risultano maggiormente in sovrappeso (43,8%) rispetto alla popolazione femminile (26,8%).



Prevalenza di fumatori di 15 anni ed oltre (per 100) per regione e sesso - 2007

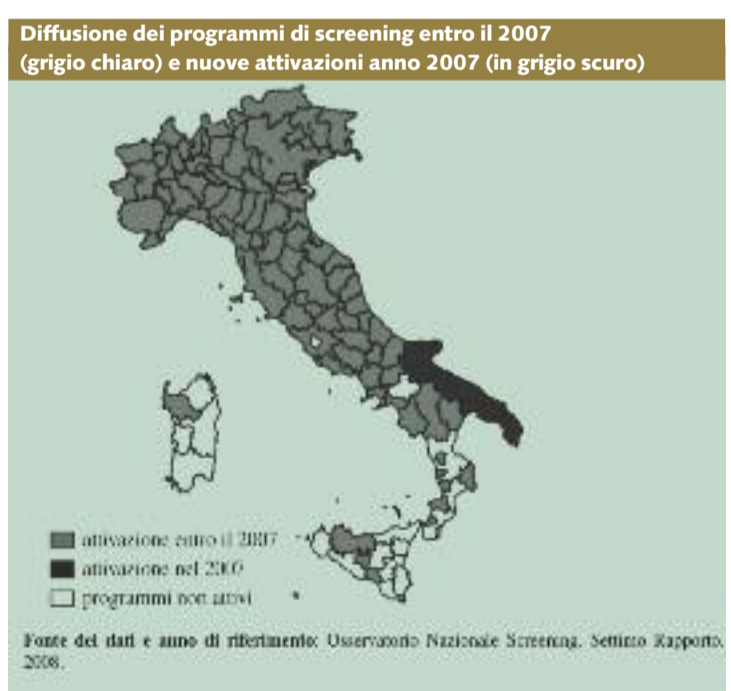
Regioni	Maschi	Femmine
Piemonte	26,97	18,29
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	22,49	17,39
Lombardia	26,79	17,25
Trentino-Alto Adige	25,68	15,87
Bolzano-South	25,61	16,29
Trento	25,69	15,49
Veneto	24,35	14,33
Friuli-Venezia Giulia	25,57	17,08
Liguria	28,01	19,68
Emilia-Romagna	24,59	19,35
Toscana	27,08	19,15
Umbria	26,65	19,23
Marche	28,12	17,51
Lazio	35,29	16,79
Abruzzo	27,12	15,56
Molise	26,90	14,84
Campania	35,11	18,73
Puglia	11,25	11,25
Basilicata	32,96	14,41
Calabria	26,80	8,17
Sicilia	31,72	14,84
Sardegna	25,79	17,33
Italia	28,59	16,63

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat, Health For All Italia, Dicembre 2008.

Prevalenza di persone di 18 anni ed oltre (per 100) obese ed in sovrappeso per regione e sesso - 2007

Regioni	Persone obese		Persone in sovrappeso	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Piemonte	10,23	7,31	41,00	25,91
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	11,61	8,64	41,41	28,56
Lombardia	10,50	7,50	41,48	24,00
Trentino-Alto Adige	9,22	9,21	42,06	24,09
Bolzano-South	8,00	7,37	41,00	25,02
Trento	10,49	11,13	43,98	22,87
Veneto	10,12	8,29	41,90	27,72
Friuli-Venezia Giulia	10,96	8,52	45,37	24,19
Liguria	10,29	9,18	41,90	23,49
Emilia-Romagna	13,59	9,95	43,72	27,95
Toscana	10,17	8,89	44,18	24,44
Umbria	13,83	10,13	43,73	25,52
Marche	12,52	11,21	42,09	26,57
Lazio	8,39	8,14	45,95	27,92
Abruzzo	13,11	12,17	46,09	29,14
Molise	13,06	13,95	47,10	30,68
Campania	14,04	12,82	49,34	35,10
Puglia	13,97	11,08	47,35	33,40
Basilicata	13,14	13,78	47,48	28,96
Calabria	11,27	9,52	46,07	30,38
Sicilia	13,76	11,15	50,67	31,59
Sardegna	9,30	9,82	43,35	23,29
Italia	11,08	9,43	44,69	28,59

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat, Health For All Italia, Dicembre 2008.



d'Aosta (3,29), per il tumore trachea-bronchi e polmoni nel Lazio (2,74) e per il tumore alla mammella (Tab. 3) in Piemonte (3,81). I valori più bassi si osservano per il tumore dello stomaco in Puglia (0,73), per colon-retto-ano in Abruzzo

(1,62), per trachea-bronchi e polmoni in Molise (0,51) e per la mammella in Basilicata (2,05) Nonostante la riduzione della mortalità per tumore, l'incidenza e la prevalenza (numero di persone in vita che hanno avuto diagnosi di tumore) con-

tinuano ad aumentare. Sicuramente una quota rilevante di tale aumento è spiegata dall'esistenza dei programmi di screening e del progressivo e crescente invecchiamento della popolazione.

Prevenzione

Lo screening oncologico per alcuni tipi di tumore ha sensibilmente cambiato il tipo di trattamento e l'evoluzione di molte malattie. In particolare in questa edizione vengono considerati i programmi di prevenzione per il tumore al seno, all'utero-cervice uterina e al colon-retto.

Tumore della mammella

In Italia, l'estensione dei programmi di screening mammografico è aumentata di molto rispetto al 2000. Le regioni del Nord presentano come sempre un'estensione maggiore rispetto alle regioni del centro e ancora di più rispetto a quelle del Sud. Per quest'ultima area territoriale i valori si attestano attorno al 28% contro il 62% to-

Tassi standardizzati di mortalità (per 10.000) oltre l'anno di vita per regione e tumori maligni della mammella delle donne - 2001-2003, 2006

Regioni	Tumori m. mammella				
	2001	2002	2003		2006**
			ICD-9*	ICD-10	
Piemonte	4,06	3,70	3,36	3,95	3,81
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	1,41	1,63	1,37	1,31	1,58
Lombardia	4,21	4,11	4,13	4,12	3,67
Trentino-Alto Adige	3,87	3,75	3,65	3,64	3,16
Bolzano-South	4,43	3,56	3,59	3,63	3,63
Trento	3,43	2,94	3,09	3,68	2,37
Veneto	3,64	3,12	3,39	3,38	3,24
Friuli-Venezia Giulia	4,25	4,28	4,00	3,99	3,25
Liguria	4,10	3,67	3,82	3,91	3,61
Emilia-Romagna	3,76	3,53	3,44	3,43	3,69
Toscana	3,24	3,13	3,15	3,14	3,15
Umbria	2,95	2,50	2,57	2,56	3,10
Marche	3,04	2,96	2,65	2,84	3,14
Lazio	3,53	3,69	3,38	3,37	3,34
Abruzzo	2,73	2,51	2,80	2,60	2,55
Molise	2,79	1,85	2,38	2,37	2,61
Campania	3,25	3,38	3,22	3,21	2,91
Puglia	0,36	0,22	0,30	0,29	0,89
Basilicata	1,81	2,65	2,47	2,46	2,05
Calabria	2,61	2,58	2,48	2,41	2,38
Sicilia	3,24	3,13	3,34	3,34	3,23
Sardegna	3,89	3,50	3,38	3,37	3,20
Italia	3,60	3,48	3,47	3,46	3,28

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione censaria italiana del 2001.
* Calcolato con i Coefficienti di Riscordo (ICD-9 e ICD-10 (base ICD-10C))
** Dati preventivi

Fonte dei dati e anno di riferimento: Rapporto Osservatorio 2008 - Di Istat, Spisochino, Gessa, Pappalardo, Iqrit - Istat, Indagine "Mortalità per causa", Anno 2008.

tale. Il divario tra Nord e Sud è dovuto soprattutto a problemi organizzativi e gestionali: Sicilia, Calabria e Sardegna non

hanno ancora attivato programmi di screening mammografici, mentre in Puglia sono stati attivati di recente.



Gino Severini
Maternità, particolare

Tumore del collo dell'utero

Il tumore del collo dell'utero è al secondo posto tra i tumori che colpiscono le donne. Lo screening citologico per tale tumore permette una diagnosi precoce della malattia e consente di avviare un tempestivo trattamento terapeutico con vantaggi in termini di riduzione di mortalità, aumento della

sopravvivenza, accettabilità della cura (chirurgia conservativa) e qualità della vita. Anche in questo caso, la discussione in letteratura sull'efficacia della diagnosi precoce, è stata molto discussa.

In Italia, la popolazione obiettivo femminile dei programmi di screening è quella in età 25-64 anni. Recenti Linee Guida europee, riprese successiva-

mente dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali due anni fa, prevedono inviti personali alle donne di età tra 25 e 64 anni per eseguire una citologia ogni tre anni, la presenza di un sistema di monitoraggio ed attività di valutazione della qualità per ogni fase del programma. Nel 2007, a livello nazionale, è stato invi-

tato il 25,58% della popolazione obiettivo e nel 2006 il 25,32%.

Tumore del colon-retto

Attualmente non esistono ancora evidenze scientifiche della validità di test diagnostici per la diagnosi precoce del carcinoma colon-retto. In particolare poi i programmi di screening preve-

dono esami di tipo diverso: la maggior parte utilizza il test del sangue occulto nelle feci ogni 2 anni, altri la rettosigmoidoscopia e altri ancora una combinazione dei due test. Rispetto al 2004 i programmi di screening per questa malattia sono aumentati da 18 a 72 con sempre una maggior rappresentazione nel Nord Italia (Veneto, Lombardia, Toscana, Emilia Romagna).

Mortalità per suicidio

Il tasso di mortalità per suicidio e autolesione viene utilizzato per valutare in modo indiretto lo stato di salute mentale nella popolazione poiché si stima che tra i suoi principali determinanti vi sia la presenza di disturbi mentali, cui è associato

un rischio di suicidio maggiore rispetto ad altre patologie. L'Italia si colloca tra i Paesi Europei con i più bassi livelli di mortalità per suicidio. Tra il 1993 e il 2003 per entrambi i sessi si evidenzia un trend in diminuzione. In generale, si può notare come gli uomini mostrino una predisposizione maggiore rispetto alle donne.

Diffusione dei programmi di screening entro il 2007 (grigio chiaro) e nuove attivazioni anno 2007 (in grigio scuro)

Regioni	Maschi		Femmine	
	1993	2003	1993	2003
Piemonte	1,75	1,50	0,48	0,43
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	2,25	2,47	0,44	1,00
Lombardia	1,48	1,06	0,47	0,53
Trentino-Alto Adige*	1,68	1,07	0,56	0,73
Veneto	1,41	1,03	0,46	0,52
Friuli-Venezia Giulia	2,01	1,21	0,52	0,49
Liguria	1,44	0,67	0,47	0,14
Emilia-Romagna	1,79	1,48	0,40	0,77
Toscana	1,52	1,08	0,41	0,53
Umbria	2,17	1,50	0,42	0,52
Marche	1,56	1,66	0,41	0,29
Lazio	1,21	0,75	0,35	0,30
Abruzzo	1,28	1,12	0,35	0,32
Molise	1,14	0,98	0,26	0,20
Campania	0,86	0,73	0,26	0,17
Puglia	1,16	0,88	0,26	0,21
Basilicata	1,24	1,21	0,38	0,27
Calabria	0,92	0,80	0,22	0,27
Sardegna	1,79	1,75	0,37	0,21
Sardegna	2,22	2,16	0,39	0,44
Italia	1,45	1,13	0,41	0,31

* I dati disaggregati per le PS di Bolzano e Trento non sono disponibili.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Rapporto Demografico 2006 - Angeli, Manzoli - Inst. Health For All Italia, Giugno 2006.



Malattie infettive Epatite virale B

L'epatite virale è una malattia infettiva presente in tutto il mondo ed è causata da virus diversi per caratteristiche biologiche e modalità di trasmissione. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) valuta che circa 400 milioni di persone (un terzo della popolazione mondiale) siano attualmente portatori di epatite B (HBV). Le stime dell'OMS suggeriscono che l'Epatite B provoca 1-2 milioni di morti ogni anno nel mondo e circa 22.000 nella sola Unione Europea.

In Italia, l'epatite B rimane un rilevante problema sanitario e di gestione della sanità pubblica, nonostante la disponibilità di vaccini efficaci e sicuri e nonostante il costante decremento dell'incidenza dell'ultimo tren-

tennio. Nel periodo 1996-2005, il tasso standardizzato di incidenza si è più che dimezzato passando da 1,97 a 0,81 (per 100.000) casi per le donne da 5,97 a 2,78 (per 100.000) casi per gli uomini.

Tubercolosi

Secondo i dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) la tubercolosi (TB) è la malattia infettiva più diffusa nel mondo: ogni anno si verificano circa 9 milioni di nuovi casi di infezione e approssimativamente 2 milioni di persone muoiono a causa dell'infezione. La malattia è tuttora molto frequente nei Paesi non industrializzati, mentre è diminuita costantemente in tutti i Paesi industrializzati grazie al miglioramento delle condizioni socio-economiche ed igienico-sanitarie delle popolazioni

e degli interventi sanitari di prevenzione e terapia.

In Italia la TB ha un'incidenza bassa, pari nel 2005 a circa 7 casi per 100.000 residenti, valore che pone il nostro Paese al di sotto del limite di 10 casi per 100.000 residenti, stabilito dall'OMS per identificare i paesi a bassa prevalenza di TB.

La malattia è più frequente negli uomini rispetto alle donne in considerazione probabilmente dei fattori di rischio come il fumo, l'alcol e le condizioni di vita disagiate che sono maggiormente presenti nella popolazione maschile. Inoltre è presente un gradiente geografico Nord-Sud: la maggior parte dei soggetti a rischio (soggetti HIV+, immigrati, ecc) al Nord e al centro sembra essere la spiegazione più plausibile a queste differenze geografiche.

Malattie metaboliche Diabete Mellito

Il diabete è una malattia cronica molto diffusa e in progressivo aumento in tutto il mondo. Sicuramente il regime di vita più sedentario e un'alimentazione eccessiva rispetto al fabbisogno hanno determinato un aumento dell'incidenza di questa malattia. I tassi di mortalità in Italia sono leggermente più alti negli uomini (3,4 per 10000) rispetto alle donne (3,2 per 10000). Le regioni in cui si osserva una mortalità più elevata per entrambi i sessi sono la Campania e la Sicilia. La mortalità per diabete aumenta con l'avanzare dell'età (25,13 per 10.000 per gli uomini e 29,07 per 10.000 per le donne nella

classe di età superiore ai 75 anni). Un'altra problematica importante che riguarda il diabete è rappresentata dagli oneri umani, sociali, economici e sanitari che questa patologia comporta: in Italia per tale patologia si riscontrano più di 70.000 ricoveri ogni anno. È una patologia invalidante e caratterizzata se non trattata adeguatamente da gravi complicanze a diversi organi e apparati (cuore, vasi, reni, occhi e nervi).



Percentuale di parti cesarei per regione - Anno 2007

Regioni	%
Piemonte	32,23
Valle d'Aosta-Valle d'Aoste	33,71
Lombardia	28,21
Bolzano-South Tyrol	24,17
Trentino	28,19
Veneto	28,75
Friuli Venezia Giulia	24,35
Liguria	33,92
Emilia-Romagna	29,56
Toscana	26,66
Umbria	31,26
Marche	35,67
Lazio	44,11
Abruzzo	45,27
Molise	52,00
Campania	61,80
Puglia	50,60
Basilicata	48,19
Calabria	45,60
Sardegna	52,91
Sardegna	38,62
Italia	39,27

1) I casi di cesareo sono stati calcolati stimando il volume di attività del secondo semestre (non pervenuto alla data della presente pubblicazione) in base ai dati del primo semestre.
 2) La percentuale di parti cesarei è calcolata da reparti chirurgici con DRG relativi a tutti i casi calcolati nei dati del primo semestre.
 3) Il volume complessivo di attività è stato stimato facendo uso di valori stimati per il secondo semestre di PA di Trento, Friuli-Venezia Giulia, Marche e Molise.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Rapporto SOG 2007, Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salus).

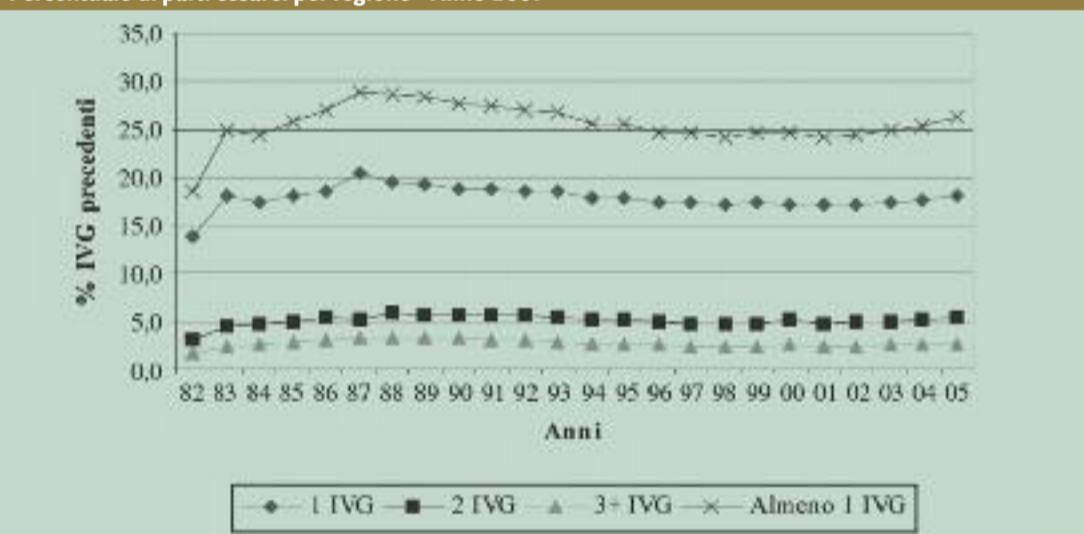
Salute materno-infantile

In questa edizione del Libro bianco vengono considerati i tre aspetti più importanti della salute materno-infantile già valutati nell'edizione del 2007 ovvero l'abortività spontanea, l'abortività volontaria e i parti cesarei. Inoltre alcuni approfondimenti sulle tecniche di fecondazione medicalmente assistita e sulla analgesia durante il parto (partorire senza dolore) presentano alle donne le opportunità e i servizi che vengono offerte al giorno d'oggi da centri medici specializzati. Per quanto riguarda il taglio cesareo prosegue la tendenza all'aumento del numero di tagli cesarei effettuati nel nostro Paese. L'Organizzazione Mondiale della Sanità continua a raccomandare una proporzione di parti cesarei sul totale dei parti

non superiore al 15-20%. Il nostro Paese ha uno dei valori più elevati tra tutti i paesi dell'Unione Europea (il 38,3% dai dati del 2005 delle schede di dimissione ospedaliera). Interessante notare che il numero di tagli cesarei ha valori diversi nelle differenti realtà regionali: in particolare le regioni del Sud, Campania (61,8%), Sicilia (52,91%) e Puglia (50,6%) presentano valori più alti di parto cesareo. La PA di Bolzano (24,17%) e il Friuli-Venezia Giulia (24,35%) sono le regioni con una proporzione più vicina alle raccomandazioni mondiali. Il tasso di abortività è rappresentato dal numero di Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) annualmente da 1000 donne in età fertile (15-49 anni). Dall'approvazione della Legge 194/78 ad oggi la dinamica dell'abortività volontaria

(interruzione di gravidanza su richiesta della donna entro i primi 90 giorni di gestazione o successivamente in caso di pericolo per la salute psicofisica della donna stessa) ha attraversato periodi diversi. Dopo una prima fase di espansione, a partire dalla metà degli anni Ottanta, è iniziata una fase decrescente, seguita negli ultimi anni da un periodo di stabilizzazione del fenomeno. Per aborto spontaneo si definisce l'interruzione della gravidanza che si verifica entro i 180 giorni di gestazione (ovvero 25 settimane + 5 giorni). Nonostante le notevoli conquiste raggiunte nel settore della tutela della salute riproduttiva e i recenti risultati nel riconoscimento e nel controllo dei fattori di rischio, la possibilità che una gravidanza evolva in esito abortivo è ancora abbastanza elevata.

Percentuale di parti cesarei per regione - Anno 2007



Fonte dei dati e anno di riferimento: Rapporto Osservasalute 2008 - Loghi, Spinelli - Istat, Indagine sulle interruzioni volontarie di gravidanza - Ministero della Salute. Relazione sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione della gravidanza. Anni 1982-2005.

Approfondimenti

OSPEDALE SENZA DOLORE: il Progetto Ospedale Senza Dolore del Policlinico "Agostino Gemelli"

Nell'ottica di una medicina centrata sul paziente la cura del dolore è un dovere etico, ma anche l'esempio di una buona prassi clinica. La realizzazione dell'Ospedale Senza Dolore, come nel progetto realizzato dal Policlinico "Agostino Gemelli", presentato dal Libro bianco, rappresenta un importante strumento per diffondere una nuova cultura capace di cogliere i bisogni ed aumentare la cognizione di cura sia tra i professionisti sanitari sia negli stessi pazienti.

stante l'Organizzazione Mondiale della Sanità abbia dichiarato il decennio 2000-2010 "la decade dell'osso e delle articolazioni", il piano sanitario nazionale 2006-2008 e i piani sanitari regionali vigenti mostrano una ridotta attenzione verso le patologie reumatiche. Ad oggi solo quattro regioni (Friuli-Venezia Giulia, Lombardia, Sardegna e Toscana) considerano le patologie reumatiche di rilevanza sociale e solo la Sardegna fa cenno alle nuove possibilità di cura. Inoltre l'OMS ha segnalato che le malattie reumatiche sono la prima causa di invalidità nei Paesi sviluppati, infliggendo un enorme costo alla spesa pubblica.

ARTRITE REUMATOIDE

L'artrite reumatoide è la più diffusa delle malattie reumatiche infiammatorie ed è determinata da un mal funzionamento del sistema immunitario. Nel mondo colpisce una persona su cento, mentre in Italia una su duecento. Il 75% dei pazienti sono donne. Questa malattia si presenta con un'infiammazione e quindi dolore alla piccole articolazioni estendendosi successivamente alle altre articolazioni. Se non trattata porta a deformità articolari irreversibili che comportano disabilità permanenti. Il mancato riconoscimento dei sintomi porta a diagnosi tardiva e quindi a ritardo del trattamento. La terapia tradizionale si avvale di farmaci di fondo o DMARDS (idrossiclorochina, methotrexate, leflunomide, ciclosporina, sulfasalazina), cortisonici, antinfiammatori e antidolorifici. Anche la fisioterapia ha un ruolo importante. Non-

BULIMIE, ANORESSIE E OBESITÀ PSICOGENE

In Italia il 5% della popolazione soffre di disturbi dell'alimentazione. Circa 3 milioni di persone sono affette da bulimia, anoressia o obesità. Il 96,2% è rappresentato da donne, ma attualmente si assiste ad un preoccupante aumento di casi nella popolazione maschile. L'adolescenza è la fascia di età più colpita (12-25 anni), ma i disturbi possono manifestarsi anche in fasce di età pediatrica e dopo i 40 anni. L'anoressia è caratterizzata da una restrizione alimentare molto rigida: il controllo del cibo diventa la manifestazione del bisogno di controllare emozioni e sentimenti e può portare ad uno stato di denutrizione anche molto grave. La bulimia è invece caratterizzata da abbuffate a cui seguono condotte eliminatorie. Escludendo l'obesità conseguente a disfunzioni metaboliche, l'obesità psicogena è determinata da disfunzioni psico-

Percentuale di parti cesarei per regione - Anno 2007

Regioni	Classi di età							Rapporti std
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
Piemonte	163,99	99,56	91,90	95,19	165,38	364,41	928,22	118,40
Valle d'Aosta-Valle d'Aoste	103,57	120,22	80,88	93,70	186,21	389,77	0,00	119,14
Lombardia	156,42	96,46	90,36	101,55	165,54	381,21	903,62	120,28
Trentino-Alto Adige	101,38	81,95	87,40	100,20	167,85	394,79	1.100,43	117,37
Bolzano-South Tyrol	82,41	84,45	79,62	83,82	139,54	346,23	1.227,24	106,97
Trento	126,96	79,12	95,40	115,17	176,49	440,39	999,87	128,16
Veneto	157,35	104,84	108,93	119,65	184,30	455,93	1.594,40	139,88
Friuli-Venezia Giulia	116,56	108,15	97,32	126,46	178,11	505,32	2.377,78	139,85
Liguria	74,36	63,62	79,63	74,93	108,72	267,86	800,38	88,25
Emilia-Romagna	113,74	78,50	90,78	96,79	155,73	387,54	1.100,73	114,54
Toscana	164,55	101,92	108,57	114,98	168,71	402,01	1.194,00	132,85
Umbria	116,30	74,80	85,17	79,51	129,20	356,81	992,56	100,34
Marche	84,32	79,35	77,26	104,10	166,17	408,29	1.059,10	115,21
Lazio	265,72	168,71	123,70	132,20	306,39	498,56	1.218,07	162,44
Abruzzo	168,49	98,36	78,97	85,12	161,49	366,95	1.166,95	110,61
Molise	157,34	79,06	91,40	82,12	113,75	284,05	246,06	98,32
Campania	90,55	80,70	78,08	92,69	153,06	348,76	948,09	107,13
Puglia	119,24	85,22	77,01	92,26	154,55	385,85	1.122,53	109,44
Basilicata	80,02	95,87	94,02	112,25	155,82	464,97	1.304,75	124,95
Calabria	100,12	72,06	75,60	87,81	145,28	366,89	612,47	102,66
Sicilia	102,50	81,25	81,74	93,25	160,77	381,18	667,25	110,86
Sardegna	136,86	108,21	95,74	112,01	182,24	443,38	1.224,28	131,95
Italia	126,75	93,48	90,44	102,91	166,91	400,15	1.036,08	120,90

* I rapporti del Molise sono stimati.
 Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento i nati vivi in Italia nel 2001.
 Fonte dei dati e anno di riferimento: Rapporto Osservasalute 2008 - Loghi, Spinelli - Istat, Indagine sulle dimissioni dagli istituti di cura per aborto spontaneo. Anno: 2005.



Jean-Auguste-Dominique Ingres
La bagnante di Valpinçon

logiche gravi: si tratta di una vera e propria malattia sociale che interessa un numero sempre maggiore di persone anche in giovane età (infanzia e adolescenza).

Il trattamento di questi disturbi consiste in un lavoro d'equipe che coinvolge psicologi, psicoterapeuti, psichiatri e medici specializzati nel trattamento dei disordini alimentari. ABA (Associazione Bulimia Anoressia) si occupa di queste patologie da circa 20 anni e cerca di offrire assistenza e cura ai malati con disordini alimentari, oltre a promuovere campagne di informazione rivolte alla popolazione e al personale sanitario.

VESICIA IPERATTIVA

La vescica iperattiva è una sindrome molto frequente caratterizzata da alcuni sintomi clinici comuni che molto spesso non vengono però segnalati o riconosciuti. E' caratterizzata dall'urgenza alla minzione che può essere associata o meno ad una incontinenza (vescica iperattiva "asciutta" o "bagnata"). Tale patologia è determinata da una iperattività del muscolo destruttore della vescica o da altre disfunzioni dello svuotamento della vescica senza evidenza di infezioni o altre patologie organiche determinanti. In Europa circa 49 milioni di persone con età superiore ai 40 anni soffrono di questa patologia, considerando che solo il 50-60% delle persone con questa patologia consulta un medico. In considerazione della frequenza della malattia essa comporta un notevole impatto socio-economico che si ripercuote sulla qualità della vita dell'intera popolazione. E' necessario riconoscere tale patologia per poter attuare la terapia adeguata: modificazioni dello stile di vita (perdita di peso, sospensione del fumo, dieta regolare e adeguato apporto idrico, eliminazioni di sostanze irritanti come caffeina o teina), esercizi di riabilitazione del pavimento pelvico ed infine trattamento farmacologico (farmaci antimuscarinici) o terapie più invasive per specifici casi (neuromodulazione sacrale, farmaci endovesicali, ecc).

OSTEOPOROSI

Guardando i dati italiani del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute), riferiti alla sola popolazione ultrasessantenne, si stimano in circa 2,600 miliardi di euro i costi della spesa socio-sanitaria per l'osteoporosi e le sue conseguenze, suddivisa tra costi diretti (ovvero a carico del Sistema Sanitario Nazionale) e costi indiretti (ovvero: le giornate lavorative perse, mancata pro-

duktività dei familiari, dipendenza da familiari o da assistenti a domicilio, disabilità, riduzione della qualità di vita personale, ecc.). Tra le patologie croniche e con impatto maggiore per la vita dei pazienti, l'osteoporosi è sicuramente una patologia diffusa ma oggi molto trascurata. La conseguenza più devastante dell'osteoporosi consiste senza dubbio nella frattura di femore: il numero di tali fratture nel mondo è pari a 1.500.000. Al giorno d'oggi esistono semplici esami strumentali di misurazione della massa ossea per poter giungere alla diagnosi; inoltre un nuovo strumento di grande rilevanza clinica è la carta del rischio FRAX, un algoritmo che permette sulla semplice analisi dei fattori di rischio di predire il rischio di frattura da osteoporosi a 10 anni.

Il trattamento tempestivo dell'osteoporosi è fondamentale per prevenire le drammatiche conseguenze. La ricerca farmacologica ha permesso l'introduzione di farmaci sempre più specifici ed efficaci. Anche le istituzioni sono sempre più sensibili a questa patologia: gli impegni del Governo sottolineano una forte presa di coscienza sull'impatto socio-economico dell'osteoporosi. (Mozione del Senato - 4 giugno 2008).

MENOPAUSA

La menopausa rappresenta una fase della vita della donna durante la quale si assiste ad una serie di cambiamenti psico-fisici e socio-economici che conducono la donna stessa alla ricerca di un nuovo stile di vita. La definizione clinica di menopausa è data dall'assenza del flusso mestruale da 12 mesi ed è confermata da bassi livelli di Estrogeni (E2) e alti livelli di gonadotropine circolanti (LH e soprattutto FSH). Per le casistiche italiane l'età media di insorgenza della menopausa fisiologica è di 49 anni con variazione dai 46 ai 53 anni. La menopausa comporta una serie di cambiamenti a livello sistemico che coinvolgono tutto l'organismo predisponendo a patologie di tipo cronico anche molto gravi. La patologia cardiovascolare poco approfondita nelle donne è responsabile di oltre il 70% dei decessi nelle donne sopra i 65 anni. Alterazioni del metabolismo legate a modificazioni ormonali in menopausa come la "sindrome metabolica" o l'aumento del colesterolo o ancora una ridotta tolleranza glucidica (IGT) o il diabete mellito di tipo 2 sono condizioni spesso associate alla menopausa e rappresentano importanti fattori di rischio per la patologia cardio-



vascolare. Anche la prevalenza di ipertensione, fattore di rischio più noto per la patologia cardiovascolare, aumenta maggiormente nella donna dopo la menopausa. L'osteoporosi è sta-

ta a lungo trattata sottolineando l'importanza del suo riconoscimento e trattamento più precoce possibile. La menopausa inoltre coincide con la fase della vita della donna in cui, anche per

effetto dell'invecchiamento generale, aumenta il rischio di comparsa di diverse neoplasie quali il carcinoma mammario, uterino, ovarico ma anche del colon-retto o del polmone.

CONCLUSIONI

La sintesi di questa seconda edizione del Libro bianco evidenzia come lo stato di salute delle donne italiane sia da ritenersi complessivamente buono, mentre continuano ad aumentare le differenze geografiche tra singole regioni e tra uomini e donne. In alcune regioni, ed in particolare nel sud Italia mancano ancora razionali scelte programmatiche, organizzative e gestionali per poter garantire adeguati servizi alla popolazione. Per quanto riguarda le problematiche di genere da questa analisi risulta che le donne godono di un'aspettativa di vita superiore rispetto all'uomo. Aumentano anche nelle donne alcuni fattori di rischio per patologie importanti quali ad esempio il consumo di fumo o di alcolici. L'incidenza e la mortalità per tumore in entrambi i sessi sono costanti anche se vi è

stato un aumento della prevalenza. L'attività di prevenzione oncologica si è sviluppata molto nell'ambito dell'attività degli screening organizzati, anche se il forte squilibrio tra nord e sud persiste. L'assistenza alla salute materno-infantile è ancora inadeguata in molte aree geografiche del nostro paese. Le capacità delle singole regioni di rispondere alle sfide della salute femminile nel nuovo millennio appaiono al momento assolutamente differenziate e, in assenza di interventi correttivi rapidi ed efficaci, questo determinerà l'allargamento del differenziale di salute tra donne di diversi livelli socio-economici e, soprattutto, residenti in diverse regioni italiane, con quelle meridionali costantemente svantaggiate rispetto alle donne residenti nelle regioni centro-settentrionali del Paese