



Osservatorio Nazionale
sulla salute della Donna

Libro Bianco 2009

LA SALUTE DELLA DONNA

Stato di salute e assistenza nelle regioni italiane

Sintesi

Walter Ricciardi
Tiziana Sabetta

Informazioni utili

Francesca Merzagora

Presidente, Osservatorio Nazionale
sulla salute della Donna,
Milano

O.N.Da



Questa seconda edizione della sintesi 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. 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. 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. Viene ancora sottovalutata la salute delle donne all'interno di una ricerca medica che è centrata sull'uomo. Infatti, 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. O.N.Da vuole ricordare con questa pubblicazione 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. Questo quaderno è la sintesi del Libro bianco curato da Walter Ricciardi pubblicato con Franco Angeli Editore e presentato alla stampa in Farminindustria il 16 settembre '09. Il volume è disponibile nelle principali librerie.

Libro Bianco 2009

LA SALUTE DELLA DONNA: **Stato di salute e assistenza nelle regioni italiane**

Sintesi

Walter Ricciardi

*Direttore Osservatorio Nazionale
sulla Salute nelle Regioni Italiane*

Tiziana Sabetta

*Osservatorio Nazionale sulla Salute
nelle Regioni Italiane*



Aspetti demografici

2

L'Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna (O.N.Da), in collaborazione con l'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane dell'Università Cattolica di Roma, presenta la seconda edizione del Libro bianco - La salute della donna. Stato di salute e assistenza nelle regioni italiane -.

La pubblicazione del Libro bianco ha cadenza biennale e viene alternata con quella del Libro verde, la cui prima edizione è stata presentata nel 2008, e nel quale vengono avanzate una serie di proposte operative finalizzate a migliorare lo stato di salute delle donne del nostro Paese.

Il progetto di proseguire con questa raccolta di dati e con la loro elaborazione e descrizione è motivato dalla constatazione che, nonostante alcuni miglioramenti, le differenze di qualità e, in qualche caso, di quantità di vita tra uomini e donne sono ancora rilevanti.

L'obiettivo principale del Libro bianco è quello di continuare ad approfondire le specifiche esigenze di genere per migliorare la programmazione e l'organizzazione delle attività connesse alla salute femminile nelle regioni italiane e di comprendere meglio i bisogni di salute e le necessità assistenziali delle donne del nostro Paese.

Gli indicatori analizzati hanno validità scientifica e correttezza metodologica ed i dati utilizzati provengono da fonti ufficiali di dati statistici nazionali e regionali o da banche dati di progetti nazionali e si riferiscono all'anno più recente per cui sono disponibili le informazioni. Tutto ciò consente di mettere a disposizione dei decisori dati oggettivi e scientificamente rigorosi per adottare azioni adeguate, razionali e tempestive per la salute delle popolazioni di riferimento.

L'auspicio è che questo volume, in cui i risultati vengono comunicati con un linguaggio semplice e divulgativo, sia di stimolo non solo a chi ha responsabilità decisionali o, comunque, sia "addetto ai lavori", ma sia utile anche alla popolazione generale, in particolare alle donne, affinché possano consapevolmente comprendere meglio le problematiche che le riguardano e far sentire più forte la propria voce.

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.

Tab. 1 - Speranza di vita alla nascita per regione e sesso - Anni 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	83,6	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	84,6	84,6	84,7
Bolzano-Bozen	78,1	78,4	78,8	79,1	84,3	84,4	84,5	84,8
Trento	77,9	78,5	78,3	78,8	84,5	84,8	84,7	84,6
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	83,5	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	78,7	78,8	84,1	84,1	84,2	84,0
Toscana	78,8	78,9	79,0	79,1	84,4	84,2	84,5	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	78,6	84,2	84,2	84,3	84,3
Campania	76,5	76,4	76,9	77,0	82,3	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	83,5	83,5
Calabria	78,2	78,1	78,5	78,5	83,3	83,2	84,0	83,7
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	84,0	83,9	84,5	84,2
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 Osservasalute 2008 - Di Fraia, Spizzichino, Frova, Pappagallo, Egidi - Elaborazioni su dati Istat disponibili nel sito www.demo.istat.it. Anno 2008.

Dal 2004 ad oggi gli uomini rispetto alle donne hanno avuto un aumento più veloce della speranza di vita alla nascita guadagnando 0,5 anni mentre le donne hanno guadagnato solo 0,1 anni (da 83,7 anni nel 2004 a 83,8 nel 2007).

Tab. 2 - Tassi standardizzati di mortalità per tutte le cause (per 10.000) oltre l'anno di vita per regione e sesso - Anni 2001-2006

Regioni	2001	2002	2003	2004	2005	2006*	2001	2002	2003	2004	2005	2006*
	Maschi						Femmine					
Piemonte	134,60	131,30	135,50	122,25	123,29	118,92	81,04	79,69	82,85	72,21	75,34	71,88
Valle d'Aosta- Vallée d'Aoste	144,70	143,60	138,90	125,64	136,98	119,88	81,77	82,81	79,45	73,35	73,67	70,77
Lombardia	133,80	130,50	133,50	120,35	120,46	117,76	76,54	75,11	78,26	68,24	70,28	67,91
Trentino- Alto Adige	129,10	124,80	129,20	119,81	115,68	114,24	69,55	68,62	72,98	67,39	66,05	64,21
Bolzano-Bozen	122,30	123,80	129,50	121,41	114,99	115,63	72,09	72,05	76,19	71,07	69,17	63,04
Trento	134,80	125,80	128,80	118,56	116,20	112,91	67,45	65,95	70,39	64,42	63,79	65,68
Veneto	127,70	128,20	126,10	119,03	118,17	111,29	71,86	70,99	72,50	66,52	67,19	63,32
Friuli- Venezia Giulia	135,60	132,90	138,10	124,65	122,89	114,14	76,49	76,53	77,23	73,75	71,60	67,85
Liguria	134,00	129,50	132,50	120,20	120,39	116,62	79,57	76,68	82,31	69,87	71,91	70,60
Emilia-Romagna	124,70	123,70	125,70	114,46	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	115,26	110,89	74,00	73,05	76,11	67,40	68,80	65,54
Umbria	126,00	122,40	124,50	112,59	120,60	111,41	74,49	73,12	72,05	67,12	70,44	66,86
Marche	115,90	113,80	118,80	108,55	107,00	105,85	68,73	67,40	72,31	63,85	64,23	62,68
Lazio	133,40	129,40	134,00	123,32	122,57	118,05	83,34	81,82	85,76	76,92	77,65	73,11
Abruzzo	123,00	123,50	124,10	117,18	116,22	109,36	71,00	72,80	76,09	68,05	68,97	64,73
Molise	122,70	115,10	116,00	119,10	122,34	115,38	73,14	72,65	75,02	70,65	69,82	69,32
Campania	141,60	139,00	141,30	128,50	131,61	125,76	91,26	89,98	91,36	81,61	84,45	79,36
Puglia	122,40	119,00	124,20	111,58	113,55	110,83	78,57	77,26	79,96	70,80	72,83	71,55
Basilicata	122,40	119,00	118,30	112,28	116,07	111,75	73,62	72,66	74,84	72,95	73,15	69,70
Calabria	118,00	116,70	118,00	110,02	113,93	108,77	81,23	76,24	79,85	71,67	74,60	69,05
Sicilia	127,70	128,30	129,30	118,84	120,66	118,30	88,68	86,00	89,05	79,31	80,80	79,00
Sardegna	129,60	124,10	127,20	116,09	117,69	114,85	76,23	76,48	78,88	69,20	70,57	67,04
Italia	129,40	127,00	129,50	118,52	119,36	115,39	78,47	77,05	79,97	71,29	72,86	69,87

*Dati provvisori.

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

Fonte dei dati e anno di riferimento: Rapporto Osservasalute 2008 - Di Fraia, Spizzichino, Frova, Pappagallo, Egidi - Istat. Indagine "Mortalità per causa". Anno 2008.

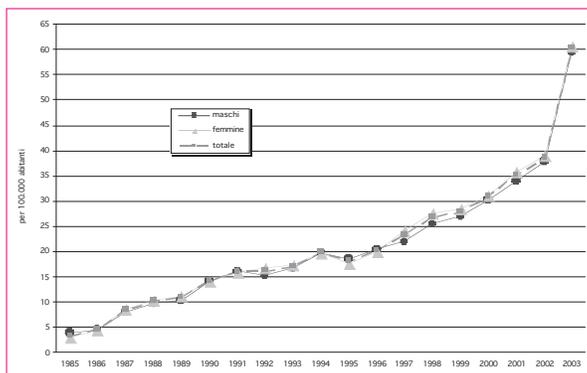
Le stime del 2006, per quanto riguarda le principali cause di morte analizzate (tumori, malattie sistema circolatorio, malattie apparato respiratorio, malattie apparato digerente e cause violente), risultano in linea con i trend attesi e cioè una generale diminuzione sia tra gli uomini che tra le donne. 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).

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.

Fig. 1 - Tassi standardizzati di mortalità (per 100.000) per Malattia di Alzheimer nella classe di 65 anni ed oltre per sesso - Anni 1985-2003*



Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione censuaria 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 causa". Anno 2008.

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

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 dal cambiamento delle pratiche di certificazioni da parte della classe medica.

**Fattori di rischio
per la salute**

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%).

Il fumo, l'abuso di alcolici e il sovrappeso confermano anche quest'anno di essere alcuni tra i fattori di rischio più 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.

Tab. 3 - Prevalenza di fumatori di 15 anni ed oltre (per 100) per regione e sesso - Anno 2007

Regioni	Maschi	Femmine
Piemonte	26,97	18,29
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	22,49	17,30
Lombardia	26,79	17,55
Trentino-Alto Adige	25,66	15,87
Bolzano-Bozen	25,61	16,29
Trento	25,69	15,48
Veneto	24,16	14,33
Friuli-Venezia Giulia	25,57	17,08
Liguria	28,01	19,66
Emilia-Romagna	24,59	19,35
Toscana	27,08	19,15
Umbria	26,65	19,23
Marche	28,12	17,51
Lazio	33,29	16,79
Abruzzo	27,12	15,56
Molise	26,90	14,84
Campania	35,11	18,73
Puglia	31,25	11,75
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

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 consumatori "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.

Tab. 4 - Prevalenza di persone di 18 anni ed oltre (per 100) obese ed in sovrappeso per regione e sesso - Anno 2007

Regioni	Persone obese		Persone in sovrappeso	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Piemonte	10,23	7,21	41,01	25,91
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	11,61	8,64	41,41	26,56
Lombardia	10,56	7,50	41,48	24,00
Trentino-Alto Adige	9,32	9,31	42,66	24,09
Bolzano-Bozen	8,00	7,37	41,09	25,02
Trento	10,49	11,13	43,94	22,87
Veneto	10,42	8,29	41,99	27,72
Friuli-Venezia Giulia	10,96	8,32	45,37	24,19
Liguria	10,29	9,18	41,90	25,49
Emilia-Romagna	12,39	9,95	43,52	27,95
Toscana	10,17	8,89	44,18	24,44
Umbria	12,83	10,12	43,73	25,52
Marche	12,32	11,21	42,09	26,57
Lazio	8,39	8,44	45,95	27,92
Abruzzo	13,11	12,17	46,09	29,14
Molise	12,06	13,96	47,10	30,88
Campania	11,04	12,83	49,34	35,10
Puglia	13,97	11,08	47,35	33,40
Basilicata	12,14	13,78	47,48	29,96
Calabria	11,37	9,35	46,07	30,98
Sicilia	12,76	11,15	50,67	32,59
Sardegna	9,70	9,83	45,35	25,29
Italia	11,08	9,43	44,69	28,09

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

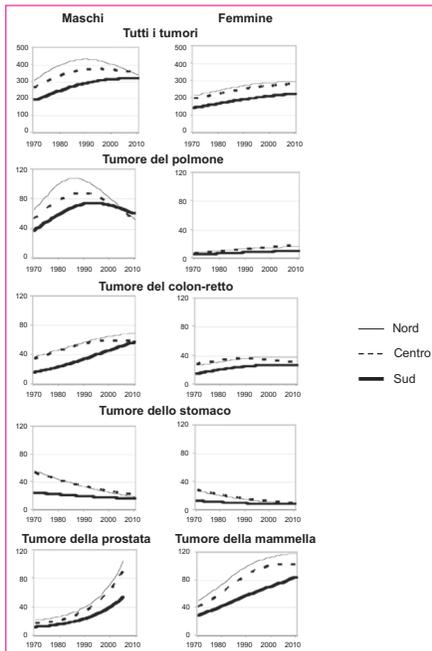
Sia l'obesità che il sovrappeso sono importanti fattori di rischio da considerare non come una malattia del singolo individuo ma come il risultato di tanti fattori ambientali e

**Tumori:
incidenza e mortalità**

socio-economici che condizionano 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%).

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.

Fig. 2 - Tassi standardizzati di incidenza (std europeo, per 100.000) per alcune sedi oncologiche nella classe 0-84 anni per sesso e macroarea - Anni 1970-2010



Fonte dei dati e anno di riferimento: Rapporto Osservasalute 2008 - Bails, Francisci, De Angelis, Grande, Micheli - Micheli et al. Tumori 93 (4). www.tumori.net. Anno 2007.

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 epidemiologico e rappresenta un indicatore globale della salute.

Tab. 5 - Tassi standardizzati di mortalità (per 10.000) oltre l'anno di vita per regione e tumori maligni della mammella delle donne - Anni 2001-2003, 2006

Regioni	Tumori m. mammella				
	2001	2002	2003		2006**
			ICD-9*	ICD-10	
Piemonte	4,06	3,70	3,96	3,95	3,81
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	4,41	4,63	3,32	3,31	3,49
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-Bozen	4,41	3,56	3,64	3,63	3,03
Trento	3,41	3,94	3,69	3,68	3,33
Veneto	3,64	3,47	3,39	3,38	3,24
Friuli-Venezia Giulia	4,25	4,28	4,00	3,99	3,55
Liguria	4,10	3,67	3,92	3,91	3,61
Emilia-Romagna	3,76	3,53	3,44	3,43	3,40
Toscana	3,24	3,13	3,15	3,14	3,15
Umbria	2,95	3,36	2,57	2,56	3,10
Marche	3,04	2,96	2,85	2,84	3,14
Lazio	3,53	3,69	3,38	3,37	3,34
Abruzzo	2,72	2,51	2,60	2,60	2,55
Molise	2,79	1,85	2,38	2,37	2,61
Campania	3,25	3,18	3,22	3,21	2,91
Puglia	3,38	3,22	3,30	3,29	2,89
Basilicata	1,81	2,65	2,47	2,46	2,05
Calabria	2,61	2,58	2,48	2,47	2,36
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 censuaria italiana del 2001.

* Calcolato con i Coefficienti di Raccordo tra ICD-9 e ICD-10 (tasso ICD-10/CR).
 ** Dati provvisori.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Rapporto Osservasalute 2008 - Di Fraia, Spizzichino, Frova, Pappagallo, Egidi - Istat. Indagine "Mortalità per causa". Anno 2008.

Prevenzione

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

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% totale. 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.

Fig. 3 - Diffusione dei programmi di screening entro il 2007 (grigio chiaro) e nuove attivazioni anno 2007 (in grigio scuro)



Fonte dei dati e anno di riferimento:
 Osservatorio Nazionale Screening.
 Settimo Rapporto. Anno 2008.

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 dibattuta.

In Italia, la popolazione, obiettivo femminile dei programmi di screening, è quella in età 25-64 anni. Recenti Linee Guida europee, riprese successivamente dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali due anni fa, prevedono inviti personali alle donne di età compresa tra i 25 ed i 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 invitato il 25,58% della popolazione obiettivo e nel 2006 il 25,32%.

Tumore del colon-retto

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

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 ed 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).

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 trentennio. 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.

Mortalità per suicidio

Tab. 6 - Tassi standardizzati di mortalità (per 10.000) per suicidio e autolesione per regione e sesso - Anni 1993, 2003

Regioni	Maschi		Femmine	
	1993	2003	1993	2003
Piemonte	1,75	1,50	0,48	0,45
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	2,25	2,47	0,44	1,03
Lombardia	1,48	1,06	0,47	0,33
Trentino-Alto Adige*	1,68	1,77	0,36	0,43
Veneto	1,41	1,03	0,46	0,32
Friuli-Venezia Giulia	2,01	1,21	0,62	0,49
Liguria	1,44	0,67	0,47	0,14
Emilia-Romagna	1,79	1,48	0,60	0,47
Toscana	1,52	1,08	0,41	0,33
Umbria	2,17	1,50	0,42	0,32
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	0,96	0,73	0,26	0,17
Puglia	1,16	0,98	0,26	0,21
Basilicata	1,24	1,21	0,38	0,27
Calabria	0,92	0,84	0,22	0,27
Sicilia	1,29	1,15	0,32	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 PA di Bolzano e Trento non sono disponibili.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Rapporto Osservasalute 2008 - Angeli, Manzoli - Istat. Health For All-Italia. Giugno 2008.

Salute materno-infantile

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.

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 ed 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%.

Tab. 7 - Percentuale di parti cesarei per regione - Anno 2007

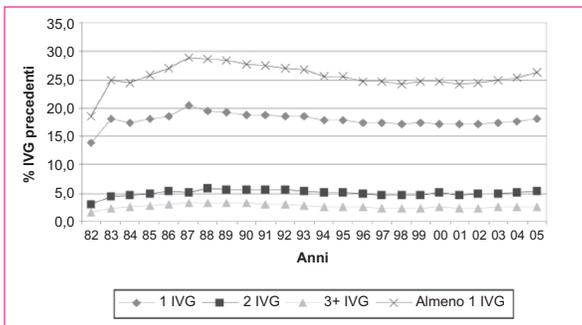
Regione	% Parti cesarei
Piemonte	32,23
Valle d'Aosta- Vallée d'Aoste	33,71
Lombardia	28,23
Bolzano-Bozen	24,17
Trento ^{(4) (5)}	28,19
Veneto	28,75
Friuli-Venezia Giulia ^{(4) (5)}	24,35
Liguria	33,92
Emilia-Romagna	29,56
Toscana	26,66
Umbria	31,26
Marche ^{(4) (5)}	35,43
Lazio	44,11
Abruzzo	45,27
Molise ^{(4) (5)}	52,00
Campania	61,80
Puglia	50,60
Basilicata	48,19
Calabria	46,60
Sicilia	52,91
Sardegna	38,62
Italia^{(4) (5) (6)}	39,27

- (4) I tassi di ricovero sono stati calcolati stimando il volume di attività del secondo semestre (non pervenuto alla data della presente elaborazione), in base ai dati del primo semestre.
- (5) La percentuale di parti cesarei e di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici è stata calcolata sui dati del primo semestre.
- (6) Il volume complessivo di attività è stato ottenuto 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 SDO 2007. Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute).

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).

Fig. 4 - Percentuale di IVG ripetute - Anni 1982-2005



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.

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 ed 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.

Tab. 8 - Rapporti (specifici e standardizzati per 1.000 nati vivi) di dimissioni da istituti di cura per aborto spontaneo per regione e classe di età - Anno 2005

Regioni	Classi di età							Rapporti
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	std
Piemonte	163,99	99,36	91,90	95,19	165,38	364,44	928,22	118,40
Valle d'Aosta-Vallée 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-Bozen	82,41	84,45	79,62	85,87	159,54	346,25	1.223,24	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	96,78	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	122,70	132,20	206,39	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	345,76	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	95,67	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 della regione 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.

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.

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. Nonostante 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.

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 psicologiche 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.

Vescica Iperattiva

La vescica iperattiva è una sindrome molto frequente caratterizzata da alcuni sintomi clinici comuni che molto spesso non vengono però segnalati o riconosciuti. È 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. È 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 produttività 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 cardiovascolare. Anche la prevalenza di ipertensione, fattore di rischio più noto per la patologia cardiovascolare, aumenta maggiormente nella donna dopo la menopausa. L’osteoporosi è stata 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.

Sergio Dompé

Presidente Farmindustria



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 Farmindustria 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. Stili 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.

O.N.Da è un Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna che studia le principali patologie e tematiche di salute femminile promuovendo una cultura della salute di genere: dalle malattie cardiovascolari all'oncologia, dalle patologie psichiche a quelle neurodegenerative, dalle tematiche riproduttive alle malattie a trasmissione sessuale, alla menopausa e alle problematiche legate all'invecchiamento. O.N.Da sostiene ricerche di base e cliniche sulle principali patologie, ne valuta l'impatto sociale ed economico, informa le Istituzioni, i medici e il pubblico, promuove l'insegnamento in ambito scolastico e incoraggia le donne a svolgere un ruolo attivo nei confronti della propria salute in tutti gli ambiti.

Consiglio Direttivo: Francesca Merzagora (Presidente), Alberto Costa (Vice Presidente), Gilberto Corbellini, Giorgio Viganò (Tesoriere), Giorgio Fiorentini, Maria Antonietta Nosenzo

Comitato d'onore: Boris Biancheri, Vittoria Buffa, Gaetano Gifuni, Emanuele Pirella, Umberto Veronesi

Comitato Tecnico Scientifico: Gilberto Corbellini (Presidente), Adriana Albini, Giovanni Apolone, Giuliano Binetti, Maria Luisa Brandi, Vincenzina Bruni, Salvatore Carrubba, Elena Cattaneo, Patrizia Colarizi, Andrea Decensi, Maurizio De Tilla, Maria Grazia Modena, Laura Pellegrini, Walter Ricciardi, Marco Rosselli Del Turco, Gianna Schelotto, Nicla Vassallo, Carlo Vergani

Con il patrocinio di



O.N.Da

Osservatorio Nazionale
sulla salute della Donna

Via Fatebenefratelli, 17 Milano 20121
Tel: 02.29015286 Fax: 02.29004729
e-mail: info@ondaosservatorio.it
www.ondaosservatorio.it