



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

SINTESI DEL LIBRO BIANCO
Prima edizione

A cura di Francesca Merzagora e Walter Ricciardi

PREFAZIONE

Nel luglio 2007 O.N.Da Osservatorio nazionale sulla salute della donna ha pubblicato grazie a Ina Assitalia e a Wyeth la prima edizione del Libro bianco *La salute della donna. Stato di salute e di assistenza nelle regioni italiane* curato dall'Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane. Il volume, presentato alla stampa a Roma il 3 luglio in Senato, è pubblicato da Franco Angeli Editori ed è disponibile in libreria.

Al fine di offrire una versione più divulgativa e riassuntiva dei dati pubblicati nel Libro bianco si è provveduto a stamparne una sintesi nell'ambito dei Quaderni di O.N.Da visionabile anche nel sito www.ondaossevatorio.it

La salute della donna è cambiata perché è mutato il suo ruolo nella società: sempre più presente nel mondo del lavoro, ma sempre meno aiutata nel suo ruolo in casa, la donna si trova oggi ad essere attiva su più fronti contemporaneamente con inevitabili situazioni di stress che hanno un riflesso negativo sulla sua salute.

Le donne italiane vivono più a lungo degli uomini, ma vivono peggio, si ammalano di più poiché talune patologie sono legate proprio all'invecchiamento, e sono poi curate paradossalmente con farmaci non testati specificatamente su di loro.

Talune patologie un tempo considerate appannaggio esclusivamente maschile (malattie cardiovascolari) vedono le donne in prima fila, ma la percezione del rischio non è corretta e questo porta sovente a perdere tempo prezioso nella diagnosi.

L'invecchiamento della popolazione femminile ha anche riflessi di tipo economico e sociale: per poter considerare le donne una risorsa e non un costo è bene che arrivino alla soglia della vecchiaia in buona salute e con un carico il più ridotto possibile di disabilità.

Stili di vita corretti e consuetudini sociali appropriate avranno un ruolo sempre più importante nel determinare la qualità della vecchiaia della popolazione femminile.

INTRODUZIONE

La recente Comunicazione dell'8 marzo 2007 della Commissione al Parlamento Europeo e al Consiglio sottolinea come la parità tra donne e uomini sia un valore essenziale e un fattore cruciale di crescita e di riduzione della povertà nonché una delle chiavi per raggiungere gli obiettivi di sviluppo del millennio.

Tale parità di fatto non è stata ancora raggiunta e per quanto riguarda in particolare la salute vi sono una serie di fattori, quali gli accessi iniqui al SSN, la scarsità di potere economico e sociale delle donne, la limitata partecipazione delle donne agli studi clinici, che agiscono negativamente sulla salute femminile e mostrano come ancora le donne siano svantaggiate rispetto agli uomini nella tutela della loro salute.

L'idea di pubblicare nel 2006 la prima edizione del Libro bianco sulla salute della donna nasce dal desiderio di approfondire la conoscenza dei bisogni di salute e le necessità di carattere assistenziale della popolazione femminile del nostro Paese.

La pubblicazione è suddivisa in due parti: la prima è dedicata alla descrizione della *popolazione femminile* italiana con dati riferiti agli aspetti demografici, ai tassi di sopravvivenza e di mortalità, ai livelli di istruzione, al lavoro e al tempo libero.

La seconda parte è invece incentrata sulle condizioni di *salute* e sull'*assistenza sanitaria* erogata nelle regioni italiane e vi vengono analizzate le principali patologie, sempre ponendo al centro dell'attenzione le differenze tra uomini e donne, anche in maniera trasversale tra regioni ed aree geografiche e, quando possibile, per fasce d'età.

Il quadro che emerge è molto interessante: la salute delle donne italiane è complessivamente buona, ma le diverse condizioni socio economiche e gli stili di vita contribuiscono ancora a creare disparità regionali anche sul fronte dell'offerta dei servizi sanitari.

L'obiettivo del Libro bianco, di cui qui è tratta una sintesi, è di offrire un quadro della situazione di salute e di assistenza nelle varie regioni italiane che possa essere utile in particolare alle donne affinché possano consapevolmente sempre più far sentire la propria voce e ottenere il rispetto del diritto alla salute sancito dalla nostra Costituzione.

ASPETTI DEMOGRAFICI

Le donne italiane residenti nel nostro Paese stando ai dati ISTAT sono oltre 30 milioni, sono donne non molto prolifiche (il tasso di fecondità è infatti pari a 1,33 ovvero poco più di un figlio a testa, più basso della media europea), ben il 23,5% ha superato i 65 anni (percentuale che supera quella della popolazione femminile ricompresa tra i 0 e i 14 anni) e vivono più a lungo degli uomini (con una speranza di vita alla nascita nel 2006 di 84 anni contro i 78,3 anni). Il Liguria vive la % più elevata di donne anziane, in Campania la % più elevata di donne giovani.

Tabella 1 - Speranza di vita alla nascita per sesso e regione - Anni 1997, 2002-2004

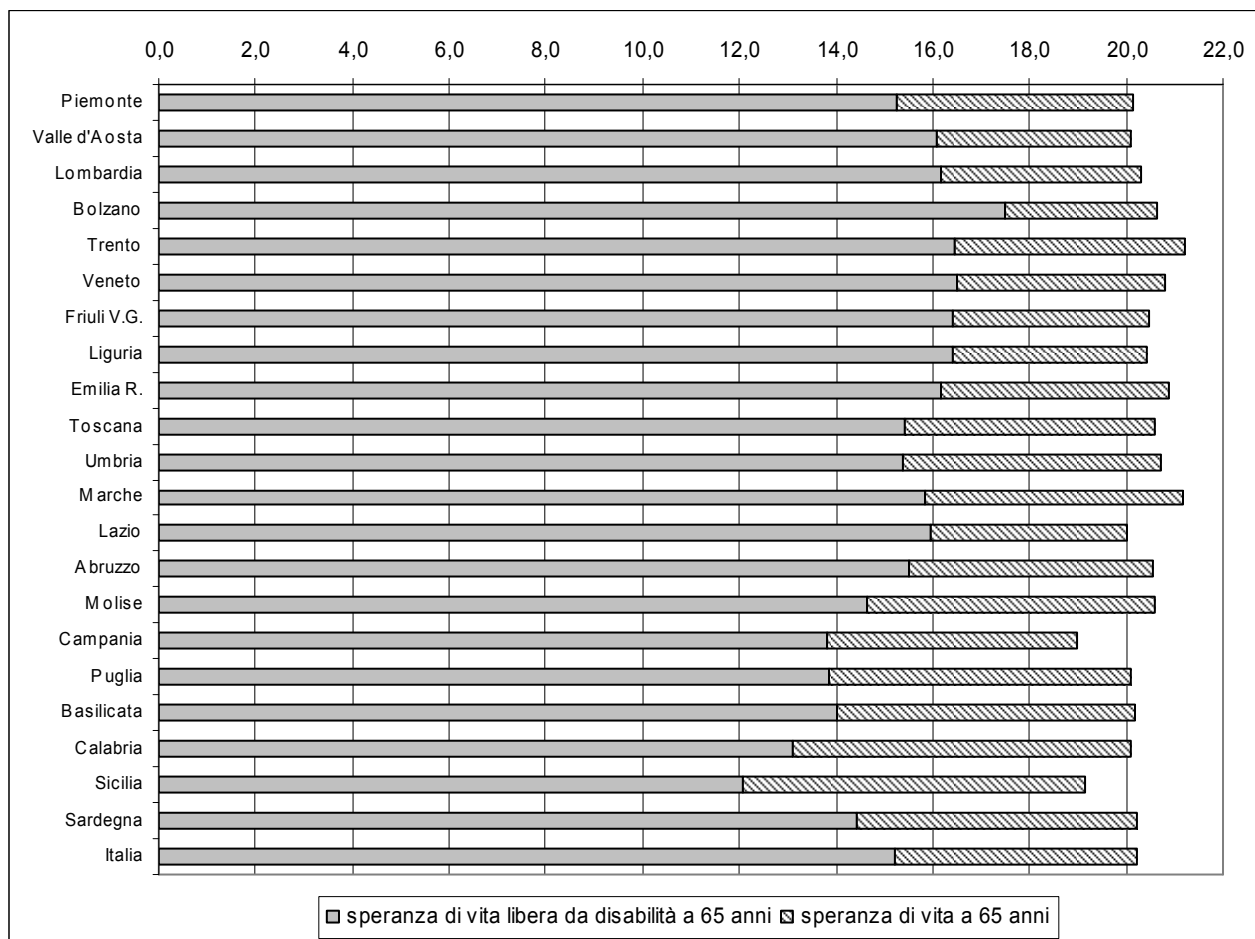
Regioni	Maschi				Femmine			
	1997	2002	2003*	2004*	1997	2002	2003*	2004*
Piemonte e Valle d'Aosta	75,0	76,7	76,3	77,4	81,4	82,6	82,2	83,6
Lombardia	74,9	76,9	76,6	77,6	81,7	83,2	82,7	83,9
Trentino-Alto Adige	75,8	77,7	77,0	77,6	82,6	84,4	83,4	84,2
<i>Bolzano-Bozen</i>	76,0	77,7	77,0	77,6	82,6	84,1	83,0	83,9
<i>Trento</i>	75,6	77,6	77,1	77,6	82,7	84,7	83,7	84,5
Veneto	75,3	77,3	77,2	77,9	82,3	83,8	83,4	84,3
Friuli-Venezia Giulia	74,8	76,6	76,3	77,4	81,4	82,9	82,7	83,3
Liguria	74,8	77,0	76,6	77,6	81,5	82,8	81,9	83,6
Emilia-Romagna	75,8	77,5	77,1	78,0	82,1	83,7	82,9	83,9
Toscana	76,3	78,0	77,8	78,6	82,0	83,6	83,2	84,4
Umbria	76,4	78,0	78,0	78,8	82,2	83,6	83,9	84,6
Marche	76,5	78,5	78,0	78,8	82,7	84,1	83,7	84,7
Lazio	75,2	76,9	76,8	77,3	81,1	82,5	82,0	82,7
Abruzzo e Molise	76,1	77,4	77,4	77,7	81,9	83,2	83,2	84,2
Campania	74,1	75,8	75,5	76,4	80,0	81,4	81,3	82,4
Puglia	76,1	77,8	77,6	78,7	81,4	82,9	82,8	84,0
Basilicata	75,9	77,0	77,3	77,9	81,0	82,8	82,9	83,2
Calabria	75,6	77,7	77,4	78,1	81,1	82,9	82,3	83,5
Sicilia	75,3	76,7	76,7	77,8	80,1	81,7	81,6	82,8
Sardegna	75,3	76,8	76,5	77,7	81,9	83,3	82,8	84,1
Italia	75,3	77,1	76,9	77,7	81,5	83,0	82,6	83,7

Fonte dei dati e anno di riferimento: Rapporto Osservasalute 2006 – Egidi, Spizzichino, Frova, Pappagallo, Di Fraia - Elaborazioni su dati Istat www.demo.istat.it.

Quanto alla disabilità, intesa come perdita dell'autonomia psico-fisica e sociale, è interessante un confronto tra donne e uomini che è sfavorevole per le prime: la speranza di vita degli uomini a 65 anni è pari a 17,4 anni mentre nelle donne è pari a 21,4, ma mentre gli uomini vivono solo un terzo di questi anni di vita in condizioni di disabilità (4 anni) i 21,4 anni di vita delle donne sono vissuti

per ben la metà in condizioni di disabilità. Ovvero le donne vivono più a lungo degli uomini, ma vivono peggio si ammalano di più e consumano più farmaci.

Tabella 2 - Speranza di vita a 65 anni e speranza di vita libera da disabilità a 65 anni per sesso e regione. Femmine – Anni 1999-2000



Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Health For All-Italia. Dicembre 2006.

Per quanto riguarda la **mortalità** nella popolazione femminile la prima causa resta legata alle malattie cardiovascolari (la regione Campania è quella con maggiore percentuale di mortalità per questa patologia) mentre la seconda causa è rappresentata dai **tumori** (la Valle d'Aosta è la regione italiana dove si muore di più per tumore).

Tabella 3 - Tassi di mortalità oltre l'anno di vita per cause di morte, sesso e regione (tassi standardizzati per 10.000). Femmine - Anni 2001-2004

Regioni	Tumori				M. sistema circolatorio				M. apparato respiratorio				M. apparato digerente				2001
	2001	2002	2003*	2004*	2001	2002	2003*	2004*	2001	2002	2003*	2004*	2001	2002	2003*	2004*	
Piemonte	18,75	18,38	17,72	17,91	26,05	25,64	26,05	22,20	3,25	3,54	3,98	3,10	2,93	2,92	2,86	2,24	2,96
Valle d'Aosta	20,04	20,06	12,72	21,20	25,02	24,37	25,09	17,79	2,67	3,49	3,08	2,54	3,52	4,41	4,38	2,41	4,17
Lombardia	20,10	19,65	19,31	19,18	23,84	23,24	23,14	19,64	2,84	3,23	3,48	2,78	2,47	2,62	2,39	2,25	2,34
Trentino-Alto Adige	17,55	17,14	17,98	16,87	24,09	24,66	23,76	22,25	3,35	2,97	3,43	3,00	2,34	1,84	1,97	1,85	1,84
Bolzano-Bozen	18,49	17,43	18,40	16,78	23,93	26,25	24,39	23,75	3,72	3,30	3,91	3,49	1,98	1,49	1,79	1,76	1,96

Trento	16,78	17,05	17,63	16,91	24,20	23,36	23,16	21,01	3,03	2,69	3,02	2,53	2,62	2,13	2,11	1,93	1,73
Veneto	17,71	17,59	16,65	16,60	22,42	22,29	21,94	19,42	2,99	3,11	3,02	2,85	2,64	2,67	2,56	2,29	2,54
Friuli-Venezia Giulia	19,74	20,08	18,72	18,34	23,56	23,76	22,16	21,10	2,90	3,51	3,20	3,16	3,25	2,91	2,69	2,59	2,61
Liguria	18,69	17,44	18,07	17,02	24,39	23,90	24,55	19,97	2,45	2,81	2,96	2,16	2,82	2,67	2,81	2,53	2,16
Emilia-Romagna	19,11	18,12	17,98	18,07	23,34	23,02	23,06	20,58	2,71	2,89	3,22	2,63	2,33	2,35	2,13	1,99	2,76
Toscana	17,08	17,09	16,57	17,10	24,35	23,85	23,98	20,25	2,53	2,61	3,33	2,29	2,23	2,49	2,21	1,98	2,36
Umbria	16,60	16,93	15,49	16,19	24,86	24,53	23,32	22,00	2,56	2,45	2,77	2,62	2,21	2,07	2,08	1,98	2,36
Marche	16,30	15,55	15,70	15,94	22,51	23,09	23,76	19,64	2,47	2,45	2,70	1,89	2,01	1,67	1,95	1,68	2,70
Lazio	18,15	18,41	16,74	17,67	27,90	27,14	24,77	23,51	2,76	3,08	3,10	2,35	2,72	2,85	2,49	2,44	3,21
Abruzzo	14,16	14,68	13,39	11,75	24,40	24,74	24,01	22,10	2,25	2,72	2,65	2,43	2,39	2,72	2,38	2,44	2,43
Molise	13,47	11,95	12,59	16,50	26,70	27,53	29,00	22,78	2,32	2,40	2,62	2,30	2,41	2,81	2,20	2,44	2,57
Campania	16,87	16,25	16,00	16,04	33,96	33,92	33,30	28,13	2,80	3,08	3,23	2,55	4,22	3,93	3,85	3,35	2,16
Puglia	15,87	15,27	14,43	14,37	26,31	26,38	26,07	22,37	2,70	2,98	3,43	2,11	3,11	2,88	2,57	2,59	2,40
Basilicata	12,96	13,04	11,49	14,20	27,49	27,85	27,32	24,59	2,47	2,37	3,30	2,30	2,64	2,33	2,53	3,08	2,10
Calabria	13,33	12,32	11,38	12,37	31,99	30,25	30,44	25,90	2,42	2,48	3,34	2,04	2,64	2,43	1,99	2,89	2,40
Sicilia	15,75	15,34	15,03	15,23	32,64	31,53	32,99	28,38	2,85	2,72	3,33	2,34	2,75	2,57	2,71	2,42	2,51
Sardegna	16,29	15,84	14,69	15,26	23,83	23,61	23,73	19,76	2,97	3,50	4,12	2,96	2,91	2,82	2,75	2,83	3,06
Italia	17,67	17,30	16,69	16,84	26,07	25,69	25,50	22,16	2,79	3,01	3,31	2,57	2,74	2,72	2,57	2,39	2,50

* Dati provvisori.

La standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione residente in Italia al Censimento del 1991.

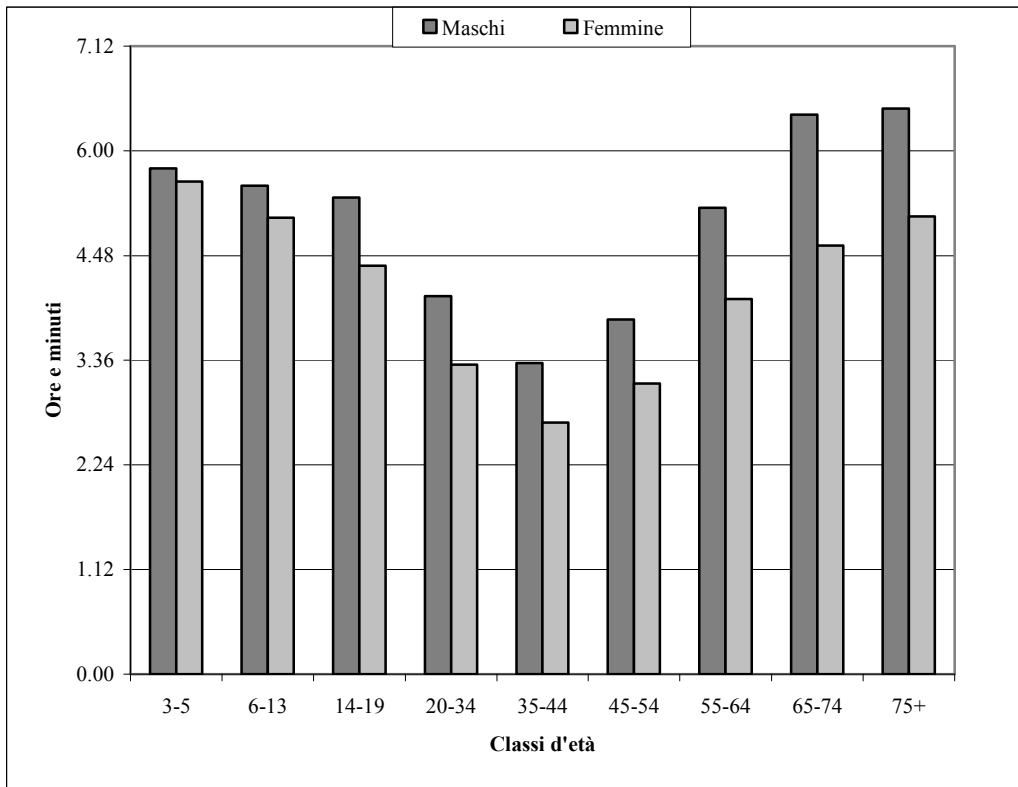
Fonte dei dati e anno di riferimento: Rapporto Osservasalute 2006 - Egidi, Spizzichino, Frova, Pappagallo, Di Fraia - Elaborazioni su dati Istat, La mortalità per causa nelle regioni italiane, vari anni.

Un altro indicatore interessante è costituito dal tempo libero ovvero dal tempo che le donne possono utilizzare per la cura di sé e dei propri interessi. E' interessante sottolineare che a livello di **tempo libero** la popolazione femminile italiana dispone in tutte le fasce di età di minori ore a disposizione rispetto agli uomini che sono poi utilizzate prevalentemente in attività culturali e nel volontariato.

Tabella 4 - Attività di tempo libero svolte in un giorno medio settimanale dalla popolazione di 20-64 anni per tipo di attività e sesso - Anni 2002-2003

Attività di tempo libero	Maschi			Femmine			Totale		
	Durata media generica	Durata media specifica	%	Durata media generica	Durata media specifica	%	Durata media generica	Durata media specifica	%
Televisione e video	1:42	2:08	79,7	1:21	1:47	75,4	1:32	1:58	77,5
Socialità	0:59	1:41	58,1	0:49	1:25	57,2	0:54	1:33	57,7
Sport e attività all'aperto	0:35	1:56	30,2	0:23	1:34	24,9	0:29	1:46	27,6
Lecture	0:19	1:02	30,4	0:16	0:57	27,7	0:17	0:59	29,0
Passatempo e giochi	0:16	1:39	15,7	0:11	1:27	13,0	0:13	1:34	14,3
Volontariato e aiuti	0:07	1:54	6,5	0:13	1:46	12,1	0:10	1:49	9,3
Attività culturali	0:06	2:07	4,7	0:05	2:06	3,9	0:05	2:06	4,3
Altro tempo libero	0:05	1:18	5,8	0:02	1:19	3,0	0:03	1:18	4,3
Partecipazione sociale e religiosa	0:04	1:13	5,1	0:06	1:04	9,4	0:05	1:07	7,3
Ascoltare musica/radio	0:04	0:42	9,2	0:03	0:34	7,6	0:03	0:38	8,4
Totale	4:16	4:24	97,0	3:28	3:37	96,0	3:52	3:52	96,5

Grafico 1 - Tempo libero medio in un giorno per la popolazione di 3 anni e più per sesso e classe d'età - Anni 2002-2003



Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat - "Differenze di genere nelle attività del tempo libero". Anno 2006.

Quanto all'**istruzione** oltre il 71% della popolazione femminile (in aumento rispetto all'anno precedente) ha conseguito nel 2004 un diploma di licenza media inferiore, ma in Italia per le donne è comunque difficile trovare un **lavoro** e soprattutto mantenerlo in particolare nel Sud Italia. Per le madri la sfida è quasi impossibile. Il tasso di occupazione femminile già basso in partenza (52,8%) e con un grande differenziale per sesso, con l'arrivo del primo figlio cala sensibilmente, con l'arrivo di due o più figli la partecipazione femminile al mercato del lavoro cala poi vertiginosamente perdendo dieci punti percentuali (42,4%).

Il valore è tra i più bassi d'Europa (i Paesi nordici si attestano sul 77%, la Francia sul 60%, Regno Unito e Portogallo superano il 60%)

Peraltro l'occupazione femminile nel settore sanitario è piuttosto elevata (oltre il 60%) anche se non in situazioni di vertice (i direttori sanitari, direttori generali delle ASL e nelle aziende ospedaliere sono prevalentemente uomini).

Le donne svolgono un'importante funzione di **care giver**, ovvero di prestatrici di assistenza. Da una recente indagine del Censis nell'80% dei casi l'assistenza ad un malato di Alzheimer è svolta dalle donne, generalmente di mezza età, non in ottime condizioni di salute: spesso si tratta di figlie o coniugi di un malato che dedicano anche fino a 24 ore al giorno all'assistenza. La loro vita risulta cambiata da quando hanno assunto questo ruolo, lamentano ansia, depressione, paura e solitudine. La paura è soprattutto di non farcela ad assistere fisicamente e psicologicamente il malato (è quindi molto importante la rete di appoggi socio-assistenziali). Quando una donna è impegnata nel difficile ruolo dell'assistenza a un malato ne risente inevitabilmente la sua carriera lavorativa.

FATTORI DI RISCHIO PER LA SALUTE

Dal Libro bianco emerge chiaramente la persistenza o l'aggravarsi di alcuni importanti fattori di rischio per la salute femminile, in particolare il fumo e l'obesità.

Il **fumo di tabacco** costituisce uno dei maggiori fattori di rischio nello sviluppo di patologie croniche e invalidanti, in particolare nei confronti del tumore al polmone. La lotta al tabagismo costituisce quindi uno degli obiettivi prioritari delle politiche sanitarie.

Nonostante i dati 2006 confermino il progressivo decremento dei dati di prevalenza dei fumatori e la contrazione del consumo di tabacco osservata nell'ultimo triennio, il fumo è un'abitudine ancora molto diffusa e sempre rilevante risulta, purtroppo, il coinvolgimento della popolazione più giovane, in particolare quella femminile.

Il **16.40 %** della popolazione femminile sopra i 15 anni fuma sigarette contro il **28,8%** degli uomini (curioso come l'Umbria sia la Regione con la % più elevata di fumatrici e la Puglia quella con la % più bassa).

Tabella 5 - Prevalenza di fumatori di 15 anni e oltre per regione e sesso (valori percentuali) – Anno 2005

Regioni	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte	28,14	14,56	21,08
Valle d'Aosta	25,38	14,84	20,01
Lombardia	29,30	18,33	23,66
Trentino-Alto Adige	22,17	16,64	19,34
Veneto	24,80	15,02	19,79
Friuli-Venezia Giulia	19,21	15,60	17,33
Liguria	26,42	15,92	20,83
Emilia-Romagna	26,16	19,18	22,55
Toscana	27,15	17,58	22,16
Umbria	29,20	20,68	24,76
Marche	24,81	16,45	20,49
Lazio	30,51	20,35	25,17
Abruzzo	30,53	17,43	23,73
Molise	30,19	11,27	20,39
Campania	34,24	17,40	25,51
Puglia	30,75	8,89	19,36
Basilicata	26,99	13,21	19,90
Calabria	27,83	11,40	19,31
Sicilia	30,50	14,78	22,28
Sardegna	28,36	16,93	22,50
Italia	28,66	16,38	22,29

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Health For All-Italia. Dicembre 2006.

L'**obesità** costituisce un altro fattore di rischio per la salute favorendo l'insorgenza di varie patologie (in particolare cardiovascolari e il diabete) e costituisce quasi il 3% dei costi globali della sanità. Questo è il motivo per cui l'OMS ha lanciato nel 2004 una *Strategia globale su dieta, attività fisica e salute* che coinvolge tutti gli Stati membri che al loro interno hanno lanciato campagne di sensibilizzazione sul tema.

Soltanto poco più di metà della popolazione italiana ha un peso normale, il 42,6% è in sovrappeso e, rispetto al rapporto dello scorso anno, gli obesi sono aumentati dall'8,5% al 9% della popolazione. In questo contesto le donne, in particolare quelle di alcune regioni meridionali, scontano il maggior incremento di questo importante determinante di malattia. La Valle d'Aosta al contrario risulta essere la regione in cui la % di donne obese è più bassa.

Tabella 6 - Prevalenza di persone di 18 anni e oltre obese per regione e sesso (valori percentuali) - Anno 2005

Regioni	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte	8,24	8,33	8,29
Valle d'Aosta	6,64	6,51	6,57
Lombardia	9,08	8,04	8,54
Trentino-Alto Adige	8,95	8,56	8,75
Veneto	10,55	9,19	9,85
Friuli-Venezia Giulia	11,16	9,63	10,36
Liguria	8,49	8,56	8,53
Emilia-Romagna	10,94	9,67	10,28

Toscana	8,60	9,10	8,86
Umbria	7,57	7,50	7,53
Marche	10,33	9,33	9,82
Lazio	8,76	9,89	9,35
Abruzzo	12,97	10,76	11,81
Molise	10,95	9,95	10,43
Campania	10,85	10,38	10,61
Puglia	12,23	13,53	12,91
Basilicata	13,04	11,06	12,03
Calabria	11,59	11,05	11,31
Sicilia	12,33	10,94	11,60
Sardegna	10,22	10,68	10,46
Italia	10,15	9,70	9,91

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Health For All-Italia. Dicembre 2006.

L'alcol è un altro dei principali fattori di rischio per la salute e tra i principali determinanti di disabilità, mortalità e morbilità nella popolazione generale. Il danno causato dall'alcol si estende oltre che al bevitore, alla famiglia e all'intera collettività.

Quasi il **60%** delle donne italiane (sopra gli 11 anni) fa consumo di bevande alcoliche, % che si eleva al **85%** circa negli uomini (il Friuli Venezia Giulia è la regione con la % più elevata di bevitori, mentre le donne siciliane sono quelle che devono meno)

Anche il **consumo di sostanze illegali** soprattutto tra i giovani costituisce un fattore di rischio per la salute sia a breve che a lungo termine.

Il **23,3%** delle ragazze tra i 15 e i 19 anni fa uso di sostanze cannabinoidi (nei maschi la % raggiunge il 33,5), Toscana e Lombardia sono le Regioni meno virtuose. Fortunatamente tali % crollano mediamente al 3% parlando di consumo di cocaina, eroina e allucinogeni.

Tabella 7 - Prevalenza di consumatori di sostanze illegali di 15-19 anni per sesso e regione (valori percentuali) - Anno 2004

Regioni	Cannabinoidi		Cocaina		Eroina		Allucinogeni		Stimolanti	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Piemonte e Valle d'Aosta	33,5	26,8	6,5	3,1	3,9	2,8	5,3	3,5	5,1	3,2
Lombardia	39,1	29,1	6,0	4,3	3,5	2,3	7,5	3,2	5,7	2,6
Trentino-Alto Adige	39,0	21,3	6,1	3,5	4,2	3,0	9,6	3,8	6,3	2,9
Veneto	31,7	24,7	4,7	3,8	2,0	2,5	4,1	2,5	3,4	2,5
Friuli-Venezia Giulia	32,6	22,5	5,5	3,0	3,1	3,0	5,7	2,3	4,5	2,4
Liguria	34,5	26,4	6,0	5,1	3,6	3,2	7,2	4,0	4,5	4,5
Emilia-Romagna	38,0	26,1	9,7	4,2	4,0	2,1	6,4	2,9	6,0	2,1
Toscana	40,1	33,2	6,0	4,2	4,4	2,1	7,5	4,5	6,0	3,5
Umbria	31,9	25,9	7,6	4,0	4,5	3,3	5,8	3,7	5,1	3,5
Marche	30,7	27,5	7,1	3,5	3,2	3,4	4,1	2,6	6,2	2,5
Lazio	35,5	29,0	9,1	5,5	3,0	3,5	4,0	3,1	6,6	2,2
Abruzzo	29,1	20,0	7,9	3,4	4,1	3,5	4,5	1,1	4,5	1,6
Molise	25,8	15,6	6,5	1,7	4,7	2,2	4,1	1,5	5,3	1,5
Campania	27,2	14,5	7,3	3,1	5,5	2,4	4,0	2,4	4,9	2,3
Puglia	30,5	18,3	5,3	2,3	3,5	1,6	2,2	2,0	3,6	1,1
Basilicata	32,5	26,1	9,4	1,9	4,8	6,5	8,3	3,3	7,8	3,7
Calabria	27,4	13,1	8,1	2,5	7,7	2,8	7,5	2,1	6,1	2,5
Sicilia	31,2	14,8	6,9	1,6	5,1	1,9	5,9	1,2	5,5	1,2
Sardegna	36,1	21,7	7,2	3,9	5,3	2,1	5,0	3,7	5,1	2,0
Italia	33,1	23,3	6,3	3,5	4,2	2,7	5,5	2,6	5,5	2,8

Fonte dei dati e anno di riferimento: Rapporto Osservasalute 2005 – Siliquini, Chiadò Piat, Zeppego - Elaborazione su dati Studio ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs) coordinato per l'Italia dal Consiglio Nazionale delle Ricerche. Anno 2004.

MORTALITA', INCIDENZA SCREENING DEI TUMORI

Il Libro bianco evidenzia che per quanto riguarda le malattie tumorali si sta verificando un progressivo avvicinamento epidemiologico delle regioni del Sud, tradizionalmente meno colpite, rispetto a quelle del Nord. Anche in questo caso vi è la convinzione che un importante determinante delle tendenze negative nelle regioni meridionali, a fianco dell'inadeguato contrasto al tabagismo, sia la progressiva sostituzione della dieta mediterranea con una dieta più "nordica" associata ad un maggior rischio oncologico.

In generale si evidenzia una tendenza verso la diminuzione della mortalità per tumore. La stessa tendenza la troviamo per entrambi i generi e per ciascuna localizzazione di tumore (mammella, utero, colone). Fa eccezione il valore di mortalità relativo alle donne per il tumore a trachea-bronchi e polmoni in aumento a causa del vizio del fumo.

Positivo il dato sui **tumori maligni della mammella**: negli ultimi anni, infatti, la mortalità per le pazienti affette da questo tipo di tumore è in costante e sensibile diminuzione soprattutto per la presa di coscienza da parte delle donne che si sottopongono con maggior attenzione ad esami di screening e alla maggiore attenzione che i medici curanti pongono a questo problema.

Le regioni con tassi più bassi di mortalità (x 10.000) sono Abruzzo (1,77), Molise (1,69), Basilicata (1,59) e Calabria (2,02). La Lombardia (3,37) ed il Friuli-Venezia Giulia (3,13), invece, nonostante il *trend* in diminuzione, presentano i tassi di mortalità maggiori. Liguria e Molise sono le regioni che fanno registrare un decremento più significativo del tasso di mortalità dal 2001 al 2004.

Tabella 8 - Tassi di mortalità oltre l'anno di vita per tumore della mammella delle donne (tassi standardizzati x 10.000) - Anni 2001-2004

Regioni	2001	2002	2003*	2004*
Piemonte	3,49	3,20	3,32	3,09
Valle d'Aosta	3,87	3,85	2,35	3,09
Lombardia	3,59	3,53	3,52	3,37
Trentino-Alto Adige	3,26	3,15	3,09	2,66
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>3,76</i>	<i>2,95</i>	<i>3,06</i>	<i>3,04</i>
<i>Trento</i>	<i>2,81</i>	<i>3,34</i>	<i>3,13</i>	<i>2,32</i>
Veneto	3,16	2,99	2,97	2,71
Friuli-Venezia Giulia	3,69	3,72	3,22	3,13
Liguria	3,55	3,13	3,12	2,53
Emilia-Romagna	3,23	3,07	3,06	3,01
Toscana	2,77	2,71	2,69	2,53
Umbria	2,49	2,94	2,68	2,25
Marche	2,65	2,56	2,38	2,33
Lazio	3,03	3,18	2,64	3,02
Abruzzo	2,29	2,21	2,27	1,77
Molise	2,54	1,63	2,15	1,69
Campania	2,81	2,79	3,01	2,75
Puglia	2,89	2,79	2,84	2,22
Basilicata	1,60	2,33	2,00	1,59
Calabria	2,31	2,28	2,03	2,02
Sicilia	2,79	2,67	2,79	2,40
Sardegna	3,37	2,99	2,81	2,59
Italia	3,09	3,01	2,96	2,76

* Dati provvisori

La standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione residente in Italia al Censimento del 1991.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Rapporto Osservasalute 2006 – Egidi, Spizzichino, Frova, Pappagallo, Di Fraia - Elaborazione su dati Istat, La mortalità per causa nelle regioni italiane, vari anni.

Per quanto riguarda i **tumori maligni dell'utero** il trend a livello nazionale risulta costante negli anni 2000-2002. Stessa situazione si riscontra a livello di singole regioni ad eccezione della Valle d'Aosta, dove si registra un notevole aumento del tasso di mortalità passando dallo 0,3 (per 10.000) del 2000 al 1,04 del 2002.

Se complessivamente la mortalità per tumore è in diminuzione, i tassi di incidenza, intesa come numero di nuovi casi per patologia, in particolare per il tumore al seno, all'utero, al colon e al polmone sono in aumento: in sostanza si muore di meno, ma ci si ammala di più e questo è spiegabile per la diffusione dei programmi di screening.

Per la mammella i tassi d'incidenza medi più alti sono presenti in Friuli-Venezia Giulia (128,9) e Trentino-Alto Adige (128,9), mentre Puglia (65,5) e Basilicata (70,8) hanno i valori più bassi. La fascia d'età maggiormente interessata risulta essere oltre i 65 anni.

PREVENZIONE

Un capitolo molto interessante riguarda il discorso degli screening oncologici. Permane, per quanto in via di attenuazione, una rilevante differenza nella diffusione dei programmi di screening per la prevenzione secondaria dei tumori, in particolare della cervice uterina, della mammella e del colon-retto, con alcune regioni del Sud ancora terribilmente in ritardo nella attivazione di programmi di questo tipo.

Seno

Il tumore della mammella è una malattia frequente tra le donne dei Paesi europei.

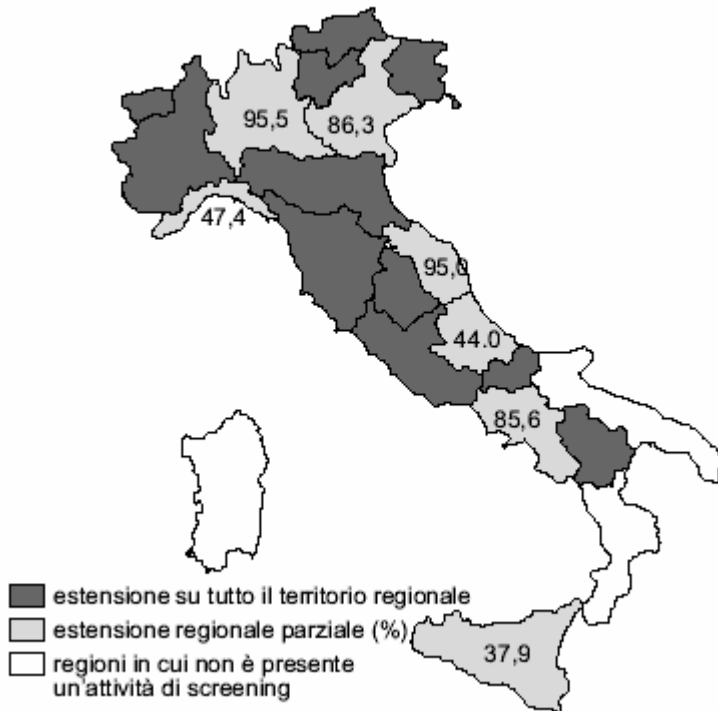
In Italia è la prima causa di morte per tumore tra le donne. Per screening mammografico si intendono gli esami radiologici sistematici e regolari di donne, che si sentono in salute e non presentano quindi anomalie o disturbi al seno, effettuati allo scopo di individuare il più presto possibile un tumore del seno con l'obiettivo di ridurre la mortalità.

Nel 2005 la % di donne tra i 50 e i 69 anni inserite in un programma di screening è risultata pari al **76,4%** anche se poi l'estensione effettiva del programma ha coperto solo il **50%** delle donne.

Permangono forti differenze tra Nord (copertura del 92%) Centro (copertura del 99%) e Sud con copertura solo del 39%)

Distribuzione geografica dei programmi di screening mammografico - Anno 2005

NORD 92,4% CENTRO 98,6% SUD 39,3% ITALIA 76,4%



Utero

Lo screening citologico per il tumore del collo dell'utero 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 di qualità della vita. La popolazione obiettivo femminile dei programmi di screening è in Italia quella in età 25-64 anni.

Sono 12 le regioni che dal 2004 hanno attivi programmi che includono nella loro popolazione-obiettivo tutta la popolazione femminile di età tra 25 e 64 anni residente nella Regione stessa: Piemonte, Valle d'Aosta, Veneto, Trentino, Alto Adige, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Abruzzo Molise e Basilicata.

Quasi tutte le regioni del Sud, invece, risultano avere un programma ad attivazione parziale ad eccezione della Basilicata e del Molise.

Nel 2005 è stato invitato circa il 25% della popolazione. Resta comunque basso il valore di partecipazione agli screening nelle donne del Sud Italia rispetto a quelle del Centro e ancor di più del Nord Italia, infatti per le prime il valore percentuale è pari al 21 % delle invitate, mentre al Centro il 36%, e al Nord al 47%.

MALATTIE CARDIOCASCOLARI

Per quanto riguarda le malattie del sistema circolatorio si registra una lieve flessione nella mortalità tra il 2003 e 2004 sia per gli uomini che per la donne. Gli uomini presentano tassi di mortalità più elevati per tali cause rispetto alle donne.

Per quanto riguarda l'infarto del miocardio i valori più alti si registrano per entrambi i sessi in Valle d'Aosta e nella PA di Bolzano.

I valori più bassi, invece, sono in Puglia (5,58) e Calabria (6,1) per gli uomini, Puglia (2,72) e Sardegna (2,52) per le donne.

Per i disturbi circolatori dell'encefalo, Basilicata (11,2) e Sicilia (11,8) fanno registrare i valori più elevati per gli uomini, mentre Campania (9,33) e Sicilia (9,96) per le donne.

I valori minimi, invece, si riscontrano in entrambe le province autonome (Trento 5,65 e Bolzano 5,89) per gli uomini e in Valle d'Aosta (3,73) e nella PA di Trento (4,53) per le donne.

MALATTIE INFETTIVE

Aids

Nelle persone malate di AIDS le difese immunitarie, normalmente presenti nell'organismo, vengono fortemente indebolite a causa di un virus denominato HIV (Human Immunodeficiency Virus) e non sono più in grado di contrastare l'insorgenza di infezioni e malattie più o meno gravi. La sindrome è curabile attraverso l'utilizzo di farmaci, che non permettono però la completa guarigione

Il tasso di AIDS presenta valori più o meno stabili nel periodo 2002-2004 sia per gli uomini che per le donne. Nel 2004 su 100.000 persone dello stesso sesso ci sono 5 uomini e 1,45 donne che risultano essere malate di AIDS. Alcune regioni presentano valori decisamente più elevati rispetto alla media italiana: la Lombardia è la regione dove sono presenti più malati di AIDS di entrambi i sessi.

Tubercolosi

La tubercolosi è una malattia infettiva che si trasmette per via aerea; il contagio può avvenire per trasmissione da un individuo malato tramite saliva, starnuto o colpo di tosse. Nonostante sia una malattia prevenibile e curabile, la tubercolosi rappresenta una delle emergenze sanitarie più drammatiche, soprattutto nei Paesi in via di sviluppo (OMS). L'attuale situazione epidemiologica della tubercolosi in Italia è caratterizzata da una bassa incidenza nella popolazione generale e dalla concentrazione della maggior parte dei casi in alcuni gruppi a rischio: immigrati, soggetti con patologie, anziani e immuno depressi

Si tratta di una malattia più tipicamente maschile sia in termini di mortalità che di incidenza, che risultano più elevate nel Centro Nord.

MORTALITA' PER SUICIDIO

Tabella 9 - Tasso di mortalità per suicidio (tassi standardizzati per 10.000 abitanti) per regione, sesso e classe di età - Anno 2002

Regioni	15-24		55-64		65-74		75+		Totale	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Piemonte	0,50	0,05	1,97	0,83	2,38	0,92	3,79	0,87	1,46	0,42
Valle d'Aosta	0,00	0,00	5,26	0,00	3,47	0,00	2,77	4,36	2,60	0,54
Lombardia	0,57	0,14	1,45	0,45	1,97	0,44	3,04	0,33	1,20	0,27
Trentino-Alto Adige	1,16	0,00	2,80	1,07	1,56	0,43	3,50	0,20	1,81	0,31
Veneto	1,04	0,09	1,85	0,45	1,88	0,64	2,84	0,27	1,35	0,28
Friuli-Venezia Giulia	0,37	0,00	1,11	0,83	2,08	0,84	3,13	0,35	1,26	0,45
Liguria	0,48	0,00	0,76	0,17	1,17	0,09	3,39	0,79	0,93	0,16
Emilia-Romagna	0,51	0,30	1,44	0,45	2,59	0,72	4,88	1,34	1,51	0,42
Toscana	0,55	0,13	1,12	0,33	1,99	0,68	3,74	0,41	1,19	0,26
Umbria	1,18	0,50	2,96	0,56	3,35	0,75	5,40	0,70	1,67	0,49
Marche	1,03	0,00	1,51	0,22	1,68	0,66	3,23	0,21	1,32	0,21
Lazio	0,36	0,07	0,81	0,39	1,34	0,31	2,20	0,71	0,83	0,25
Abruzzo	0,94	0,00	1,43	0,55	1,57	0,13	3,40	0,93	1,32	0,24
Molise	1,02	0,00	1,81	0,58	3,64	0,00	2,44	0,00	1,22	0,13
Campania	0,34	0,18	0,87	0,41	0,70	0,23	2,13	0,46	0,66	0,24
Puglia	0,58	0,07	1,06	0,27	1,27	0,55	2,20	0,58	0,85	0,25
Basilicata	0,50	0,53	1,38	0,65	1,36	0,29	1,51	0,00	1,00	0,34

Calabria	0,28	0,07	0,81	0,29	1,23	0,57	2,34	0,22	0,78	0,20
Sicilia	0,72	0,22	0,89	0,44	1,96	0,42	2,64	0,44	1,04	0,27
Sardegna	1,69	0,20	1,75	0,21	3,39	0,12	4,44	0,56	2,09	0,27
Italia	0,62	0,13	1,35	0,45	1,84	0,50	3,16	0,57	1,17	0,29

Come si può leggere nella tabella, i tassi di mortalità per suicidio crescono con l'aumentare dell'età, i valori sono comunque più elevati per gli uomini.

DEPRESSIONE E ANSIETA' CRONICA

La depressione è una sindrome caratterizzata da un insieme di sintomi psichici e fisici persistenti nel tempo e consiste principalmente in una diminuzione, da lieve a grave, del tono dell'umore talvolta associata ad ideazioni di tipo suicida od autolesionista. A questa sintomatologia principale possono accompagnarsi deficit dell'attenzione e della concentrazione, insonnia, disturbi alimentari, estrema ed immotivata prostrazione fisica.

L'ansia è una complessa combinazione di emozioni negative che includono paura, apprensione e preoccupazione spesso accompagnata da sensazioni fisiche come palpitazioni, dolori al petto e/o respiro corto. Può esistere come disturbo cerebrale primario oppure può essere associata ad altri problemi medici inclusi altri disturbi psichiatrici.

Tabella 10 - Popolazione che soffre di depressione e ansietà cronica per classe di età e sesso - Anno 2005 (per 100 persone dello stesso sesso e classe di età)

Età	Maschi	Femmine	Totale
0-14	0,2	0,1	0,1
15-24	0,7	1,6	1,1
25-34	1,8	2,7	2,3
35-44	2,5	5,0	3,7
45-54	3,5	8,4	6,0
55-64	4,8	11,7	8,4
65-69	5,0	14,4	10,0
70-74	7,1	16,3	12,1
75-79	8,7	16,2	13,1
80+	10,5	16,9	16,1
Totale	3,1	7,4	5,3

La depressione è una patologia tipicamente femminile, sono infatti molto più le donne a soffrirne rispetto agli uomini in tutte le fasce di età.

SALUTE MATERNO INFANTILE

Nell'ambito della salute materno infantile il Libro bianco considera tre aspetti: l'abortività spontanea, l'abortività volontaria e i parti cesarei.

Per quanto riguarda l'**abortività spontanea** (ovvero l'interruzione della gravidanza entro le 25 settimane + 5 giorni) il tasso aumenta con l'aumentare dell'età e risulta più elevato nel Nord Italia rispetto al Sud, esso è comunque rimasto pressoché costante negli anni.

Per quanto riguarda il tasso di **abortività volontaria** (che con la Legge 194 del 1978 consente l'interruzione di gravidanza entro i primi 90 giorni) essa, dopo un aumento a seguito della liberalizzazione, è rimasta pressoché costante negli anni. Liguria, Emilia Romagna e Lazio sono le regioni dove si abortisce di più.

Tabella 11 - Tasso di abortività volontaria per regione di residenza, calcolato con la popolazione intercensuaria ricostruita (tassi standardizzati per 1.000) - Anni 1994-2003

Regioni	1994	2003
Piemonte	10,81	10,54
Valle d'Aosta	9,10	10,78

Lombardia	8,96	10,10
Trentino-Alto Adige	6,05	6,33
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>4,80</i>	<i>5,40</i>
<i>Trento</i>	<i>7,34</i>	<i>7,26</i>
Veneto	5,36	6,47
Friuli-Venezia Giulia	7,80	7,94
Liguria	11,50	12,29
Emilia-Romagna	9,94	10,96
Toscana	11,06	9,21
Umbria	12,08	11,21
Marche	6,77	7,86
Lazio	10,92	10,94
Abruzzo	10,26	9,02
Molise	12,99	8,17
Campania	9,05	n. d.*
Puglia	16,43	12,07
Basilicata	11,40	7,52
Calabria	7,29	6,64
Sicilia	6,92	7,44
Sardegna	7,51	5,72
Italia	9,48	9,29

Grafico 1 - Tasso di abortività volontaria (tassi standardizzati per 1.000) – Anni 1980-2003

Da diversi anni ormai si assiste in molti Paesi Occidentali ad un costante incremento del numero di **parti** che si attuano mediante **taglio cesareo**. Originariamente il ricorso al taglio cesareo era motivato da complicanze mediche per la partoriente mentre, attualmente, sono in aumento i casi in cui si opta per il taglio come scelta preferenziale.

In Italia in diversi ospedali il numero dei tagli cesarei supera di molto il 20% del totale dei parti, valore fissato dalle raccomandazioni del Ministero della Salute per l'Italia tenendo conto dell'età media dei parti nel nostro Paese (l'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomanda un valore che oscilla tra il 10% e il 15%).

Tabella 12 - Percentuale di tagli cesarei e variazione percentuale per regione - Anni 1998, 2003-2004

Regioni	1998	2003	2004	Variazione 1998-2004	Variazione 2003-2004
Piemonte	26,9	30,2	32,2	5,3	2,0
Valle d' Aosta	21,5	27,2	29,5	8,0	2,3
Lombardia	23,3	26,6	27,5	4,2	0,9
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>17,3</i>	<i>19,5</i>	<i>23,1</i>	<i>5,8</i>	<i>3,6</i>
<i>Trento</i>	<i>22,4</i>	<i>27,0</i>	<i>28,0</i>	<i>5,6</i>	<i>1,0</i>
Veneto	24,5	27,9	28,8	4,3	0,9
Friuli-Venezia Giulia	19,9	22,4	23,3	3,4	0,9
Liguria	28,5	32,3	32,7	4,2	0,4
Emilia-Romagna	29,3	30,4	31,2	1,9	0,8
Toscana	22,5	25,3	26,8	4,3	1,5
Umbria	25,4	30,6	31,9	6,5	1,3
Marche	33,2	35,4	35,5	2,3	0,1
Lazio	35,5	37,5	39,4	3,9	1,9
Abruzzo	33,5	39,6	40,7	7,2	1,1
Molise	33,5	42,2	49,0	15,5	6,8
Campania	48,0	57,9	59,0	11,0	1,1
Puglia	35,0	43,5	45,8	10,8	2,3
Basilicata	41,8	51,2	50,5	8,7	-0,7
Calabria	34,2	39,7	43,7	9,5	4,0
Sicilia	36,6	47,9	50,4	13,8	2,5
Sardegna	26,0	36,7	39,4	13,4	2,7
Italia	31,4	36,6	38,0	6,6	1,4

Per il 2004 abbiamo l'informazione relativa ai parti cesarei per cittadine con residenza estera o sconosciuta pari al 22,9 %.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Rapporto Osservasalute 2006 – Fantini, Dallolio, Frammartino - Ministero della Salute – Direzione Generale Programmazione Sanitaria. Anni 1998, 2003 e 2004. Anno 2006.

Un altro aspetto interessante osservato nel Libro bianco è l'**accesso ai servizi sanitari** ovvero l'assistenza agli anziani, il consumo di farmaci e i ricoveri ospedalieri.

ASSISTENZA AGLI ANZIANI

La popolazione italiana anziana è in crescita, di conseguenza il fabbisogno di **presidi residenziali** rivolti agli anziani è notevolmente aumentato nel corso degli anni novanta in seguito anche all'indebolimento delle reti di sostegno familiare e alle politiche di contenimento dei ricoveri ospedalieri impropri. Sono molto più le donne che vivono più a lungo ad utilizzare tali presidi soprattutto nel Nord Italia. A Trento c'è il maggior numero di anziani ricoverati, mentre in Campania ci sono i valori più bassi.

Tabella 13 - Numero di ospiti con età maggiore di 65 nei presidi residenziali per sesso e regione (per 10.000 abitanti) - Anno 2001

Regioni	Maschi	Femmine
Piemonte	221,9	491,3
Valle d' Aosta	252,5	561,3
Lombardia	159,0	388,8
Trentino-Alto Adige	293,3	580,8
<i>Bolzano-Bozen</i>	273,5	552,4
<i>Trento</i>	310,3	604,2
Veneto	181,8	458,1
Friuli-Venezia Giulia	199,1	485,0
Liguria	154,3	349,5
Emilia-Romagna	158,0	346,9
Toscana	107,0	246,4
Umbria	75,3	160,6
Marche	105,4	238,2
Lazio	63,9	139,9
Abruzzo	75,3	161,3
Molise	106,0	208,5
Campania	36,8	57,0
Puglia	57,5	116,3
Basilicata	48,0	67,6
Calabria	37,3	71,5
Sicilia	58,8	103,2
Sardegna	113,4	196,6
Italia	120,5	276,0

CONSUMO DI FARMACI

Le donne, vivendo più a lungo e ammalandosi di più, consumano più **farmaci** soprattutto nel Nord Italia. Paradossalmente però tali farmaci sono poi studiati in realtà solo sugli uomini. Le donne infatti, a causa del loro complesso sistema ormonale, non sono inserite nelle sperimentazioni di molti farmaci. Vi sono intere classi di farmaci quali gli antistaminici, gli antibiotici e gli antipsicotici che possono interagire con il ritmo cardiaco provocando dei disturbi che sarebbero evitabili se gli stessi farmaci fossero testati specificatamente anche sulle donne.

Tabella 14 - Tasso di consumo dei farmaci (per 100 persone) per regione e sesso - Anni 2002-2003

Regioni	2002			2003		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte	31,65	43,18	37,56	33,14	40,97	37,15
Valle d'Aosta	29,65	38,97	34,38	29,04	42,70	35,97
Lombardia	30,44	42,08	36,40	32,89	42,81	37,97
Trentino-Alto Adige	24,32	33,36	28,92	25,75	34,91	30,41
Veneto	33,74	44,87	39,42	31,48	44,63	38,18
Friuli-Venezia Giulia	32,31	42,20	37,43	32,24	42,77	37,69
Liguria	37,58	46,00	42,00	32,02	47,65	40,22
Emilia-Romagna	37,37	48,60	43,14	35,66	47,40	41,70
Toscana	34,37	42,72	38,69	30,39	42,36	36,58
Umbria	31,92	42,61	37,41	33,15	41,44	37,41
Marche	28,40	38,36	33,50	32,99	41,16	37,17
Lazio	26,55	38,63	32,80	30,09	39,08	34,74
Abruzzo	30,68	39,25	35,07	29,13	37,73	33,54
Molise	25,66	37,83	31,89	26,26	39,54	33,06

Campania	23,51	31,02	27,36	24,02	29,92	27,04
Puglia	24,89	33,73	29,43	24,46	32,69	28,69
Basilicata	26,96	35,17	31,12	24,92	35,00	30,04
Calabria	29,20	39,12	34,25	28,76	39,49	34,23
Sicilia	26,95	33,67	30,41	26,08	33,96	30,13
Sardegna	28,84	43,15	36,12	28,26	42,27	35,38
Italia	29,71	39,76	34,87	29,86	39,58	34,85

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Health For All-Italia. Dicembre 2006.

Quanto all'accesso al **ricovero ospedaliero** e al **day hospital** della popolazione italiana analizzando il tasso di dimissioni si nota una diminuzione nei ricoveri ospedalieri e un aumento nel day hospital. Le donne presentano in ogni caso valori superiori agli uomini.

VIOLENZE

Un ultimo capitolo di analisi interessante è costituito dalle **violenze** subite dalle donne (fisiche e sessuali): emerge drammaticamente che il fenomeno della violenza sulle donne nel nostro Paese è in continua crescita. Dall'indagine Istat, infatti, emergono dati allarmanti: si stima che 6 milioni 743 mila donne, da 16 a 70 anni, siano vittime di violenza fisica o sessuale nel corso della vita (31,9%); 5 milioni quelle che hanno subito violenze sessuali (23,7%); 3 milioni 961 mila coloro che hanno subito violenze fisiche (18,8%) e circa 1 milione coloro che hanno subito stupri o tentati stupri (4,8%).

Prendendo in considerazione la distribuzione per età, la fascia più colpita risulta essere quella tra i 25-34 anni

Tabella 15 - Donne da 16 a 70 anni che hanno subito violenza fisica o sessuale da un qualsiasi uomo per tipo di violenza subita, periodo in cui si è verificata, classe di età e ripartizione geografica - Anno 2006 (per 100 donne con le stesse caratteristiche)

Età	Violenza fisica o sessuale		Violenza fisica		Violenza sessuale		Stupro o tentato stupro
	Nel corso della vita*	Ultimi 12 mesi	Nel corso della vita*	Ultimi 12 mesi	Nel corso della vita*	Ultimi 12 mesi	Nel corso della vita*
16-24	33,2	16,3	19,0	7,0	25,4	12,0	4,5
25-34	37,9	7,9	23,9	4,0	27,4	4,9	5,0
35-44	35,3	4,2	21,4	2,5	26,3	2,2	5,8
45-54	32,3	2,8	19,1	1,3	23,3	1,6	4,8
55-64	26,1	1,8	14,0	1,1	20,3	0,9	4,4
65-70	20,0	0,8	9,6	0,3	15,1	0,5	2,7
Ripartizione geografica							
Nord-Ovest	34,5	5,2	19,7	2,5	25,9	3,1	5,0
Nord-Est	35,5	6,1	20,9	2,2	27,1	4,5	6,0
Centro	35,9	6,0	20,7	3,4	27,5	3,6	5,1
Sud	26,8	5,2	16,6	3,0	18,6	3,1	3,7
Isole	24,3	4,7	14,5	2,0	17,5	3,3	3,6
Totale	31,9	5,4	18,8	2,7	23,7	3,5	4,8

* Per le violenze da non partner si considerano le violenze a partire dai 16 anni

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat - "La violenza e i maltrattamenti contro le donne dentro e fuori la famiglia" - Anno 2006

OSTEOPOROSI

E'una patologia prevalentemente femminile, colpisce il 23% delle donne sopra i 40 anni, ha un'incidenza 4 volte maggiore nelle donne rispetto agli uomini. Oggi in Italia si stima che vivano con l'osteoporosi circa 3,5 milioni di donne.

Le donne sono più colpite a causa di un “picco” di massa ossea inferiore rispetto agli uomini e a causa della menopausa che le priva della protezione ormonale.

Questo fatto provoca una diversa incidenza di complicazioni, che sono sostanzialmente fratture, nei due sessi: il 40% delle donne sopra i 50 anni avrà nella restante parte della propria vita una frattura da fragilità ossea.

Si tratta di una patologia che provoca pesanti oneri finanziari: 2.600 miliardi di euro sono i costi delle spese socio-sanitarie in Italia per l'osteoporosi e le sue conseguenze suddivise tra i costi diretti (a carico del SSN) e indiretti (perdite di giornate lavorative, dipendenza dai familiari, ecc).

L'osteoporosi avrebbe certamente dignità e diritto di essere inclusa con maggior evidenza in un Libro Bianco di malattie coniugabili al femminile. Non si è ancora riusciti in questo tentativo perché non esiste una diagnosi di dimissione per “osteoporosi”. Così una paziente con grave osteoporosi che si frattura per questa causa un femore verrà dimessa con diagnosi “frattura di femore”, ma nessuno si curerà di farle eseguire una densitometria ossea (MOC) utile a fare diagnosi di causa di frattura. Ancora più grave è che quella paziente verrà dimessa senza alcuna prescrizione terapeutica come invece necessario.

ARTRITE REUMATOIDE

Si tratta di una patologia infiammatoria cronica che colpisce circa lo 0,4% della popolazione in particolare le donne con un rapporto di 4:1 rispetto agli uomini e con un picco di incidenza tra i 35 e i 60 anni. Colpisce la membrana sinoviale delle articolazioni, delle guaine tendinee e delle borse sierose.

In Italia circa 300.000 persone ne sono colpite, soprattutto di sesso femminile. Nell'artrite reumatoide è particolarmente importante la diagnosi precoce per prevenire i danni articolari: la terapia dovrebbe iniziare entro 6 mesi dall'insorgenza dei primi sintomi.

MALATTIA DI ALZHEIMER

La malattia di Alzheimer è la più comune causa di demenza; tra il 50 e il 70% delle persone affette da demenza soffrono di malattia di Alzheimer, un processo degenerativo che distrugge lentamente e progressivamente le cellule del cervello.

Prende il nome da Alois Alzheimer, neurologo tedesco che nel 1907 descrisse per primo i sintomi e gli aspetti neuropatologici della malattia di Alzheimer. E' una malattia che colpisce la memoria e le funzioni mentali (ad es. il pensare, il parlare, ecc.), ma può causare altri problemi come confusione, cambiamenti di umore e disorientamento spazio-temporale. E' una patologia tipicamente femminile non solo per quanto concerne l'incidenza (si calcola che il 7,5% delle donne ultra 65enni ne siano colpite contro il 5,2% degli uomini), ma anche perché le donne ricoprono il faticoso ruolo di care giver. Nell'80% dei casi l'assistenza ai malati di Alzheimer è svolta dalle donne.

CONCLUSIONI

Il quadro che emerge dalla sintesi del Libro bianco, indica che le donne italiane sono in buona salute e che la qualità dei servizi erogati dal nostro Sistema Sanitario, anche in confronto agli altri Paesi europei, è mediamente buona. Emergono tuttavia alcune forti disparità regionali nei confronti anche dell'assistenza offerta che dovrebbero essere colmate dagli organismi preposti definendo i settori su cui concentrare gli interventi prioritari.

Le regioni rappresentano ormai il fulcro decisionale delle attività sanitarie e nella maggior parte dei casi svolgono questo ruolo con buoni e, in qualche caso, ottimi livelli di efficacia ed efficienza. Proprio per questo è stridente il ritardo di alcune realtà regionali che faticano, per diversi motivi, a stare al passo con le regioni più dinamiche. Purtroppo è il Sud ad essere sempre più penalizzato.

E' questo, d'altra parte, un fenomeno tipico dei sistemi sanitari con elevati livelli di devoluzione che, pur garantendo una buona prossimità tra i cittadini ed i livelli decisionali in tema di salute, alimentano forti elementi di disuguaglianza e di possibile inequità, soprattutto a sfavore delle donne e delle aree geografiche socio-economicamente meno avvantaggiate.

