

## **Libro bianco salute della donna** Dalla salute al welfare al femminile

*Novembre 2016, FrancoAngeli Editore*

Dal 2007 Onda pubblica, con ricorrenza biennale, grazie al supporto di Farmindustria, il Libro bianco sulla salute delle donne italiane.

Questa quinta edizione, realizzata nell'anno del decennale dell'Osservatorio, presenta un'impostazione rinnovata rispetto alle precedenti per dare spazi di approfondimento alle patologie e alle tematiche di genere contemplate dal primo Manifesto sulla salute della donna presentato in Expo 2015 da Onda, in qualità di partner della Società civile. Gli argomenti sono molti e spaziano dalla sicurezza dei punti nascita, alla tutela della fertilità, dalla prevenzione cardiovascolare declinata al femminile alla depressione nei cicli vitali della donna, dallo stato dell'arte della ricerca oncologica in rosa alle problematiche associate a sovrappeso e obesità femminili, dal dolore cronico all'impatto delle malattie autoimmuni reumatiche sull'essere "donna", dalle demenze alla fragilità della donna anziana e alla violenza di genere.

Altra novità è l'introduzione di un tema molto attuale, delicato e complesso, il welfare al femminile, in considerazione dell'impatto delle strategie di conciliazione non solo sulla produttività aziendale, ma anche sulla salute e sulla qualità della vita delle lavoratrici.

Come approfondimento sono presentati i risultati di un'indagine conoscitiva realizzata da Onda, in cui è stato arruolato un campione di 800 donne di età compresa tra 18 e 64 anni, per esplorare come è cambiato il rapporto delle donne italiane con la propria salute negli ultimi dieci anni.

A chiusura del Libro bianco, un contributo a firma dell'Agenzia Italiana del Farmaco offre preziosi spunti di riflessione sulla necessità di impegnare maggiori risorse nella farmacologia di genere a garanzia di una medicina sempre più fondata sulla centralità del paziente e sulla personalizzazione delle terapie.

Il volume si articola in quattro parti.

### **Parte I: La popolazione femminile**

Presenta un sintetico rapporto sui principali dati epidemiologici e sui determinanti di salute relativi alla popolazione femminile tratto dai dati dell'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane (Rapporto Osservasalute 2015). Le donne sono ancora in vantaggio rispetto agli uomini in termini di longevità: la speranza di vita alla nascita è di 85.0 per le donne rispetto a 80.3 anni per gli uomini. Anche se negli anni più recenti si è registrato un incremento più favorevole per gli uomini, il vantaggio femminile rimane ancora significativo, passando da 5 anni di distanza nel 2010 a 4.7 nel 2014. Considerando la popolazione ultra-65enne si rileva, all'aumentare dell'età, un incremento percentuale della componente femminile sul totale che raggiunge il 68.9% nel segmento di popolazione oltre gli 85 anni.

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

Dall'analisi dei determinanti di salute emerge un maggior consumo di alcol e uso di tabacco presso la popolazione maschile senza differenze significative rispetto alla precedente rilevazione del 2013. Seppur gli uomini si dichiarino più attivi fisicamente (il 27.1% pratica sport con continuità contro il 7% delle donne), la prevalenza di sovrappeso e obesità risulta maggiore presso la popolazione maschile.

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

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

## **Parte II: Salute delle donne e patologie di genere**

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

*R. Zanini, N. Orthmann*

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

Secondo gli ultimi dati delle Schede di dimissioni ospedaliere (2014), le strutture in cui si registra un volume di attività inferiore ai 500 parti l'anno rappresentano circa il 28.1% (nel 2010 erano pari al 28.9%) e in base ai dati registrati nell'ultimo Rapporto CeDAP, delle 128 TIN presenti nei 526 punti nascita rilevati, soltanto 107 si trovano in punti nascita con un volume di parti annui >1.000.

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

*R. Nappi*

Lo scenario italiano, caratterizzato da una forte deflessione delle nascite (il tasso di fecondità totale è pari a 1.39 figli per donna) e dal progressivo innalzamento dell'età materna alla prima gravidanza (che si è spostata dai 23/25 anni del 1970 agli attuali 31.4), impone di intervenire rapidamente per avviare un rinnovamento culturale in tema di procreazione che, fondato sul valore individuale e sociale della maternità, promuova un momento riproduttivo consapevole e nelle migliori condizioni biologiche e psicologiche possibili.

Con l'obiettivo di sviluppare strategie intersettoriali e interistituzionali a sostegno della genitorialità e di promuovere politiche sanitarie ed educative per la tutela della fertilità, il Ministero della Salute ha presentato il Piano nazionale per la fertilità elaborato sulla base del lavoro del "Tavolo consultivo in materia di tutela e conoscenza della fertilità e prevenzione delle cause di infertilità". Nell'ambito delle attività sanitario-assistenziali, il Piano contempla anche l'aspetto della tutela e della conservazione della fertilità nei pazienti oncologici prevedendo, presso un numero geograficamente equilibrato di Unità Organizzative di Medicina e Chirurgia della fertilità, la collocazione di Centri di Oncofertilità.

### **Prevenzione cardiovascolare al femminile**

*M. Penco, S. Gallina, V. Bucciarelli, S. Maffei*

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

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

Oltre a sensibilizzare la popolazione femminile su questi aspetti, è di fondamentale importanza diffondere nella comunità scientifica le armi conoscitive per assicurare a queste pazienti precocità di diagnosi e adeguata

stratificazione del rischio, appropriatezza degli interventi terapeutici invasivi e farmacologici, maggiore accesso ai programmi di riabilitazione cardiovascolare e, soprattutto, maggiore coinvolgimento nei trial clinici.

### **Depressione nei cicli vitali della donna**

*C. Mencacci, GC. Cerveri*

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

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

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

*A. Albini*

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

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

### **Sovrappeso e obesità femminili**

*M. Porrini*

I dati degli ultimi anni sulla prevalenza di sovrappeso e obesità a livello globale sono estremamente preoccupanti: quella che era considerata una epidemia è ora descritta come una pandemia. Secondo recenti dati, anche in Italia il problema è lontano dall'essere risolto, tuttavia la percentuale di adulti sovrappeso e obesi è aumentata solo leggermente dal 2000 e negli ultimi anni si è stabilizzata, rimanendo al di sotto delle passate proiezioni: il sovrappeso riguarda il 40% della popolazione, l'obesità il 9.5% delle donne e l'11.3% degli uomini.

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

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

*A. Valente, R. Di Pasquale, M. Allegri*

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

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

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

*PL. Meroni*

La netta prevalenza delle patologie autoimmuni reumatiche nel sesso femminile fa sì che esse esercitino una particolare influenza su molteplici aspetti della vita della donna. In più, dal momento che l'attività di malattia risente delle variazioni dei livelli di ormoni che svolgono un ruolo fondamentale anche durante fasi cruciali della vita della donna, come lo sviluppo puberale, la gravidanza, l'allattamento e la menopausa, queste patologie hanno un notevole impatto sull'essere donna.

L'adozione di percorsi concreti e funzionali e l'attivazione di una rete operativa strutturata tra medici di medicina generale e centri specializzati rappresentano le prime strategie da adottare per evitare inutili ritardi diagnostico-terapeutici e garantire alle pazienti l'accesso alle cure adeguate. In particolare si rende necessario promuovere servizi sanitari assistenziali dedicati a specifiche patologie, quali le Lupus Clinic e le Early Arthritis Clinic, ad oggi presenti in pochi centri ospedalieri di eccellenza.

## **Demenze. Decadimento cognitivo nella donna e donna caregiver**

*V. Silani, B. Poletti*

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

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

## **La condizione della donna anziana**

*C. Vergani*

Il mondo degli anziani è prevalentemente un mondo al femminile. In Italia nascono più bambini che bambine ma dopo i 50 anni prevalgono le donne: nel 2016 i centenari sono 18.765, di cui solo poco più di 3 mila maschi. I super centenari (110 anni e oltre) sono 22, due maschi e 20 femmine tra le quali spicca la persona più longeva al mondo che ha più di 116 anni. Nonostante la maggiore longevità, la donna ha più patologie e ha una salute percepita peggiore di quella dell'uomo: al di sopra dei 75 anni, una donna su tre presenta la sindrome della fragilità, una su due è affetta da almeno due malattie croniche.

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

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

*A. Kustermann*

I dati italiani sono in linea con quelli europei in base ai quali un terzo delle donne è stato vittima di violenza nel corso della propria vita. Secondo l'ultimo report prodotto dall'ISTAT (2014), in Italia sono 6 milioni e 788 mila le donne tra i 16 e i 70 anni che hanno subito violenza, pari al 31.5%. Di queste, il 21% ha subito violenza sessuale, il 20.2% violenza fisica e il 5.4% forme più gravi di violenza sessuale come stupri o tentati stupri.

L'impatto della violenza sulla salute è devastante: al di là dell'esito più grave, quello fatale, esistono tantissime conseguenze a carico della salute mentale, fisica e riproduttiva oltre che problematiche socio-relazionali e condotte di abuso. In considerazione della diffusione capillare del fenomeno e della sua complessità, è fondamentale creare un modello d'intervento coordinato, multidisciplinare e inter-istituzionale che risponda in modo articolato e completo ai bisogni delle vittime, coinvolgendo attivamente tutti gli operatori e i servizi interessati.

## **Parte III: Il welfare per le donne**

**Politiche di conciliazione e riflessi sulla salute della donna, S. Camusso**

**Welfare contrattuale e strumenti di prevenzione della salute della lavoratrice, A. Furlan**

**Pensioni e salute femminile: possibili scenari, T. Bocchi**

Le donne sono sempre più protagoniste del mondo del lavoro ma il percorso verso un'effettiva e sostanziale uguaglianza tra generi è ancora lungo. Continuano, infatti, a permanere differenze retributive e di prestazione lavorativa tra gli uomini e le donne, che inevitabilmente si riflettono e, ancor più si rifletteranno, sui trattamenti previdenziali. La differenza di reddito pensionistico tra uomini e donne è pari al 41.4%; altro dato significativo riguarda la copertura pensionistica: tra le donne, 17 anziane su 100 non ricevono alcuna forma di pensione, mentre, solo 4 uomini su 100 si trovano nella stessa situazione. Le differenze di reddito sono dovute a condizioni diverse nel posto di lavoro, in particolare, e nel mercato del lavoro, in senso generale, ma un ruolo determinante è anche giocato dalla bassa offerta di servizi pubblici per l'infanzia e la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro. Un problema che investe in modo deciso proprio le donne che ricoprono il 72% delle ore di lavoro di cura della coppia con figli.

L'allungamento della vita lavorativa con contributi versati nelle casse previdenziali sempre più incerti e comunque ridotti a causa della precarietà, rende i lavoratori e soprattutto le lavoratrici sempre più dipendenti da un sistema previdenziale che li obbliga a restare al lavoro anche in età avanzata, con rischi crescenti per la loro salute e il loro equilibrio psicofisico. In queste condizioni le famiglie e in particolare le donne hanno dovuto far fronte alla necessità, in una corsa continua, di coniugare attività in contrasto tra loro.

**Il welfare aziendale nel settore farmaceutico**

*E. Giorgetti*

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

## **Parte IV: Assistenza sanitario-assistenziale “a misura di donna”**

La dimensione di “genere” in salute è uno dei parametri basilari e assolutamente non trascurabili nell'ambito dell'attività clinica e della programmazione e organizzazione dell'offerta sanitaria di ogni Paese, a garanzia di una medicina sempre più personalizzata e basata sulla centralità del paziente, cosiddetta genere-specifica.

In quest'ottica, dal 2007, Onda attribuisce i **Bollini Rosa** agli ospedali “vicini alle donne” che offrono servizi dedicati alla prevenzione, diagnosi e cura delle principali patologie femminili, riservando particolare

attenzione alle specifiche esigenze dell'utenza rosa. Il network attuale è composto da 248 strutture dislocate sul territorio nazionale ([www.bollinirosa.it](http://www.bollinirosa.it)).

L'esperienza maturata in tanti anni con i Bollini Rosa ha dato gli spunti per avviare un processo di "mappatura" delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), dove oltre il 75% degli ospiti è rappresentato da donne, la maggior parte in condizioni di non autosufficienza. L'obiettivo è premiare con i **Bollini RosaArgento** le strutture in possesso dei requisiti necessari per garantire non solo una gestione efficace e sicura dell'ospite, ma anche un'assistenza umana e personalizzata ([www.bollinirosargento.it](http://www.bollinirosargento.it)).

## **Conclusioni**

*P. Testori Coggi, S. Montilla*

Nelle donne, che sono le principali utilizzatrici di farmaci, si registra anche una maggiore frequenza di reazioni avverse (circa 1.7 volte), spesso di gravità maggiore rispetto agli uomini e talvolta di tipologia specifica. Le cause di queste differenze e l'impatto clinico che ne deriva non sono ancora pienamente compresi, ma senz'altro ruoli chiave sono giocati dalle differenze biologiche, farmacocinetiche e farmacodinamiche tra generi, non indagate a causa della sottorappresentazione delle donne nella sperimentazione clinica e del potenziale sovradosaggio. Pur considerando un potenziale bias dovuto a una maggiore attitudine alla medicalizzazione da parte delle donne, altri fattori da annoverare sono la politerapia, l'invecchiamento e la maggiore vulnerabilità verso specifiche classi di farmaci e, infine, i fattori socioculturali. Per garantire l'accesso a farmaci innovativi che contribuiscano a migliorare la salute femminile, è necessario incrementare gli investimenti in progetti dedicati alla prospettiva di genere con lo scopo di indagare le diverse proprietà delle funzioni, i fattori di rischio, le caratteristiche e le modalità di espressione clinica delle patologie, la responsività ai trattamenti e la prevalenza delle complicanze, affinché la specificità dei generi possa essere indagata e declinata in opportunità di sviluppo e di salute. Per questo in Italia, dal 2011, l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) ha istituito un Gruppo di lavoro dedicato ai farmaci e al genere con l'obiettivo di studiare e valutare le tematiche relative agli aspetti regolatori e farmacologici della medicina di genere.