

# SPUNTI SULLA SALUTE FEMMINILE

Le donne italiane sono 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
<b>Italia</b>	<b>77,9</b>	<b>78,1</b>	<b>78,3</b>	<b>78,4</b>	<b>83,7</b>	<b>83,7</b>	<b>83,9</b>	<b>83,8</b>

\*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](http://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- Valleé 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
<b>Italia</b>	<b>129,40</b>	<b>127,00</b>	<b>129,50</b>	<b>118,52</b>	<b>119,36</b>	<b>115,39</b>	<b>78,47</b>	<b>77,05</b>	<b>79,97</b>	<b>71,29</b>	<b>72,86</b>	<b>69,87</b>

\*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

## Fattori di rischio per la salute

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).

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

<b>Regioni</b>	<b>Maschi</b>	<b>Femmine</b>
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
<b>Italia</b>	<b>28,59</b>	<b>16,63</b>

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

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
<b>Italia</b>	<b>11,08</b>	<b>9,43</b>	<b>44,69</b>	<b>28,09</b>

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

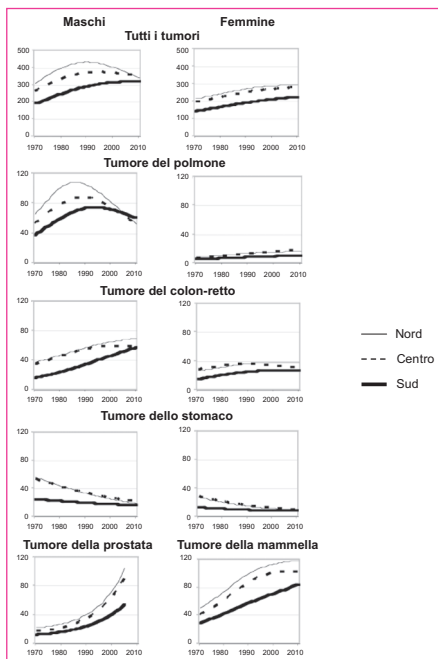
Sia l'obesità che il sovrappeso sono importanti fattori di rischio da considerare non come una malattia del singolo individuo ma come il risultato di tanti fattori ambientali e socio-economici che condizionano fortemente le abitudini alimentari e gli stili di vita. Poco più della metà della

## Tumori: incidenza e mortalità

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 al 2007, 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%).

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. 1** - 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 - Baili, Francisci, De Angelis, Grande, Micheli - Micheli et al. Tumori 93 (4). [www.tumori.net](http://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
<b>Italia</b>	<b>3,60</b>	<b>3,48</b>	<b>3,47</b>	<b>3,46</b>	<b>3,28</b>

**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.

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.

## Prevenzione

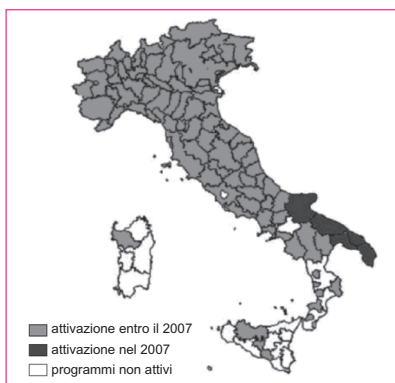
Lo screening oncologico per alcuni tipi di tumore ha sensibilmente cambiato il tipo di trattamento e l'evoluzione di molte malattie. In particolare di seguito vengono considerati i programmi di prevenzione per il tumore al seno, all'utero-cervice uterina e al colon-retto.

### **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. 2 -** 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).*

### 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).

## Salute materno-infantile

I tre aspetti più importanti della salute materno-infantile sono: l'abortività spontanea, l'abortività volontaria ed i parti cesarei.

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. 6** - Percentuale di parti cesarei per regione - Anno 2007

<b>Regione</b>	<b>% Parti cesarei</b>
Piemonte	32,23
Valle d'Aosta- Vallée d'Aoste	33,71
Lombardia	28,23
Bolzano-Bozen	24,17
Trento <sup>(4) (5)</sup>	28,19
Veneto	28,75
Friuli-Venezia Giulia <sup>(4) (5)</sup>	24,35
Liguria	33,92
Emilia-Romagna	29,56
Toscana	26,66
Umbria	31,26
Marche <sup>(4) (5)</sup>	35,43
Lazio	44,11

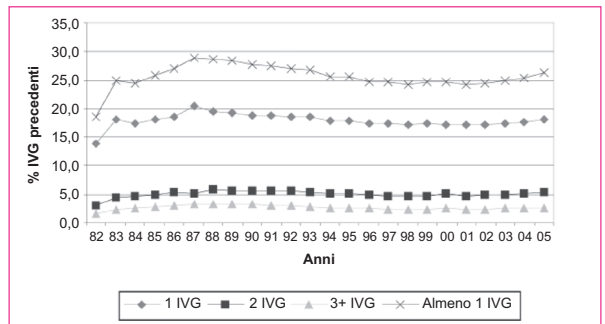
Abruzzo	45,27
Molise <sup>(4) (5)</sup>	52,00
Campania	61,80
Puglia	50,60
Basilicata	48,19
Calabria	46,60
Sicilia	52,91
Sardegna	38,62
<b>Italia<sup>(4) (5) (6)</sup></b>	<b>39,27</b>

- (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. 3 - 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. 7 - 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 std
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
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
<b>Italia</b>	<b>126,75</b>	<b>93,48</b>	<b>90,44</b>	<b>102,91</b>	<b>166,91</b>	<b>400,15</b>	<b>1.036,08</b>	<b>120,90</b>

*\*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", 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.*

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

*Come messo in evidenza da questa pubblicazione lo stato di salute delle donne italiane è 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.*



<i>Aspetti demografici</i>	<i>Pag. 2</i>
<i>Fattori di rischio per la salute</i>	<i>Pag. 4</i>
<i>Tumori: incidenza e mortalità</i>	<i>Pag. 6</i>
<i>Prevenzione</i>	<i>Pag. 8</i>
<i>Malattie Metaboliche</i>	<i>Pag. 10</i>
<i>Salute materno-infantile</i>	<i>Pag. 10</i>
<i>Approfondimenti</i>	<i>Pag. 13</i>
<i>Conclusioni</i>	<i>Pag. 14</i>