

In Italia.

Donne e salute

In Italia risiedono complessivamente 58.500.000 individui e le donne sono poco più di 30.000.000. Sotto il profilo sanitario, i dati sottolineano anzitutto come le donne vivano mediamente più a lungo degli uomini: **l'aspettativa di vita** alla nascita, secondo i dati ISTAT calcolati nell'anno 2003, è di 76,9 anni per gli uomini e di 82,9 anni per le donne. La maggiore longevità delle donne sta alla base delle differenze che si registrano a proposito delle **patologie croniche**. Non è infatti solo sulle patologie tipicamente femminili (come l'osteoporosi per la quale si registra un'incidenza di otto volte superiore tra le donne) che si osserva una prevalenza femminile, bensì su tutte le patologie croniche considerate (allergie, cataratta, ipertensione, vene varicose, artrosi, osteoporosi, emorroidi, calcolosi del fegato, disturbi nervosi, cefalea o emicrania ricorrente, malattie della tiroide, lombosciatalgia).

76,9 anni per gli uomini e di 82,9 anni per le donne.

L'**osteoporosi**, in particolare, rappresenta un problema sia in termini di qualità di vita che di costi sanitari e sociali, legati alla cura e riabilitazione dei soggetti fratturati e all'assistenza per l'invalidità che spesso ne consegue. Pertanto l'osteoporosi deve essere considerata una dei maggiori obiettivi per la salute ed è per questo che la prevenzione di tale patologia svolge un ruolo fondamentale.

In Italia si sta delineando una diversa dinamica demografica, in conseguenza di un comportamento riproduttivo modificatosi nel tempo; tali cambiamenti hanno determinato anche una riduzione del numero delle nascite.

Dal 1961 a oggi si è praticamente dimezzato il numero medio di figli per donna: nell'anno 2001 il numero medio di figli per donna corrisponde a 1,25 rispetto a 2,41 relativo all'anno 1961.

L'innalzamento dell'età media al parto sia per le prime nascite che per la prosecuzione della discendenza, delinea soprattutto una tendenza a posticipare l'inizio della vita riproduttiva ma, in parte, anche un recupero di fecondità in età matura. Di conseguenza si dedica una maggiore attenzione alla gravidanza ed al parto, in particolare ai fattori di rischio per la salute della madre, del feto e del neonato.

La tutela della maternità va affrontata attraverso l'adozione di tutti quei provvedimenti che garantiscano alle donne di essere opportunamente salvaguardate sia nel momento in cui affrontano lo stato di gravidanza, sia nel momento in cui si accingono ad affrontare problemi comunque connessi ad esigenze di tutela del loro diritto ad una maternità serena e responsabile, ed in tutte quelle patologie preesistenti la gravidanza o insorte nel corso della stessa, che configurano situazioni di rischio elevato come ad esempio l'abortività ripetuta, l'ipertensione preesistente e gestazionale, il diabete preesistente e gestazionale, infezioni prenatali e perinatali.

Il tasso di **mortalità materna** (numero di decessi per complicazioni della gravidanza, parto e puerperio per 10.000 nati vivi) rappresenta insieme alla speranza di vita ed agli indici di mortalità nell'infanzia (mortalità neonatale, prenatale e nati mortalità) uno degli indici più importanti per valutare lo stato dell'assistenza socio-sanitaria nel settore materno-infantile e più in generale, il grado di sviluppo raggiunto da un Paese. La mortalità materna in Italia si è ridotta notevolmente passando dai valori di 491 morti nel 1970, a 84 nel 1980, a 50 nel 1990 a 16 nel 2000, a 17 nel 2003. Il livello di sorveglianza per questo indicatore deve rimanere alto in particolare nelle realtà territoriali dove le condizioni socio-economiche sono meno favorevoli e dove vi è maggiormente la presenza di donne immigrate e dove c'è minore accesso ai percorsi di assistenza alla gravidanza ed ai servizi sanitari correlati.

I dati ISTAT sui tassi di **mortalità** relativi all'anno 2002, disaggregati per genere, mostrano come sia per la popolazione maschile che per quella femminile la quota più significativa di decessi verificatisi nell'anno di riferimento si collochi nella fascia di età più avanzata, e cioè quella oltre i 75 anni (881,4 decessi ogni 10.000 per gli uomini *over75* e 681,7 decessi ogni 10.000 per le donne *over75*).

Le **patologie dell'apparato cardiocircolatorio** costituiscono la causa principale di morte (38,2 casi ogni 10.000 abitanti di sesso maschile e 44,6 casi ogni 10.000 abitanti di sesso femminile). Nella fascia d'età oltre i 75 anni si tratta rispettivamente di 401,9 casi ogni 10.000 uomini *over75* e di 366,8 casi ogni 10.000 donne nella stessa fascia d'età.

La seconda causa di morte è rappresentata dai **tumori** (33,7 casi ogni 10.000 abitanti di sesso maschile e 23,6 casi ogni 10.000 abitanti di sesso femminile) e la fascia di età più interessata è sempre quella *over75* (233 ogni 10.000 per gli uomini e 119 ogni 10.000 per le donne). Va tuttavia rilevato il fatto che nella fascia d'età immediatamente precedente, quella compresa tra i 55 ed i 74 anni, i tumori rappresentano la prima causa di morte. Tra i 55 e i 74 anni di età, infatti, il dato complessivo dei decessi per tumore è pari 55,5 casi ogni 10.000 (75,3 casi ogni 10.000 per gli uomini e 38,1 casi ogni 10.000 per le donne), mentre il dato relativo alle patologie del sistema circolatorio è pari a 35,4 casi ogni 10.000 abitanti (49,6 casi ogni 10.000 per gli uomini e 22,9 casi ogni 10.000 per le donne).

I tumori costituiscono peraltro la prima causa di morte anche tra i 25 ed i 54 anni, sia per gli uomini (5,6 casi ogni 10.000) che per le donne (5,2 casi ogni 10.000).

Secondo un'indagine Censis del 2003 le donne dimostrano di avere interiorizzato più degli uomini l'idea della salute come di un bene da tutelare soprattutto adottando **stili di vita** corretti (in questo senso si esprimeva il 58,6% delle donne contro il 49,9% degli uomini) e di prestare più attenzione all'alimentazione rispetto agli uomini (50,6% contro il 36,2% degli uomini).

Tuttavia dai dati Istat risultano indicazioni meno positive a proposito del **fumo** (emerge da parte delle donne una diminuzione del fumo assai meno netta di quella riscontrata tra gli uomini e, per alcune fasce di età, 15-24 e 45-54 anni, si assiste addirittura ad un aumento delle fumatrici) e dell'**alcol**.

Permane elevata la percentuale di donne fumatrici, specie in età fertile e in gravidanza, con conseguente rischio per la salute del nascituro. Il fumo delle madri in gravidanza è infatti causa di riduzione del peso alla nascita, di gravi conseguenze per lo sviluppo della funzione respiratoria nonché di una quota significativa delle cosiddette "morti in culla".

Risulta comunque che la gravidanza inneschi molto spesso comportamenti responsabili negli stili di vita delle madri. Il livello di istruzione ha un ruolo importante nell'indurre la futura mamma a

modificare i propri comportamenti: le donne laureate o diplomate smettono di fumare nel 70% circa dei casi

Le persone che godono di una posizione sociale privilegiata, hanno un titolo di studio elevato o svolgono un lavoro di prestigio e ben remunerato vivono più a lungo e si ammalano meno rispetto alle persone che hanno una posizione sociale inferiore, non accedono all'istruzione superiore o svolgono professioni meno remunerative e meno accreditate.

In Italia, nonostante il generale miglioramento dello stato di salute della popolazione, la distanza tra poveri e ricchi riguardo alla opportunità di vita e di salute è rimasta invariata o è aumentata.

I determinanti socioeconomici della salute delle donne

In Italia, le donne studiano di più, con meno difficoltà, e a volte con risultati migliori dei loro coetanei, tanto da costituire oggi una fetta preponderante, ancora non pienamente valorizzata, del nostro capitale intellettuale. In particolare è tra le classi giovanili che si dispiega con tutta evidenza la differente propensione a raggiungere alti livelli di scolarità: la quota di donne laureate è pari al 17,4% contro il 12,2%.

Dai dati dell'indagine ISTAT 2004 sugli sbocchi occupazionali dei laureati nel 2001 emerge che le donne sono la maggioranza dei laureati (il campione rappresentativo si compone di un 56,8% di donne e di un 43,2% di uomini), provengono da studi liceali (74,6% contro il 61,1% degli uomini), hanno conseguito ottimi voti (all'esame di maturità le donne che hanno preso meno di 43/60 sono il 20% mentre tale quota sale al 26% tra gli uomini). Sono decisamente migliori le performance universitarie delle laureate: il 20,4% si laurea in corso (16,7% uomini); il 33,6% consegue la massima votazione (contro il 23,2%), e ben il 23% accompagnata dalla lode (il dato maschile è 16,5%).

A fronte di percorsi così brillanti, i destini occupazionali risultano però poco soddisfacenti.

Le donne sono maggiormente presenti nell'ambito del lavoro dipendente, ma anche in quello subordinato. Le laureate con lavoro dipendente sono il 64% delle occupate contro il 61,1% degli uomini. Ma le prospettive di carriera sembrano essere penalizzanti per le donne: a tre anni di distanza dalla laurea la quota di dipendenti con ruoli dirigenziali è del 2,9% tra gli uomini e dell'1,2% per le donne, mentre i livelli impiegatizi sembrano essere la destinazione privilegiata delle laureate: ben il 17,3% ha una posizione da impiegato esecutivo, contro il 9,6% degli uomini.

Inoltre sono più diffusi tra le laureate, rispetto ai loro colleghi, i contratti di collaborazione, coordinata e continuativa, a progetto, occasionale: a tre anni dal conseguimento della laurea, lavora con questo tipo di contratto il 17,1% delle donne contro il 10,6% degli uomini.

Il tasso di attività, femminile in Italia è fermo al 37,1%, superiore soltanto a quello di Malta (30,6%) e con una differenziazione piuttosto forte fra aree geografiche del paese. Certamente si tratta di un valore che nel tempo è cresciuto di più di quello maschile, che dal 2000 al 2004 si è incrementato solo dello 0,8%, a fronte di quello femminile cresciuto del 4,3%. Nella distribuzione dei ruoli apicali le donne sono ancora fortemente marginali, magari svolgendo funzioni e compiti importanti per le proprie organizzazioni, ma senza potere.

Si aggiungono a questo i fenomeni di spreco delle risorse femminili, nonostante le norme e i progetti sulla parità siano in crescita: le laureate dal 2000 al 2003 sono cresciute del 41% fra le coadiuvanti, del 62,2% fra gli apprendisti e del 45% fra gli operai. Le donne non sono affatto ben rappresentate nei ruoli di decisione strategica, che potrebbero incidere anche sulle regole produttive consolidate.

Nello stesso tempo le donne sono state investite in modo particolare dalle trasformazioni che hanno attraversato il mercato del lavoro. L'aumento dei part-time riguarda soprattutto le donne (dal 1998 la percentuale di donne italiane occupate a part-time è infatti passata 14,3% al 25%), che lo scelgono principalmente per poter dedicare parte del loro tempo anche alle attività di cura familiare. La quota di chi lavora in orari disagiati è più alta per le donne (34,2% contro 33,5% uomini), in particolare il sabato e nei prefestivi. Sono più le donne a soffrire della sottoccupazione, e dunque a non essere messe in condizione di lavorare quanto vorrebbero (5,1% contro 4% degli occupati uomini).

E' consistente la quota di donne inattive che dichiarano che inizierebbero a cercare lavoro se avessero a disposizione servizi di supporto alla famiglia, che le disimpegnassero almeno in parte dai compiti di cura ed accudimento.

E' importante quindi, per la promozione della salute delle donne, considerare i principali determinanti sociali ed economici e cioè gli effetti, positivi o negativi, che essi possono produrre sulla salute.

I **gruppi di popolazione più vulnerabili**, cioè più a rischio di povertà e quindi anche più a rischio per la salute sono:

bambini in povertà. Circa 2 milioni di bambini e ragazzi vive in famiglie sotto la soglia di povertà con minori opportunità di educazione e con maggiori probabilità di essere esposti ai fattori di rischio per la salute legati alla povertà: poca sicurezza, contiguità con storie di violenza, minori attenzioni alla prevenzione e alla qualità delle cure. Non ci sono politiche sanitarie specificamente dedicate agli svantaggi di salute per i bambini più poveri e anche le politiche sociali locali rivolte al sostegno economico e sociale delle famiglie in povertà hanno una distribuzione geografica molto disuguale. Considerando l'importanza che ha l'esperienza nei primi anni di vita per la salute dell'adulto e considerando l'aumento nel tempo di queste popolazioni, è fondamentale e prioritario cercare di contrastare precocemente tutti i fattori di rischio che la povertà produce in questa età, con attività di educazione alla salute, di diagnosi precoce, di accompagnamento all'uso corretto dei servizi sanitari e della prevenzione e con un sostegno alle famiglie, insieme con le altre risorse di assistenza messe a disposizione da parte della società;

anziani in povertà. Circa 2 milioni di anziani, la maggioranza donne, è sotto la soglia di povertà. Si tratta di anziani che vivono prevalentemente da soli al Centro-Nord e in famiglie allargate al Sud, per i quali la povertà minaccia la salute attraverso la scarsa qualità dell'alimentazione, le difficoltà di mobilità e di autonomia dentro e fuori l'abitazione, la difficoltà a ripararsi dal freddo e la scarsa possibilità di usufruire di strutture e ricevere assistenza. Molte politiche locali si sforzano anche di prevenire gli effetti psicosociali della solitudine e della perdita di ruolo dell'anziano per evitarne l'emarginazione, ma spesso queste opportunità sono distribuite in modo molto disomogeneo nelle diverse aree del Paese;

genitori soli con figli dipendenti. Circa 500.000 madri vivono sole con i figli a carico, con il duplice ruolo di chi lavora e di chi deve prendersi cura della famiglia. In questo gruppo la prevalenza di povertà è più elevata (9,7% nella media italiana e 22 al Sud). I genitori soli con figli dipendenti sembrano un gruppo di popolazione ad alto rischio non solo per la povertà (soprattutto le donne), ma anche per la salute (soprattutto gli uomini), sia perché hanno una sopravvivenza più sfavorevole, sia perché sono esposti con maggiore frequenza a fattori di rischio come fumo, alcol, stress, assistenza sanitaria di bassa qualità. Le politiche sanitarie non hanno attenzioni specifiche nei confronti di questo gruppo, mentre le politiche sociali tendono a garantire un'integrazione del reddito.

Disoccupati. Le donne, i giovani e la residenza al Sud sono fattori di rischio per la disoccupazione di lunga durata. Lo stesso andamento riguarda i giovani disoccupati. In questo caso, al rischio povertà si aggiungono tutte le condizioni sfavorevoli legate alla condizione della disoccupazione.

Stranieri immigrati. Le condizioni di integrazione sono molto diverse in base al tempo già trascorso in Italia. Nel primo periodo di immigrazione prevale il trauma del distacco dalla casa e dal Paese di origine; in questa fase gli stranieri spesso condividono con i soggetti senza fissa dimora le condizioni di estremo disagio nella ricerca di un tetto, di un lavoro, di relazioni sociali e affetti, e di un riconoscimento giuridico. In un secondo momento diventano più importanti le difficoltà di integrazione o almeno di interazione e convivenza con la cultura ospite e con il sistema dei servizi; le difficoltà di apprendimento della lingua accrescono le barriere che già normalmente i servizi frappongono alla soddisfazione delle necessità quotidiane. Infine, dopo alcuni anni, lo straniero immigrato condivide tutti gli svantaggi dei gruppi sociali a maggiore rischio di povertà, essendosi così praticamente integrato nel sistema delle disuguaglianze sociali del Paese ospite. In conclusione il profilo epidemiologico osservato tra gli stranieri immigrati comincia a presentare i primi effetti di un deterioramento del capitale di salute di cui sono portatori.

Persone affette da dipendenze. Un ultimo gruppo, da considerare a parte, è quello delle dipendenze da droghe e da alcol. Esso rappresenta un po' il paradigma di quei comportamenti individuali a responsabilità limitata che più frequentemente possono portare all'emarginazione

sociale e alla povertà, con processi molto rapidi e con conseguenze devastanti per le persone e per le famiglie.

Soggetti senza fissa dimora. All'estremo opposto di questi gruppi a rischio di povertà ed emarginazione vi sono i veri emarginati, del tutto privi di significative relazioni sociali, i cosiddetti senza fissa dimora. Si tratta di un tipo di popolazione elusiva, di cui è difficile stimare le dimensioni. Lo stato di salute di queste persone può essere rilevato solo se di loro si occupa un servizio sociale. In Italia non sono disponibili stime di mortalità e morbosità specifiche per questo tipo di popolazione.

Le donne immigrate

Le donne immigrate con permesso di soggiorno in Italia (dati Ministero dell'Interno) al 31.12.2005 erano pari a 1.132.845, rappresentando quindi il 49.9% della popolazione immigrata, a conferma della progressiva femminilizzazione dei flussi che si è andata registrando negli ultimi anni.

La presenza di una importante componente femminile, peraltro prevalentemente in età fertile, data la struttura demografica della popolazione immigrata, con possibili bambini al seguito, pone delle istanze nuove sia ai servizi socio-sanitari e sanitari che alle più generali politiche di integrazione rispetto ad una immigrazione prevalentemente maschile.

La composizione per genere non è omogenea all'interno delle diverse comunità, in quanto alcuni gruppi presentano una popolazione femminile molto più numerosa di altri.

Il 54.8% delle donne straniere proviene infatti dall'Europa centro-orientale, il 15.5% dall'Africa, il 15.3 dall'Asia e il 14.2% dall'America. Altrettanto non omogenea è la distribuzione sul territorio nazionale (Dossier Statistico Immigrazione, Caritas, 2006).

La popolazione immigrata, nonostante il prevedibile attenuarsi dell'effetto migrante sano, che caratterizza i primi flussi migratori, è una popolazione dal patrimonio di salute ancora sostanzialmente integro.

Dall'analisi delle SDO (2003, Ministero della Salute) emerge che la maggior parte dei ricoveri in regime di degenza ordinaria, il 62%, e in regime di day hospital, il 72% ha riguardato le donne.

La prima causa di ricovero in regime di degenza ordinaria è rappresentata dal parto (55%), quindi dalle malattie dell'apparato genito-urinario (8%) e dall'apparato digerente (7%).

Le aree geografiche con la maggior percentuale di ricoveri femminili sono l'America centro meridionale (75.7% di tutti i ricoveri, l'Asia orientale (72.8%), l'Africa orientale (69.9%) e l'Europa dell'Est (68.5%).

Dall'analisi degli Aggregati Clinici dei Codici (Dossier Statistico Immigrazione, Caritas, 2005) emerge che la prima causa di ricovero ordinario è rappresentata dalla gravidanza e dal parto fisiologico (11.2%), quindi dalle complicanze della gravidanza, (3.1%) del parto e del puerperio (2.8%).

Bisogna sottolineare che, per le donne straniere, le condizioni fisiologiche come gravidanza e parto presentano degli elementi di particolare criticità, legate al disagio ed alla marginalità sociale, a cui devono aggiungersi la giovane età di molte gestanti, la alta prevalenza di anemie e infezioni dell'apparato genito-urinario e lo scarso accesso ai servizi durante il periodo prenatale che avviene mediamente un mese più tardi rispetto alle donne italiane e con cadenza di controlli più diradata.

Il numero di ecografie eseguite è minore rispetto a quello delle donne italiane. Le ragioni individuate in uno studio dell'Istituto Superiore di Sanità erano da ricercarsi in difficoltà di accesso ai servizi, difficoltà di comunicazione e a problemi economici.

Ciò pone le basi per un maggior numero di esiti negativi perinatali.

Le indagini finora condotte sulla popolazione immigrata mostrano un maggiore tasso di nati - mortalità e di mortalità neonatale, un maggior numero di parti pre termine e di bambini a basso peso alla nascita.

La femminilizzazione e il progressivo invecchiamento richiedono anche che vengano individuate modalità opportune affinché questa popolazione sia raggiunta dai programmi di screening oncologico e di prevenzione in generale.

La promozione della salute delle donne immigrate deve essere perseguita in materia di procreazione cosciente e responsabile; assistenza alla gravidanza, parto e puerperio;

prevenzione del ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza;
prevenzione delle malattie a trasmissione sessuale compresa l'HIV/AIDS;
prevenzione dei tumori della sfera genitale femminile;
miglioramento dell'accesso ai programmi di screening;
prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne e delle bambine sottoposte a pratiche di Mutilazioni genitali femminili.

La violenza contro le donne

La violenza sessuale e domestica è un fenomeno esteso e sempre più rilevante.

In Italia una recente indagine ISTAT, curata da Linda Laura Sabbadini nel 2006, condotta in seguito a una convenzione con il Ministero per i Diritti e le Pari Opportunità, dimostra che le donne italiane tra i 16 e i 70 anni vittime di violenza fisica o sessuale nel corso della vita sono stimate in 6.743.000 e, in particolare, circa un milione di donne ha subito stupri o tentati stupri. Il 14,3% delle donne, che abbiano o abbiano avuto un rapporto di coppia, ha subito almeno una violenza fisica o sessuale dal partner. Solo il 7% delle donne che ha subito violenza da parte di un partner, lo denuncia. Il sommerso continua, quindi, ad essere la norma. Inoltre, e ben più grave, appare il dato che il 33,9% delle donne che subiscono violenza dal partner e il 24% di quelle che l'hanno subita da un non partner, non parla con nessuno delle violenze subite. Nel silenzio si consuma la violenza e dal silenzio continua ad essere avvolta. I danni sulla salute fisica e psichica che la violenza determina sono quindi non prevenibili se non si attivano risorse e soluzioni innovative in grado di spezzare la spirale che incatena in un medesimo destino anche le generazioni future.

Dalla ricerca ISTAT emerge che tra i fattori che determinano una maggiore predisposizione a divenire un partner violento appare maggiormente significativo avere avuto un padre che picchiava la propria madre o che è stato maltrattato dai genitori. Infatti, la quota di violenti con la propria partner è pari al 30% fra coloro che hanno assistito a violenze nella propria famiglia di origine, al 34,8% fra coloro che l'hanno subita dal padre, al 42,4% tra chi l'ha subita dalla madre, mentre è limitata al 6% tra coloro che non hanno subito o assistito a violenze nella famiglia di origine.

Studi epidemiologici internazionali hanno dimostrato conseguenze fisiche, psicologiche e sociali della violenza, che oltre ad essere un grave evento traumatico ed un'esperienza intollerabile che annienta il senso di integrità personale, provoca danni di lungo periodo ed è anche fattore eziologico in una serie di patologie rilevanti per la popolazione femminile. Sono stati condotti studi sulle patologie ginecologiche, gastroenterologiche, sui disturbi alimentari, disturbi d'ansia e attacchi di panico. Particolare attenzione è stata data dall'OMS alle patologie mentali e alla depressione. Fra le donne che hanno subito violenza si riscontra anche una maggiore frequenza di suicidio.

La raccomandazione del Consiglio d'Europa n. 1582 del 27.09.2002 e del Comitato Economico del 22.02.2006, hanno invitato gli Stati membri ad adottare misure per la tutela della salute e la sicurezza delle donne. Hanno ribadito il carattere diffuso della violenza domestica contro le donne, che ne subiscono conseguenze a tutti i livelli: casa, salute, comportamento, relazioni sociali, educazione, libertà di vivere la propria vita. Questo fenomeno endemico riguarda tutti i Paesi europei ed è presente in tutte le categorie e classi sociali. La violenza domestica può manifestarsi in diverse forme quali l'aggressione fisica, l'abuso, la violenza sessuale, le minacce e l'intimidazione.

L'Assemblea ha considerato gli atti di violenza domestica come atti criminali e ha invitato gli Stati membri ad assumersi l'obbligo di prevenire, istruire e punire gli atti di violenza domestica, offrendo in tal modo una protezione alle vittime. Sono stati sollecitati i governi a mettere in atto politiche efficaci di sensibilizzazione e campagne di informazione per porre la popolazione nella condizione di conoscere ed essere educata sul tema.

E' stata riconosciuta la necessità e l'importanza dell'elaborazione di strategie di intervento collettivo a livello locale per prevenire il fenomeno e dare assistenza alle vittime, nonché è stato sollecitato il miglioramento delle statistiche sulla violenza domestica e l'aumento delle risorse per sostenere i servizi sociali che trattano il problema della violenza domestica.

In conclusione, per contrastare la violenza generando al contempo un cambiamento culturale e sociale, sono necessarie azioni sinergiche: sensibilizzare e informare, promuovere attività di

educazione, di prevenzione e di cura, attivare rapporti fecondi di collaborazione tra le strutture sul territorio.

Interruzione volontaria della gravidanza

Sulla base dei dati provvisori relativi all'anno 2005 sono state notificate 129.588 IVG, con un decremento del 6,2% rispetto al 2004 (138.123 casi) e un decremento del 44,8% rispetto al 1982, anno in cui si è registrato il più alto ricorso all'IVG (234.801 casi).

Il tasso di abortività (numero IVG per 1.000 donne in età feconda 15-49 anni), è pari a 9,3 per 1.000, con un decremento del 6,7% rispetto al 2004 (10.0 per 1.000) e un decremento del 45,9% rispetto al 1982 (17,2 per 1.000).

Il rapporto di abortività (N. IVG per 1.000 nati vivi) è risultato pari a 236,4 per 1.000 con un decremento del 6,2% rispetto al 2004 (251,9 per 1.000) e un decremento del 37,8% rispetto al 1982 (380,2 per 1.000).

Nel corso degli anni è andato crescendo il numero degli interventi effettuato da donne con cittadinanza estera, e nel 2004 tali interventi rappresentano il 27,2% del totale delle IVG. Considerando solamente le IVG effettuate da cittadine italiane il dato del 2004 sarebbe pari a 101.392.

Il sempre maggiore contributo delle donne con cittadinanza estera impone una particolare attenzione nel confronto nel tempo delle caratteristiche delle donne che ricorrono all'IVG, in quanto le cittadine straniere, oltre a presentare un tasso di abortività, peraltro diverso per nazionalità, stimato 3 volte maggiore di quanto attualmente risulta tra le italiane, hanno una diversa composizione socio-demografica (che muta nel tempo a seconda del peso delle diverse nazionalità), diversi comportamenti riproduttivi e diversa utilizzazione dei servizi. In particolare, va segnalato il loro maggior ricorso al consultorio familiare per la certificazione e il maggiore ritardo nell'ottenere l'IVG.

Le neoplasie femminili.

Si stima che in Italia siano stati diagnosticati nel corso del 2006 circa 120.233 nuovi casi di tumore maligno invasivo in donne di età 0-84 anni. I Registri Tumori che attualmente coprono il 26% della popolazione, prevalentemente del Centro e Nord Italia, stimano che i cinque tumori più frequentemente diagnosticati nelle donne siano il **tumore della mammella** (24.9%), i **tumori cutanei** diversi dal melanoma (14.8%), il **tumore del colon** (8.2%), il **tumore del polmone** (4.6%) e quello dello **stomaco** (4.5%).

Nel 2002 sono decedute per cancro 69.295 donne (tumore della mammella 16%, del colon-retto 14%, del polmone 9%, dello stomaco 7%, del pancreas 6%).

Una donna ogni 11 ha la probabilità di ammalarsi per un tumore al seno, una ogni 25 di un tumore cutaneo diverso dal melanoma, una ogni 32 un tumore del colon-retto, una ogni 68 di un tumore dell'utero e una ogni 71 di un tumore del polmone. Il rischio di morire per tumore, tra gli 0 e i 74 anni, è pari ad un decesso ogni 11 donne (1 decesso per cancro della mammella ogni 51 donne).

L'insieme dei tumori mostra un gradiente decrescente, dell'incidenza e della mortalità, che va dal Centro-Nord al Sud.

Per le donne che hanno avuto diagnosticato un tumore negli anni 1995-1999 la sopravvivenza a 5 anni è stata pari al 60%, un incremento di 4 punti percentuali rispetto al quinquennio precedente.

Nel 2003, 481.480 donne si sono ricoverate per tumore, il 7.4% del totale dei ricoveri. La sede tumorale per la quale vi è stato il numero maggiore di ricoveri ordinari è stata la mammella (18%).

405.603 donne che nei cinque anni precedenti hanno avuto una diagnosi di tumore sono ancora in vita: quasi 165.000 casi con una diagnosi di cancro della mammella.

La prevenzione del cervicocarcinoma mediante pap test, la prevenzione del tumore mammario mediante screening mammografico e la prevenzione del tumore colonrettale, rientrano fra le prestazioni che sono considerate **Livelli Essenziali di Assistenza**. Le donne comprese fra 25-64 anni dovrebbero effettuare lo screening cervicale ogni tre anni; le donne fra i 50 e i 69 anni lo

screening mammografico ogni 2 anni; le donne (e gli uomini) fra i 50 e i 70-74 anni lo screening coloretale mediante ricerca del sangue occulto fecale.

La percentuale delle donne che ha eseguito almeno una **mammografia** preventiva nella vita è del 71%. Tra le donne tra 50 e 69 anni, il 75% riceve l'offerta attiva dello screening mammografico (dati 2005): al Nord e Centro, la diffusione rasenta il 100%; nel Sud e nelle Isole la diffusione è del 40% (era solo il 10% nel 2003). Questo differenziale esiste anche nei livelli di partecipazione. Infatti nel nord e nel centro Italia abbiamo livelli di partecipazione pari al 66% nel Nord, al Centro del 60%, valore che scende al 39% al Sud.

Per lo screening del cancro dell'utero (**Pap-test**), due terzi del territorio nazionale sono coperti da programmi organizzati: si passa dal 70% del Nord al 90% del Centro al 50% del Sud. La partecipazione ai programmi organizzati è pari 40%, mentre è assai diffusa la diagnosi precoce.

Infatti le donne che riferiscono di aver fatto almeno un Pap test nella loro vita è pari al 71% (più dell'80% al Nord e meno del 50% in alcune grandi Regioni meridionali).

Gravidanza, parto, puerperio (rilevazione dati CedAp).

I **nati** totali registrati nel 2004 dalle anagrafi comunali sono 562.599, quelli rilevati attraverso il CeDAP sono 480.820 (l'85% del totale dei nati).

Il 46,4% dei **punti nascita** pubblici sono collocati in strutture dotate di terapia intensiva neonatale e/o di unità operative di neonatologia, tale percentuale è del 6% per i punti nascita privati accreditati e del 6,7% per quelli privati non accreditati.

Per quanto riguarda la dotazione di **incubatrici**, si hanno in media 2,32 incubatrici ogni 10 posti letto in reparti di ostetricia, 2,44 nei reparti pubblici, 1,39 in quelli privati accreditati e 1,82 in quelli privati non accreditati.

In circa l'85% delle gravidanze sono state effettuate oltre 4 **visite di controllo**. Le donne con scolarità bassa effettuano la prima visita più tardivamente.

Per quanto concerne le **ecografie** sono state effettuate in media 4,5 ecografie per ogni parto con valori regionali variabili tra 3,9 ecografie per parto nella P. A. Trento e 6,4 ecografie per parto nella Regione Liguria.

Per il 72,4% delle gravidanze, si registra un numero di ecografie superiore a 3.

I dati rilevati riflettono il fenomeno, già analizzato altrove, dell'eccessiva **medicalizzazione** e di un sovrautilizzo delle prestazioni diagnostiche in gravidanza.

Il numero di ecografie effettuate non sembra avere alcuna correlazione con il decorso della gravidanza.

Nell'ambito delle tecniche diagnostiche prenatali invasive, l'**amniocentesi** è quella più usata, seguita dall'esame dei villi coriali (nel 3,21% delle gravidanze) e dalla funicolacentesi (nell' 1,24%).

In media ogni 100 parti sono state effettuate più di 17 amniocentesi.

L'utilizzo di tale indagine prenatale è diversificato a livello regionale, nelle regioni meridionali si registra una percentuale al di sotto del 11% (ad eccezione della Sardegna) mentre i valori più alti si hanno in Valle d'Aosta (43,6%) e Toscana (30,6%).

Il ricorso all'amniocentesi da parte delle donne con scolarità bassa è sensibilmente inferiore rispetto a quello delle donne con scolarità medio-alta appartenenti alla medesima classe di età.

Nel 2004 tramite le schede CedAp sono rilevati 474.893 **parti**; di questi circa il 12,4% è relativo a madri di cittadinanza non italiana. Il fenomeno è più diffuso al centro nord dove quasi il 18% dei parti avviene da madri non italiane.

Le aree geografiche di provenienza più rappresentative, sono quelle dell'Europa dell'Est (40%) e dell'Africa (26%). Le donne di origine Asiatica e Sud Americana sono rispettivamente il 17% ed il 10% delle madri di cittadinanza non italiana.

Per quanto riguarda l'**età**, i dati 2004 confermano per le donne italiane una percentuale di oltre il 50% dei parti nella classe di età tra 30-39 anni, mentre per le altre aree geografiche le madri hanno un'età compresa tra 20 e 29 anni (Europa dell'Est 65,7%, Africa 58,9%, America Centro-Sud 52,6% e Asia 65,3%).

L'età media della madre è di 31,8 anni per le donne italiane mentre scende a 28,5 anni per le donne straniere. I valori mediani sono invece di 31,4 anni per le italiane e 27,6 anni per le straniere¹.

L'età media al primo figlio è per le donne italiane superiore a 30 anni con variazioni sensibili tra le regioni del nord e quelle del sud. Le donne straniere partoriscono il primo figlio in media a 26 anni. Il livello di **scolarizzazione** aumenta all'aumentare dell'età al parto.

La percentuale di madri italiane in **attività lavorativa** è pari al 61,7%, per le straniere scende al 31,5%.

La frequenza di madri **coniugate** risulta pari al 83,4%, mentre il 14% sono **nubili** e il 2,4% **separate o divorziate**.

Nella classe di età di 40 e più anni vi è una diminuzione della percentuale di madri coniugate ed un incremento della percentuale di madri nubili, separate o divorziate rispetto alle classi di età dai 20 ai 39 anni.

Le madri con meno di 20 anni sono nubili nel 60% dei casi.

La **presenza del padre in sala parto** è nel 91% (sono esclusi i cesarei), di un familiare nel 7,6% e di altra persona di fiducia nel 1,4%.

La presenza di una persona di fiducia piuttosto che di un'altra risulta essere influenzata dall'area geografica.

Oltre all'**ostetrica** (96,28%) al momento del parto sono presenti: nel 91,94% l'**ostetrico-ginecologo**, nel 45,56% l'**anestesista** e nel 68,10% il **pediatra/neonatologo**.

Per quanto concerne la durata della gestazione, a livello nazionale, escludendo i valori non indicati o errati, la percentuale dei **parti pre-termine** è pari al 6,6%, la componente dei parti fortemente pre-termine è pari all'1,2% mentre il 93,4% delle nascite avviene tra la 37° e la 42° settimana.

Per il 2004 i nati a termine con **peso inferiore ai 2500 grammi** rappresentano circa il 2% dei casi.

La nascita di basso peso non risulta significativamente associata alla cittadinanza della madre.

Dalla fonte CeDAP si ha un tasso di **natimortalità** di 3,15 nati morti ogni 1.000 nati.

Per quanto attiene la causa che ha determinato la natimortalità, la qualità di tale variabile presenta ancora criticità, anche a causa del ritardo con il quale è disponibile il referto dell'esame autoptico rispetto al termine di 10 giorni previsto per la compilazione del Certificato di assistenza al parto. Nel 2004 solo per il 25,5% dei 1.415 bambini nati morti è stata indicata la causa che ha determinato il decesso, nel 63% dei casi il motivo della morte non viene indicato e nel 12% dei casi viene indicata una causa errata o incompatibile per sesso e/o età.

Nel 2004 attraverso il CeDAP sono stati segnalati 2.969 casi di **malformazioni** riscontrabili al momento della nascita o nei primi 10 giorni di vita, ma solo nel 60% dei casi è stato indicato il tipo di malformazione.

Confermando la tendenza degli anni precedenti, nell'anno 2004 il 36,9% dei parti avviene con **taglio cesareo**, con notevoli differenze regionali che comunque evidenziano che in Italia vi è un ricorso eccessivo all'espletamento del parto per via chirurgica.

Rispetto al **luogo del parto** si registra un'elevata propensione all'uso del taglio cesareo nelle case di cura accreditate (oltre il 57% dei parti contro il 34% negli ospedali pubblici).

Per quanto concerne la **presentazione del feto**, la frequenza di presentazione di vertice è del 95,03%, quella podalica del 4,3%, nello 0,75% dei casi si osserva un'altra presentazione (in particolare bregma e spalla).

L'associazione della modalità del parto con la presentazione del feto evidenzia che nel 87,60% di parti cesarei il nato si presenta di vertice.

Il parto cesareo è più frequente nelle donne con cittadinanza italiana rispetto alle donne straniere: nel 27% dei parti di madri straniere si ricorre al taglio cesareo, versus una percentuale del 38,2% nei parti di madri italiane.

Prendendo in esame i parti dopo un precedente taglio cesareo, si registra nel 2004 a livello nazionale una percentuale di **parti vaginali** pari al 18,6%. Nei punti nascita pubblici, circa il 21,5% dei parti con precedente cesareo avviene in modo spontaneo; nelle case di cura private questa percentuale scende all'8,2%.

Nel 2004 delle 474.893 schede CedAp pervenute, 5.738 sono relative a gravidanze in cui è stata effettuata una tecnica di **procreazione medicalmente assistita** (PMA), in media 1,2 per ogni 100 gravidanze.

L'ISTAT riferisce che nel 2002 il tasso di **mortalità perinatale** era pari a 5,3 per mille, il tasso di **mortalità infantile** pari a 4,2 per mille. A livello territoriale i dati del 2002 mostrano ancora una volta una più elevata mortalità perinatale e infantile nelle regioni del sud (5,3) rispetto a quelle del centro (3,3) e del nord (3,4).

Per quanto riguarda i decessi nel primo anno di vita, l'analisi temporale per gruppi di cause e sesso evidenzia andamenti sostanzialmente decrescenti. In particolare, nel 2002 si sono registrati complessivamente 2.337 decessi. Tra questi, 22 casi sono riconducibili a malattie infettive e parassitarie, 43 casi a malattie dell'apparato respiratorio, 695 a casi di malformazioni congenite e ben 1.288 a condizioni morbose di origine perinatale.

I dati sui ricoveri ospedalieri pediatrici (schede SDO)

Dai dati desunti dalle SDO risulta che nel 2001 il tasso di ospedalizzazione relativo alla popolazione di età inferiore a 18 anni è pari a 104 per 1.000, per i ricoveri in degenza ordinaria, e a 39 per 1.000 per i ricoveri in day hospital; complessivamente sono stati dimessi quasi 1.443.000 pazienti di età inferiore a 18 anni.

Rispetto agli anni precedenti si è avuta una diminuzione di circa il 2,5% nel numero complessivo dei ricoveri in degenza ordinaria e anche il tasso di ospedalizzazione è sceso dal 116 per 1.000 del 1998 a 103,6 del 2001.

Le differenze nei tassi di ospedalizzazione variano profondamente a seconda delle fasce d'età: è superiore nei primi anni, con differenze territoriali (incidono le diverse modalità regionali di codifica del neonato patologico). Anche la durata media della degenza diminuisce a tutte le età.

Nei bambini fino a 14 anni la prima causa di ospedalizzazione è costituita dalle malattie all'apparato respiratorio (20,5%), le condizioni morbose di origine perinatale (12,3%), i traumatismi e gli avvelenamenti (10,7%), le malattie dell'apparato digerente (9,3%) e le malattie infettive e parassitarie (7,3%). Nella fascia di età 15-17 anni tale distribuzione si modifica, essendo la voce principale costituita dalle patologie traumatiche e dagli avvelenamenti che da soli rappresentano oltre un quarto dei ricoveri totali (27,4%). Seguono le patologie dell'apparato gastroenterico (13,4%), quelle dell'apparato respiratorio (7,5%), le malattie osteoarticolari non traumatiche (6,9%) e le patologie dell'apparato genitourinario (5,4%).

Sebbene anche i dati desunti dalle schede di dimissione ospedaliera (SDO – Ministero della Salute), relativi all'anno 2003, confermino la tendenza alla riduzione dei ricoveri ordinari nelle discipline per acuti e l'aumento dei Day Hospital, i tassi di ospedalizzazione in età pediatrica mettono in luce la necessità di una vera continuità assistenziale sul territorio.

La salute dei bambini e degli adolescenti.

Per quanto riguarda i dati relativi al bambino ed all'adolescente, ed in particolare nella fascia d'età di 1-14 anni, dagli ultimi dati ISTAT, riferiti all'anno 2002, si deve annotare una prevalenza di **mortalità** maschile (su un totale di 1.189 di morti per classe di età 1 – 14 anni, 730 sono di sesso maschile).

In tale fascia d'età, le prime cause di morte sono le cause esterne dei traumatismi e avvelenamenti e i tumori. Anche per la mortalità violenta dei minori si ha una prevalenza di mortalità maschile.

Il suicidio è una delle prime cause di morte nei giovani tra i 15 e i 19 anni ed è un fenomeno in crescita nell'età compresa tra i 12 e i 14 anni, probabilmente sottostimato. I dati 2002 dell'ISTAT evidenziano una riduzione dei casi di suicidio nella fascia d'età fino ai 13 anni ma un aumento nella fascia dai 14 ai 17 anni. Come per gli adulti, anche tra i minorenni il suicidio è più diffuso tra i maschi (73,5% dei casi nella fascia dai 14 ai 17 anni). Tra i minorenni i tentativi di suicidio, che risultano sottostimati, riguardano prevalentemente il sesso femminile.

L'abuso di alcol e droghe nell'età evolutiva è il più delle volte legato a situazioni sociali e familiari negative.

Anche se occasionale, l'abuso di alcol costituisce un grave fattore di rischio associato a incidenti (stradali, domestici, lavorativi);

Per l'uso di altre droghe come l'Lsd, la cocaina, le amfetamine e l'ecstasy, si evidenzia una tendenza all'aumento dei giovani che approva il comportamento. Uno dei fenomeni più preoccupanti del consumo giovanile è inoltre rappresentato dal **policonsumo**, cioè dall'utilizzo più o meno simultaneo di più sostanze.

Negli ultimi anni si assiste ad un preoccupante aumento del disagio psicologico e dei disturbi psicopatologici di questa fascia di età (disturbi dell'apprendimento 5-6%, disturbi severi del comportamento 1,6%, depressione e disturbi da ansia 8%, anoressia e bulimia 2-3%).

La dimensione del problema della sofferenza psicologica in infanzia e adolescenza, oltre ai segnali di preoccupazione che le istituzioni, il sistema massmediatico e le comunità sociali lanciano con sempre maggiore frequenza, è evidenziata da alcuni dati recenti che indicano come la popolazione infantile ed adolescenziale in carico congiuntamente ai Servizi di Neuropsichiatria infantile ed ai Servizi Sociali dal 9% del 2000 ha raggiunto nel 2004 in alcuni territori l'11% della popolazione al di sotto dei 18 anni. Questo dato significa che più di un minore su 10 si può trovare in una qualche situazione di difficoltà esistenziale, di deprivazione sociale ed affettiva o di vera e propria sofferenza psichica.

La tutela della **salute mentale** nei bambini e negli adolescenti riveste, quindi, un ruolo di primo piano.

Le politiche per la salute mentale del bambino e dell'adolescente devono prioritariamente orientarsi verso gli aspetti di prevenzione, diagnosi precoce, cura e presa in carico indirizzandosi alla specificità delle diverse fasce di età.

Il primo tipo di interventi riguarda il supporto alla genitorialità, il contrasto delle condizioni di rischio psico-sociale ed il potenziamento dei fattori protettivi individuali, familiari e del contesto sociale.

Neuropsichiatria infantile, pediatria di base, servizi sociali ed educativi (scuola per l'infanzia, elementare e media) devono essere tra loro integrati.

Va rafforzata l'offerta pubblica di luoghi e persone in grado di accogliere e prendere in carico in modo olistico casi con problematiche più pesanti, anche nell'arco dell'infanzia, dell'adolescenza, come bambini con disturbi pervasivi dello sviluppo, ragazzi con gravi depressioni, anoressia mentale ed abuso.

E' questo uno degli ambiti del settore materno infantile con più carenze qualitative e quantitative. I servizi sanitari nel loro complesso devono essere maggiormente coinvolti e integrati con i Dipartimenti di Salute Mentale, dei servizi di contrasto alle tossicodipendenze e con la rete dei medici di base; si devono acquisire competenze nuove per essere più aperti alle istanze dei ragazzi e maggiormente in grado di informare, consigliare ed indirizzare.