

THEMA

Protagonisti della sanità numero 1 2014

BEATRICE LORENZIN
EMILIA GRAZIA DE BIASI
LAURA PELLEGRINI
BRUNO RUSTICALI

Le voci delle Regioni

FLORI DEGRASSI
FLAVIA FRANCONI

La salute della donna

Fuori Thema

Vivere più a lungo non significa sempre vivere anche meglio. È quanto accade in Europa e nel mondo alle donne, che hanno una vita più lunga degli uomini (82 anni contro 76), ma che in realtà rispetto all'altro sesso trascorrono lo stesso numero di anni in buona salute (63 contro 61). In Italia solo il 67,2% della popolazione femminile afferma di godere di buona salute contro il 75,1% degli uomini. Le organizzazioni internazionali hanno da tempo evidenziato le diversità con cui molte patologie, un tempo ritenute tipicamente maschili, si manifestano nella popolazione femminile e hanno sollecitato un approccio di genere che consenta una valutazione più complessa, considerando anche le implicazioni sociali, psicologiche, politiche e culturali della persona malata.

Sulla scia di queste raccomandazioni anche in Italia è aumentata la sensibilità e l'attenzione per la salute di genere, come testimoniano le esperienze raccontate in questo numero. Si tratta di iniziative importanti perché la tutela e promozione della salute femminile devono essere considerate a buon diritto un investimento essenziale per il miglioramento dello stato di salute di ogni Paese e una misura della qualità, dell'efficacia e dell'equità di ogni sistema sanitario.

THEMA numero 1 2014

Supplemento al n. 1 – 2014 di *Politiche sanitarie*
www.politichesanitarie.it

Direttore responsabile: Giovanni Luca De Fiore

Redazione: Mara Losi

Il Pensiero Scientifico Editore srl

Via San Giovanni Valdarno, 8 – 00138 Roma

www.pensiero.it

telefono +39 06 862821 – fax +39 06 86282250

pensiero@pensiero.it

Progetto grafico e impaginazione: Typo, Roma

Immagini: ©2014 Thinkstock.com

Stampa: Arti Grafiche Tris

Via delle Case Rosse, 23 – 00131 Roma

Finito di stampare nel mese di maggio 2014

© Il Pensiero Scientifico Editore srl

La riproduzione e la divulgazione dei contenuti di *Thema* sono consentite fatti salvi la citazione esaustiva della fonte e il rispetto dell'integrità dei dati utilizzati.

3



La salute della donna nel programma del Semestre di Presidenza italiana del Consiglio dell'Unione Europea
BEATRICE LORENZIN

5



Salute di genere, anche da noi bisogna fare un salto non solo culturale ma anche scientifico
EMILIA GRAZIA DE BIASI

6

L'indagine conoscitiva sulle patologie di interesse femminile: un'agenda da condurre a termine

7

Il ruolo del 'genere' nelle malattie
LAURA PELLEGRINI
BRUNO RUSTICALI

11

La società civile come stimolo al SSN: il programma Bollini Rosa

dalle Regioni

12

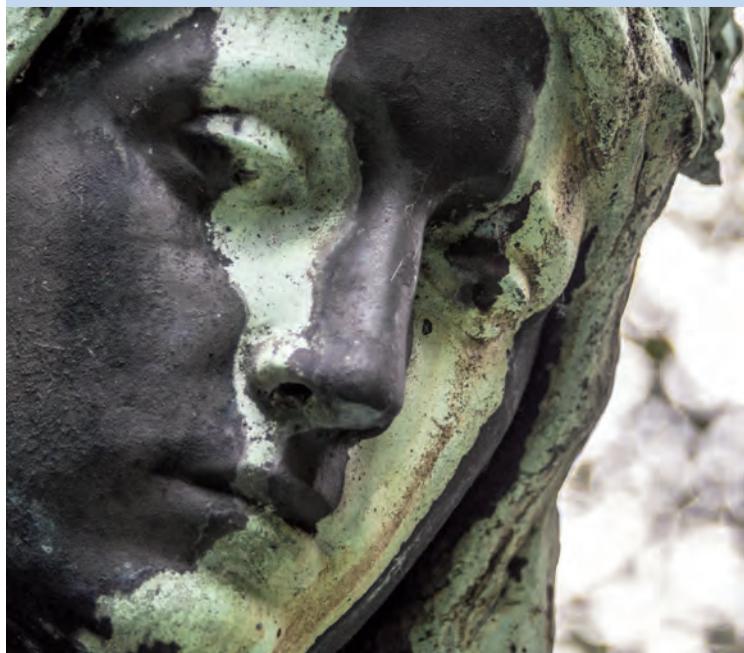


Prevenzione al femminile
FLORI DEGRASSI

15



Il determinante 'genere' per una medicina più equa e sostenibile
FLAVIA FRANCONI



La salute della donna nel programma del Semestre di Presidenza italiana del Consiglio dell'Unione Europea



INTERVENTO DI
**BEATRICE
LORENZIN**
Ministro della Salute



dal Governo

L'attenzione alla salute della donna è ormai da tempo divenuta un tema centrale nella riflessione culturale, civile e professionale, nonché una scelta politica strategica posta da diverse Conferenze internazionali, a partire dalla storica IV Conferenza delle Nazioni Unite svoltasi a Pechino nel 1995, dalle Risoluzioni dell'Unione Europea, dai documenti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

In occasione del semestre di Presidenza italiana del Consiglio dell'Unione Europea sto prevedendo, tra le prime iniziative, la realizzazione di un evento di riflessione e scambio tra i vari Stati membri su **“La promozione della salute della donna in tutte le fasi della vita”**. Un'occasione per mettere a fuoco alcuni temi che rivestono un ruolo fondamentale dal punto di vista di azioni per la promozione della salute della donna e per la prevenzione primaria e secondaria di esiti sfavorevoli. Per ogni tema si procederà alla presentazione dello stato dell'arte nell'Unione Europea, effettuando poi alcuni ap-

profondimenti specifici per aprire una discussione/condivisione delle esperienze concrete di attuazione nelle politiche dei vari Stati membri.

Gli stili di vita

Tra i temi scelti ci sono gli stili di vita, con un approfondimento specifico sull'alimentazione e l'attività fisica nelle diverse fasi di vita della donna. Lo stile di vita attuale è spesso caratterizzato da un'insufficiente attività fisica e da un'alimentazione non equilibrata. Sale la quota delle donne sottopeso, superiore rispetto a quella degli uomini, mentre l'attività sportiva e fisica è meno praticata dalle donne rispetto agli uomini. Attività fisica e corretta alimentazione sono ormai, per definizione, comportamenti che influiscono positivamente sullo stato di salute della popolazione. Se non corretti, potrebbero avere ripercussioni sanitarie importanti (morti premature per malattie cardiovascolari, tumori, malattie respiratorie, diabete), determinando – oltre ad una cattiva qualità della vita – un notevole aumento delle spese sanitarie e sociali nel nostro Paese. È oggi ampiamente accertato che l'attività fisica nell'infanzia e nell'adolescenza contribuisce a raggiungere il picco ottimale di massa ossea essenziale nella prevenzione dell'osteoporosi nella menopausa.

Presenteremo anche l'esperienza italiana del programma **Guadagnare salute** (www.guadagnaresalute.it), che rappresenta il primo documento programmatico finalizzato alla realizzazione di inter-

venti per la tutela e la promozione della salute pubblica concordati fra Amministrazioni centrali e locali e organizzazioni non governative, che favorisce l'intersettorialità delle azioni di prevenzione.

La salute sessuale e riproduttiva

Altro punto di attenzione sarà la **salute sessuale** in adolescenza, puerperio e terza età. La salute sessuale è uno dei cinque aspetti essenziali della "Strategia globale per la salute riproduttiva" approvata dall'Assemblea Generale dell'OMS nel 2004. Nel corso della storia dell'umanità la sessualità è stata anche percepita come un pericolo per la salute: malattie sessualmente trasmissibili e gravidanze indesiderate sono state considerate quasi sempre gravi rischi associati ai rapporti sessuali. Ma questi ed altri rischi per la salute possono essere evitati, non solo perché oggi abbiamo a disposizione le conoscenze necessarie, ma anche perché la sessualità non è più un argomento tabù e se ne può parlare a scopo di prevenzione.

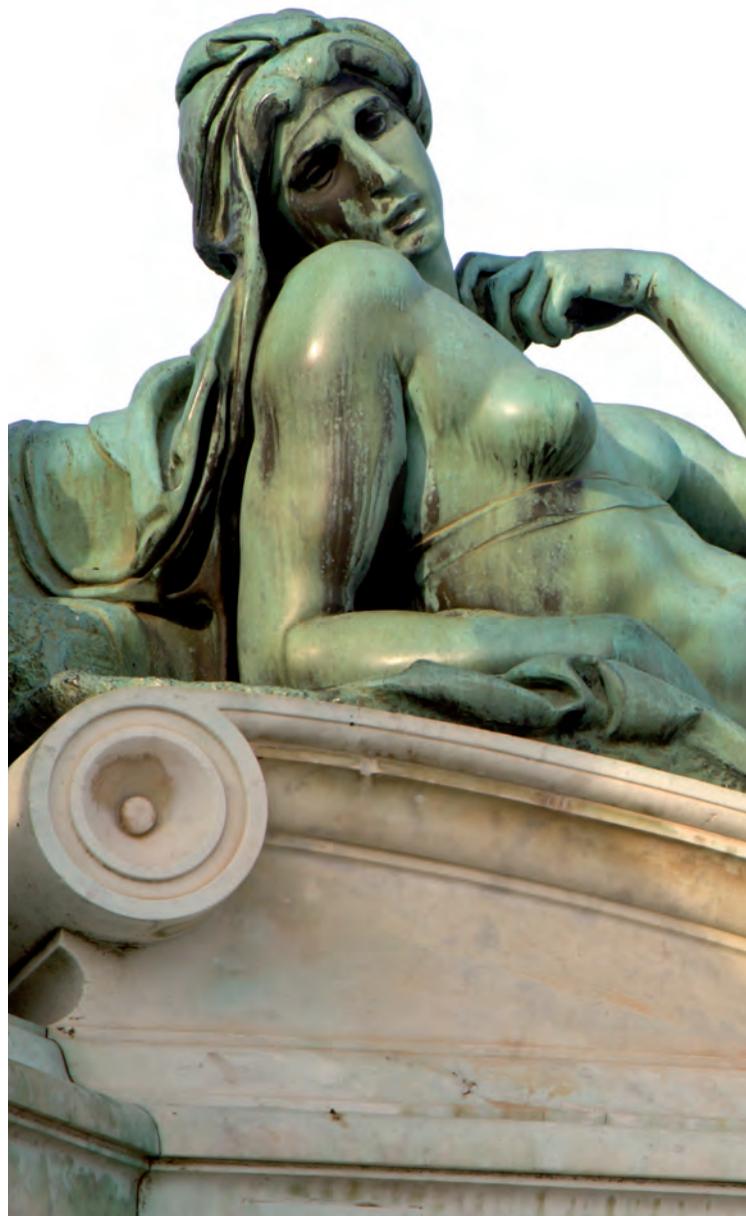
Verrà affrontato anche il tema della **salute riproduttiva**, approfondendo gli interventi di prevenzione primaria dei difetti congeniti e altri esiti avversi della riproduzione (compresa l'infertilità), come raccomandato a tutti i Governi dalla Risoluzione dell'Assemblea Generale dell'OMS del 2010 e documenti successivi. Tali interventi sono stati affrontati da tempo attraverso un progetto di eccellenza italiano denominato **Pensiamoci prima** (www.pensiamociprima.net) e comprendono la promozione di stili di vita salutari, l'uso di acido folico, la protezione, l'identificazione precoce e il trattamento adeguato delle malattie infettive e non infettive sin dalla giovane età e in particolare quando la coppia comincia a pensare di avere un figlio.

La prevenzione oncologica

Non potrà mancare l'occasione di parlare della prevenzione dei **tumori femminili**, argomento su cui le campagne di screening stanno ottenendo eccellenti risultati di salute pubblica. In Italia la prevenzione del carcinoma della cervice uterina mediante Pap-test, la prevenzione del tumore della mammella mediante screening mammografico e la prevenzione del tumore del colon-retto rientrano fra le prestazioni considerate Livelli Essenziali

di Assistenza. Le donne comprese tra i 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 nelle feci.

I nostri dati indicano che il 90% delle donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni riceve l'offerta attiva dello screening mammografico. Per quanto riguarda lo screening del cancro dell'utero (Pap-test) circa l'80% del territorio nazionale è coperto da programmi organizzati. Vista la grande adesione ai programmi di screening nell'evento europeo vogliamo porre l'attenzione sulla possibilità di cogliere lo screening come un'occasione di promozione della salute della donna anche attraverso attività specifiche di counseling. ■



Salute di genere, anche da noi bisogna fare un salto **non solo culturale** **ma anche scientifico**



INTERVENTO DI
**EMILIA
GRAZIA
DE BIASI**
Presidente della
Commissione Igiene
e Sanità del Senato



La sanità ha il dovere di curare le persone, e le persone sono uomini e donne. Mi piace iniziare in questo modo il mio contributo. Credo che renda bene l'idea di come intendo una sanità sempre più rosa. Insomma, sono convinta che sia arrivato il momento di fare sulla salute di genere un salto non solo culturale, ma anche scientifico. Perché, è bene sottolinearlo, la medicina è da sempre un universo maschile e la Commissione Sanità del Senato, che ho l'onore di presiedere, si impegna a lavorare per dare un forte contributo affinché l'Italia recuperi il gap rispetto ad altri Paesi su questo terreno. In tutto il mondo si sta affrontando seriamente questo tema e, come spesso accade, l'Italia rimane defilata.

Come dicevo, la medicina è da sempre un universo prettamente maschile. Questo, mi piace sottolinearlo, è un dato di fatto e non una rivendicazione femminista, anche se io non rinuncio certo nella mia attività politica al mio 'essere donna'. Ma qui il discorso va oltre. Ritengo, infatti, che l'idea di 'valore di salute' debba cambiare. Studi e ricerche vengono effettuati su campioni prettamente maschili, ma – questa è la domanda – prevenzione e cura valgono alla stessa maniera sia per l'uomo che per la donna? No, non credo, uomo e donna non sono uguali, lo dice la fisiologia: gli organismi e la mente sono diversi, diverse sono le reazioni. Questo è il salto che anche qui da noi in Italia bisogna fare. Anche perché, non nascondiamocelo, una ricerca sulla cura e la prevenzione basata sia su uomini sia su donne, oltre ad essere scientificamente più efficace, porterebbe anche a un grande risparmio e ciò, di questi tempi, non guasta. ■

L'indagine conoscitiva sulle patologie di interesse femminile: **un'agenda da condurre a termine**



Ancora attuali le conclusioni dell'“Indagine conoscitiva sulle malattie ad andamento degenerativo di particolare rilevanza sociale, con specifico riguardo al tumore della mammella, alle malattie reumatiche croniche ed alla sindrome HIV” condotta nella scorsa legislatura dalla Senatrice Maria Rizzotti e dalle correlatrici Laura Bianconi, Franca Chiaromonte e Franca Biondelli con l'obiettivo di individuare alcune linee programmatiche nei settori trattati dall'indagine di seguito sintetizzate.

Tumore della mammella

- ▶ Potenziamento dello screening: si stima che a livello nazionale poco meno di una donna su cinque (18%) abbia eseguito il test di screening mammografico come prevenzione individuale.
- ▶ Costituzione, attivazione e certificazione delle Breast-unit, come raccomandato dall'Unione Europea, dotate di un team multidisciplinare che risponda a specifici requisiti qualitativi. Dalle evidenze scientifiche emergono i vantaggi in termini di sopravvivenza, qualità del trattamento e di vita per le donne trattate in questi ambiti.
- ▶ Utilizzo di indicatori di qualità riferiti alla diagnosi, al trattamento locoregionale (chirurgia e radioterapia), a terapia medica e staging della malattia, che porterebbe anche ad una razionalizzazione delle differenze di rimborso dei *diagnosis-related group* (DRG).
- ▶ Potenziamento della sperimentazione delle nuove frontiere di cura.

Malattie reumatiche

- ▶ Si auspica l'inserimento delle malattie reumatiche nel Piano Sanitario Nazionale e tra le priorità della salute pubblica, e che le Regioni – sempre nell'ambito della programmazione sociosanitaria – provvedano all'inclusione delle patologie reumatiche all'interno dei piani sanitari regionali.
- ▶ Predisposizione di campagne informative ed educative sulla popolazione e sul personale per una migliore conoscenza del problema rappresentato dalle patologie reumatiche, che tengano in considerazione anche il particolare interessamento del genere femminile.
- ▶ Valutazione da parte del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e dell'INPS di iniziative idonee volte alla semplificazione del processo di riconoscimento dell'assistenza previdenziale e sociale ai malati reumatici affetti da disabilità.

Sindrome HIV

- ▶ Realizzazione e valutazione dell'impatto delle campagne informative, con l'obiettivo di raggiungere il maggior numero possibile della popolazione, con particolare attenzione alle giovani donne e alle immigrate con lo scopo di abbattere il 'sommerso': in Italia almeno una persona su quattro ignora di essere sieropositiva.
- ▶ Offerta del test HIV su scala nazionale a tutte le donne in gravidanza entro il primo trimestre, tutelandone la privacy e evitando possibili forme di discriminazione: si registra infatti una certa disomogeneità e ritardo nell'esecuzione del test HIV su tutto il territorio nazionale in particolare per le donne, nonostante la progres-

siva femminilizzazione nella diffusione della patologia.

- ▶ Formulazione di appropriate linee guida sulla gestione dell'infezione durante la gravidanza e il periodo prenatale: la donna sieropositiva ha diritto a un'assistenza con équipe specialistiche multidisciplinari esperte di HIV per diminuire il numero di bambini infettati attraverso la trasmissione verticale.
- ▶ Inserimento della donna nelle sperimentazioni farmacologiche, dal momento che è dimostrata una differente risposta alla terapia antiretrovirale della donna rispetto all'uomo per ragioni fisiologiche e ormonali. Verifica dell'appropriatezza della terapia antiretrovirale in gravidanza.
- ▶ Miglioramento dell'assistenza dell'individuo attraverso una precoce individuazione della sieropositività e una maggiore efficacia dei trattamenti. *ML*

Il ruolo del 'genere' nelle malattie

INTERVENTO DI

LAURA PELLEGRINI

Presidente della STEM (Struttura Tecnica di Monitoraggio in sanità) presso la Conferenza Stato-Regioni

BRUNO RUSTICALI

Ginecologo, Coordinatore del Programma Linee Guida presso l'AGENAS (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali)



dalle Istituzioni

Nelle scienze sociali il 'genere' intende sottolineare quelle differenze tra maschi e femmine che non possono essere attribuite solo a fattori biologici o psicologici, ma soprattutto a influenze legate al contesto culturale, economico, sociale e storico. In altri contesti, compreso quello biomedico, i termini sono stati in realtà spesso usati in modo intercambiabile, creando una certa confusione non solo per coloro che si occupano di scienza, ma anche per chi è chiamato alle decisioni di governo della salute.

Il significato dei termini 'sesso' e 'genere', intesi come sinonimi, e l'uso impreciso che se ne è sempre fatto hanno avuto serie implicazioni nella ricerca biomedica, nella pratica clinica e nell'approccio ai trattamenti farmacologici. Il sesso evidenzia la differenza biologica tra uomini e donne ovvero la differenza tra il sistema riproduttivo maschile e femminile. Il genere include, al contrario, non solo la distinzione biologica, ma sottolinea la costruzione sociale che va oltre le differenze biologiche e fisiologiche, che definiscono gli uomini e le donne, e legge le differenze imposte dalla cultura dominante di una società, dai ruoli sociali e dal sistema di relazioni che essa determina tra uomini e donne.



La medicina e l'organizzazione sanitaria si sono sempre poste, sia nella ricerca che nella pratica clinica, in modo apparentemente neutrale rispetto al genere (a parte la sfera della riproduzione). La ricerca medica e la pratica clinica, ma anche l'organizzazione sanitaria sono state invece sempre attività 'di genere' perché gli argomenti scelti, i metodi utilizzati e la successiva analisi dei dati sono stati il frutto di un punto di vista maschile. La medicina di genere poi, oltre che dipendere dall'osservato, dipende anche dal sesso/genere dell'osservatore, perché ognuno di noi pensa ed agisce in conseguenza del proprio essere donna o uomo.

Nei casi in cui le stesse malattie colpiscono uomini e donne, gli uomini sono sempre stati considerati come paradigma di norma per quanto riguarda la valutazione dei sintomi, la diagnosi e soprattutto i trattamenti farmacologici.

In Italia, nonostante il crescente interesse per le argomentazioni trattanti la salute di genere, non è ancora stato creato un sistema adeguato che comprenda indicatori sui livelli di salute della popolazione e sulle performance dei servizi sanitari, con particolare attenzione ai differenziali sociali e di genere. La configurazione sempre più territoriale e regionale del Servizio Sanitario ha reso inoltre più difficile l'individuazione del modello italiano di welfare, impedendo di fatto la comparazione con gli altri Paesi europei.

Questa mancanza è emersa nel penultimo Rapporto sulla Salute delle Donne dell'OMS ove si è affermato che in Italia, nel campo della salute, l'uguaglianza di genere non è stata ancora adeguatamente affrontata e che le informazioni sugli impatti delle politiche sanitarie sono raramente disaggregate per sesso.

Secondo l'indagine multiscopo ISTAT presentata il 2 marzo dello scorso anno, l'8,3% delle donne italiane denuncia un cattivo stato di salute contro il 5,3% degli uomini. Le malattie per le quali le donne presentano una maggiore prevalenza (non sono però veri dati epidemiologici) rispetto agli uomini sono: le allergie (+8%), il diabete (+9%), la cataratta (+80%), l'ipertensione arteriosa (+30%), alcune malattie cardiache (+5%), la tiroide (+500%), artrosi e artrite (+49%), osteoporosi (+736%), calcolosi (+31%), cefalea e emicrania (+123%), de-

pressione e sindrome ansiosa (+138%), Alzheimer (+100%).

Questi dati evidenziano quello che viene chiamato il *paradosso delle donne*. Le donne hanno, alla nascita, un'aspettativa di vita maggiore degli uomini, ma gli anni in più che vivono, li vivono in modo peggiore, perché sono più frequentemente malate, vanno più spesso dal medico, e stanno in ospedale più a lungo degli uomini.

Fatta questa indispensabile premessa, proponiamo, in un'ottica di genere, alcune osservazioni sulle patologie più significative con dati di rilevazione dalle schede di dimissione ospedaliera (SDO), evidenziando il rapporto maschi/femmine (blu e rosso nei grafici della pagina a fianco).

Malattie cardiovascolari

La prima volta in cui in cardiologia si parla della 'questione femminile' risale al 1991, quando l'allora direttrice dell'Istituto Nazionale di Salute Pubblica americano, Bernardine Healy, in un famoso editoriale del *New England Journal of Medicine* parlò di *Yentl syndrome* (Yentl, la protagonista di uno dei più bei racconti di Isaac Bashevis Singer, è una ragazza ebrea che desidera studiare la Torah – le sacre scritture – ma, non essendole consentito di frequentare la yeshiva, la scuola nella quale si studia la Torah, è costretta a travestirsi da maschio e rasarsi i capelli a zero per poter coronare il suo desiderio) in riferimento al comportamento discriminante dei cardiologi nei confronti dell'altra metà del cielo. La scienziata commentava due studi: nel primo si dimostrava come una serie di donne ricoverate in terapia intensiva per un episodio ischemico acuto avessero maggiori probabilità di subire errori diagnostici e terapeutici rispetto agli uomini. Nel secondo studio si sottolineava come, nonostante la diagnosi di disturbo coronarico severo, le pazienti di sesso femminile venissero invitate meno dei maschi a sottoporsi agli eventuali interventi come by-pass e angioplastica (confronta i nostri grafici attuali sugli stessi interventi!).

Le malattie cardiovascolari, la cardiopatia ischemica e l'ictus in particolare rappresentano la causa principale di morte nell'ambito della popolazione di sesso femminile che vive nei Paesi defi-

niti 'sviluppati' e sta progressivamente divenendo tale anche nei Paesi in via di sviluppo. Ciò nonostante una minore percentuale di individui di sesso femminile, rispetto a quelli di sesso maschile, viene avviata ad un corretto iter diagnostico/terapeutico e trattata adeguatamente, per esempio mediante procedure di rivascularizzazione miocardica. Infatti, come abbiamo visto, una percentuale minore di individui di sesso femminile rispetto agli individui di sesso maschile viene sottoposta, a parità di condizione patologica di base, a procedure di rivascularizzazione coronarica quali l'angioplastica percutanea transluminale o by-pass aorto/coronarico e il tempo che intercorre fra l'esordio/riconoscimento dei sintomi e l'accesso in Unità di Terapia Intensiva Coronarica è stato, fino a poco tempo fa, maggiore per le donne.

In Italia le malattie cardiovascolari sono la principale causa di morte nelle donne e rappresentano il 43,8% dei decessi (123.636 decessi su un totale di 282.231 nel 2006). Nelle donne di età <75 anni, la cardiopatia ischemica (CI) costituisce la causa di morte più frequente (32,7%); dopo i 75 anni, a causa anche della maggiore sopravvivenza, il numero totale di decessi per malattie cardiovascolari è di circa il 60% maggiore rispetto agli uomini (110.006 vs 68.286).

I grafici che seguono sono relativi ad alcuni aspetti delle malattie cardiovascolari (dati SDO 2012).

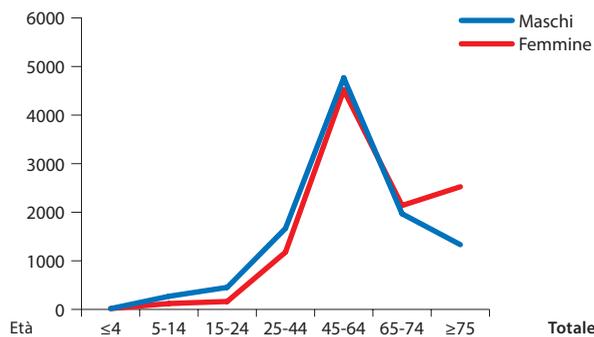
Malattie neurologiche

Le malattie neurologiche rappresentano un'altra area della medicina dove si registrano significative differenze tra uomini e donne nell'incidenza, nel decorso e nella risposta ai trattamenti.

Molte le ipotesi (ambientali, ormonali, genetiche, etc.) fatte di volta in volta per spiegarne le differenze: per esempio, la malattia di Parkinson è da 1,4 a 2 volte più frequente negli uomini che nelle donne, mentre la malattia di Alzheimer è due volte più frequente nelle donne.

La sclerosi multipla, come vedremo meglio in seguito, e la miastenia gravis, malattie a patogenesi autoimmune, hanno una frequenza da due a quattro volte maggiore nelle donne rispetto agli uomini e sono malattie multifattoriali. Ci si domanda

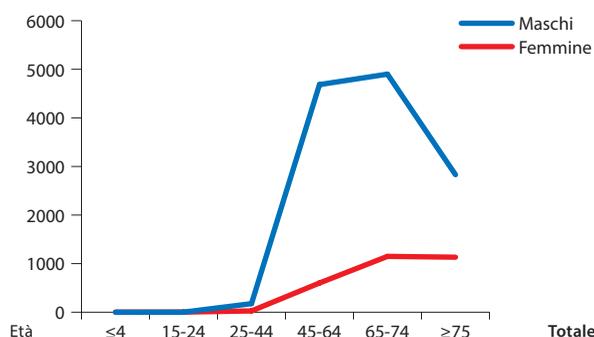
Ipertensione



Età	≤4	5-14	15-24	25-44	45-64	65-74	≥75	Totale
Maschi	16	270	453	1667	4766	1969	1333	10.474
Femmine	18	121	163	1178	4514	2139	2525	10.658
Totale	34	391	616	2845	9280	4108	3858	21.132

Fonte: Elaborazioni su DATI SDO 2012: COD ICD IX CM: 401.0 - Ipertensione essenziale maligna; 401.1- Ipertensione essenziale benigna; 401.9 - Ipertensione essenziale non specificata.

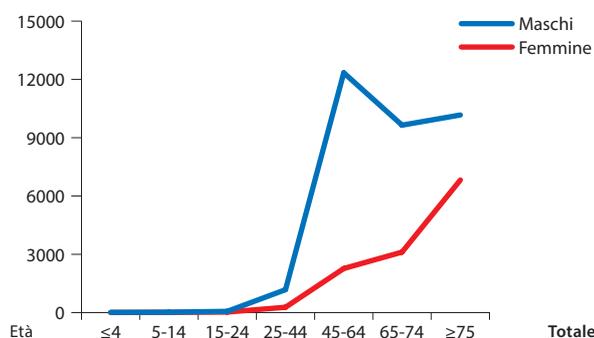
Bypass coronarico



Età	≤4	15-24	25-44	45-64	65-74	≥75	Totale
Maschi	-	1	176	4685	4900	2830	12.592
Femmine	1	2	26	601	1149	1132	2911
Totale	1	3	202	5286	6049	3962	15.503

Elaborazioni su DATI SDO 2012: DRG 547 - Bypass coronarico con cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore; DRG 548 - Bypass coronarico con cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore; DRG 549 - Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore; DRG 550 - Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore.

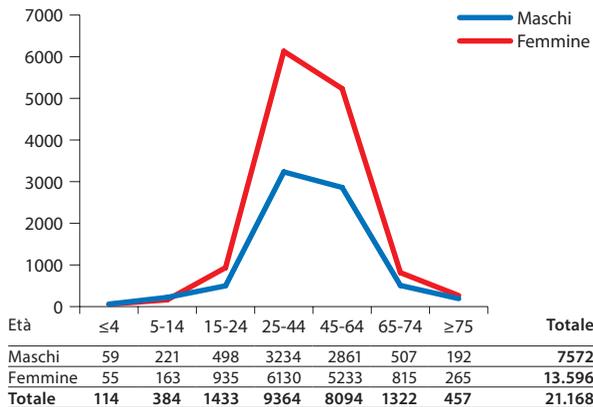
Angioplastica



Età	≤4	5-14	15-24	25-44	45-64	65-74	≥75	Totale
Maschi	11	21	64	1178	12.341	9646	10.170	33.431
Femmine	5	11	27	275	2269	3113	6823	12.523
Totale	16	32	91	1453	14.610	12.759	16.993	45.954

Elaborazioni su DATI SDO 2012: DRG 555 - Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con diagnosi cardiovascolare maggiore; DRG 556 - Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent non medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore.

Sclerosi multipla e atassia cerebellare



Elaborazioni su DATI SDO 2012: DRG 013 - Sclerosi multipla e atassia cerebellare.

quali siano le cause e i fattori che possano determinare una differente suscettibilità legata al sesso. Questi fattori possono essere, oltre che genetici, ambientali e ormonali.

Nella sclerosi multipla sono state riscontrate differenze di genere in tutti i suoi aspetti: prevalenza, incidenza, decorso clinico, quadro anatomopatologico e risposta ai trattamenti.

Il rapporto femmine/maschi è di 2,5/3 a 1. La sclerosi multipla rappresenta la prima causa di disabilità neurologica nella popolazione femminile giovanile, ma in età puberale questo rapporto si può raddoppiare, quasi come se si sottolineasse l'importanza dei fattori ormonali nello sviluppo della stessa.

Il genere influenza il corso della malattia: le donne hanno una prognosi migliore rispetto agli uomini, hanno meno frequentemente forme progressive e presentano più lesioni infiammatorie alla risonanza magnetica; viceversa gli uomini presentano forme più aggressive con una maggiore componente neurodegenerativa. Significativo è il ruolo che gli ormoni sessuali, soprattutto gli estrogeni, hanno nel modulare queste malattie.

In particolare è stato osservato che, nell'ultimo trimestre di gravidanza, la riduzione delle ricadute e della loro frequenza è maggiore rispetto a quella ottenuta con tutti i farmaci finora utilizzati per il trattamento della sclerosi multipla. Il picco di estrogeni che si raggiunge nel terzo trimestre di gravidanza è la terapia migliore per le ricadute. In-

vece, nel periodo *post-partum*, l'abbassamento immediato degli estrogeni ha un effetto *rebound* ed è più probabile che si verifichino ricadute.

Considerazioni conclusive

La malattia-ontologia non corrisponde a un fenotipo unico e stabile, ma a uno diverso per ogni individuo, al quale deve essere adattato ogni intervento clinico.

L'introduzione dell'analisi di genere consente invece di inserire una dimensione di conoscenza che aiuta a leggere ed interpretare la realtà al fine di pianificare, programmare e gestire i servizi sanitari al meglio per l'intera popolazione e, in particolare, evidenzia:

- ▶ le discriminazioni di genere, anche non totalmente consapevoli, che ancora esistono;
- ▶ la stretta relazione fra i bisogni sanitari delle donne, l'accessibilità e l'uso dei servizi sanitari e la situazione socioeconomica e il ruolo delle donne nella società;
- ▶ i problemi all'accessibilità e all'adeguatezza/approprietezza dei servizi alle donne immigrate e di culture diverse (realtà ormai significativa nelle statistiche di chi ha diritto all'assistenza sanitaria nel nostro Paese).

L'attenzione che diffusamente, non solo in ambito sanitario, comincia a essere rivolta alla medicina di genere ha avuto risalto in un forte impegno, sollecitato dalle Nazioni Unite con il Millenium Development Goal, di ridurre le disuguaglianze di trattamento sulla donna.

Nel 2000, infatti, 189 Paesi (che ora sono diventati 192) hanno firmato la Dichiarazione del Millenium, che impegna gli Stati a conseguire i cosiddetti *Millennium Development Goals*: otto obiettivi.

Gli obiettivi da raggiungere sono stati prefissati per il 2015. L'obiettivo MDG 3 recita: "*Promoter gender equality and empower women*"; obiettivo finale è ottenere l'uguaglianza di genere ed aggiungere: *Poverty has a woman's face*. Si potrebbe aggiungere anche *Inequality has a woman's face* o ancora, in medicina, *Inappropriateness has a woman's face*. A questo punto è suggestiva (è consentito il gioco?) l'identificazione dell'acronimo MDG (Millennium Development Goal) con MDG (Medicina Di Genere). ■

La società civile come stimolo al SSN: il programma Bollini Rosa

dalle
Associazioni

Sono sempre di più gli ospedali che partecipano al Programma Bollini Rosa, iniziativa avviata nel 2007 dall'Osservatorio Nazionale sulla Salute della Donna (ONDa) per premiare le strutture ospedaliere che offrono servizi dedicati alla prevenzione, diagnosi e cura delle più comuni patologie femminili. L'edizione 2014-2015 del bando ha premiato 230 strutture ospedaliere: 65 hanno ottenuto il punteggio massimo di tre bollini, 105 ne hanno ottenuti due e 60 uno. Il punteggio, assegnato nell'ambito di una cerimonia svoltasi a Palazzo Chigi il 3 dicembre 2013, è valido dall'1 gennaio 2014 fino al 31 dicembre 2015.

Già nell'edizione 2012-2013 il Programma Bollini Rosa è stato integralmente rinnovato sulla base di un nuovo sistema di valutazione, più selettivo e rigoroso rispetto a quello utilizzato nelle edizioni precedenti, che ha preso in considerazione criteri oggettivi e specifici per una valutazione equa degli ospedali candidati.

La valutazione degli ospedali avviene rispetto a diverse specialità, integrate nell'ultimo bando dalla neonatologia e da una sezione della neurologia dedicata alla sclerosi multipla, attraverso le risposte a un questionario. A ogni risposta è assegnato un punteggio in base alle linee guida elaborate dal Ministero della Salute e dalle Società Scientifiche, che viene poi elaborato da un algoritmo per ottenere la valutazione finale.

La valorizzazione della salute materno-infantile, che riveste un'importanza particolare per la popolazione femminile, era già stata avviata nel 2012 con il concorso che ha premiato le cinque strutture ospedaliere con le migliori *best practice* nell'ambito della nascita prematura. Il nuovo bando 2014-2015 ha ulteriormente confermato l'impegno di ONDa in favore della donna con l'inserimento di parametri per valutare il livello di assistenza del neonato prematuro in un'ottica multidisciplinare (componente ginecologica/ostetrica, neonatologica e pediatrica) e di continuità delle cure tra ospedali e tra ospedale e territorio.

Per la prima volta hanno partecipato al concorso anche le strutture impegnate nella diagnosi e nel trattamento della sclerosi multipla che colpisce soprattutto le giovani donne tra i 20 e i 40 anni in un rapporto di 2 a 1 rispetto agli uomini. Sono state 94 le strutture sanitarie premiate per la particolare attenzione rivolta alle specifiche esigenze delle pazienti affette da questa patologia connesse alla fertilità, alla gravidanza e alla menopausa.

Il Programma Bollini Rosa si conferma quindi, come ha spiegato la Presidente Francesca Merzagora in occasione della premiazione, "non solo come uno strumento per valutare strutture ospedaliere con reparti e servizi a 'misura di donna', ma anche come il tentativo di introdurre un approccio di 'genere' nella programmazione dei servizi sociosanitari, essenziale per poter garantire il diritto alla salute di tutti. *ML* ■





dalle Regioni



Prevenzione al femminile

INTERVENTO DI
**FLORI
DEGRASSI**
Direttore Direzione
Regionale e Salute e
Integrazione
Sociosanitaria,
Regione Lazio



La Commissione Europea ha presentato in materia di salute il terzo programma pluriennale (2014-2020), che risponde alla necessità di migliorare la salute dei cittadini europei, integrando gli sforzi degli Stati membri impegnandosi a renderne sostenibili i sistemi sanitari. La strategia si basa sui principi fondamentali dell'universalità, dell'accesso a un'assistenza di qualità, dell'equità e della solidarietà. Questi stessi principi sono alla base del nostro sistema sanitario, che mira a garantire a tutti i cittadini un'assistenza sanitaria migliore, più sicura, basata sulle evidenze scientifiche, eliminando le discriminazioni nell'accesso alle cure.

Le strategie dell'Unione Europea in tema sanitario tengono conto delle questioni di genere e sottolineano l'importanza di ridurre le disuguaglianze sociali tra gli uomini e le donne in termini di salute. In Europa, le donne vivono più a lungo degli uomini (82 anni contro 76), ma trascorrono quasi lo stesso numero di anni in buona salute (63 anni per le donne e 61 per gli uomini). Questo vuol dire che, sebbene

l'aspettativa di vita delle donne sia migliore rispetto a quella degli uomini, le donne acquisiscono anni di vita in 'disabilità'. Nasce quindi l'esigenza di differenziare gli interventi sanitari sia in termini di prevenzione sia di cura tra l'uomo e la donna.

Dagli anni Sessanta ad oggi il ruolo della donna si è modificato, conquistando posizioni sempre più importanti nella vita pubblica, vivendo in maniera più complessa con conseguenti diversi stili di vita. Contestualmente si è modificata la domanda di salute. È necessario analizzare le principali patologie che colpiscono l'universo femminile e proporre interventi di prevenzione primaria e secondaria, promuovendo una cultura della salute di genere.

Ecco che diventa imprescindibile ragionare in termini di *prevenzione al femminile*. La prevenzione sia primaria sia secondaria rientra tra gli obiettivi strategici del programma europeo. Le principali cause di morte nelle donne in Europa e in Italia sono le malattie cardiovascolari, seguite dalle patologie tumorali, tra le quali i tumori della mammella e del colon-retto. È importante quindi attuare delle strategie che facciano fronte a tali bisogni sanitari attraverso interventi di prevenzione primaria e secondaria (miglioramento degli stili di vita e programmi di screening).

Patologie cardiovascolari e stili di vita

È noto che il rischio che ogni persona ha di sviluppare una patologia cardiovascolare dipende dall'entità dei fattori di rischio; il rischio aumenta con l'avanzare dell'età. Gli studi finora condotti hanno fatto emergere un rischio maggiore negli uomini rispetto alle donne in premenopausa. L'effetto protettivo nelle donne in questa fase della vita è esercitato, almeno in parte, dagli estrogeni, che favoriscono livelli più elevati di colesterolo HDL rispetto agli uomini. Dopo la menopausa, tuttavia, il rischio cardiovascolare nelle donne tende ad aumentare rapidamente.

Attraverso la promozione di uno stile di vita sano è possibile ridurre il rischio cardiovascolare sia negli uomini sia nelle donne o mantenerlo a livello favorevole, agendo sulla riduzione dei fattori modificabili quali la pressione arteriosa, l'ipercolesterolemia tota-

le, il diabete e l'obesità. I cinque fattori che concorrono alla conduzione di uno stile di vita sano sono: avere un indice di massa corporea (Imc) $<25 \text{ kg/m}^2$, essere non fumatore, fare attività fisica sostenuta o moderata almeno cinque volte alla settimana, assumere solo moderatamente alcol e seguire un'alimentazione sana (ricca di frutta e verdura, povera di grassi saturi, con consumo di cereali integrali e pesce). Il profilo di basso rischio cardiovascolare fa guadagnare anni di vita, riduce la morbosità coronarica e cerebrovascolare, e quella di molte altre patologie cronico-degenerative, migliora la qualità di vita in età avanzata e riduce il costo dell'assistenza sanitaria.

La sfida della prevenzione oggi è pertanto quella di aumentare progressivamente la proporzione, attualmente molto bassa, delle persone a basso rischio in tutte le fasce d'età, nelle diverse classi sociali e nei diversi gruppi etnici attraverso strategie di prevenzione volte a ridurre e a mantenere basso il livello dei fattori di rischio nel corso della vita attraverso sani stili di vita: scoraggiare l'abitudine al fumo, promuovere una sana alimentazione, un'adeguata attività fisica, e il mantenimento di livelli ottimali di pressione arteriosa, di colesterolemia e di indice di massa corporea.

Patologie oncologiche

Nell'ambito delle patologie oncologiche il tumore della mammella è quello più frequente tra le donne, rappresentando il 29% di tutti i tumori, seguito dal tumore del colon-retto e dell'utero. Per ciò che riguarda il tumore della cervice uterina sia la mortalità sia l'incidenza risultano drasticamente diminuiti grazie alla diffusione negli anni del Pap-test come test di prevenzione.

Fin dal 2001 il Ministero della Salute ha inserito nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) i programmi di screening per i tumori della mammella, della cervice uterina e del colon-retto con l'obiettivo di ridurre sia la mortalità (mammella) sia l'incidenza (cervice uterina e colon-retto) di queste patologie, invitando attivamente e nel corso del tempo la popolazione sana ad effettuare il test di screening.

Anticipando la diagnosi, nel caso del tumore della mammella, e rimuovendo le lesioni preneoplastiche, nel caso dei tumori della cervice uterina e del colon-retto, si interviene precocemente sull'evoluzione della malattia, eseguendo trattamenti più conservativi e migliorando la prognosi.

Si tratta di percorsi organizzati offerti dal Servizio Sanitario Nazionale alla popolazione a rischio generico definita sulla base di evidenze scientifiche, ossia:

- ▶ donne nella fascia di età compresa tra i 50 e i 69 anni per lo screening del tumore della mammella;
- ▶ donne di età compresa tra i 25 e i 64 anni per lo screening della cervice uterina;
- ▶ uomini e donne nella fascia di età compresa tra i 50 e i 74 anni per lo screening del tumore del colon-retto.

Nell'ambito di questi percorsi organizzati la persona che rientra nella popolazione target viene chiamata attivamente dalla Asl di residenza attraverso una lettera di invito per effettuare il test di screening (mammografia, Pap test/test HPV, test per la ricerca del sangue occulto fecale); se il test è sospetto o positivo il soggetto viene inviato a un approfondimento diagnostico fino all'eventuale presa in carico per il trattamento nelle strutture di riferimento. Tutto il percorso è costantemente monitorato attraverso il calcolo di indicatori di processo e di esito che permettono di misurare la qualità delle prestazioni erogate e i risultati raggiunti.

I protocolli utilizzati nei percorsi di screening sono costantemente aggiornati sulla base delle nuove evidenze scientifiche acquisite e sulle valutazioni di Health Technology Assessment. Un esempio è l'introduzione del test HPV come test di screening primario nello screening per il tumore della cervice uterina, test più sensibile del Pap-test nell'identificazione di lesioni dovute ad infezione da *Papillomavirus* umano, sebbene meno specifico. In Italia circa 300.000 donne sono state invitate ad effettuare lo screening attraverso il test HPV nel 2012 e tale quota è destinata ad aumentare con l'implementazione di questa nuova tecnologia.

Nel prossimo futuro infatti verrà ridisegnato il modello organizzativo dello screening della cervice uterina, considerando anche l'uso del vaccino contro l'infezione da *Papillomavirus*, ulteriore intervento di prevenzione offerto alle giovani donne che entreranno a far parte della popolazione target del programma di screening.

Nel corso degli ultimi 10 anni si è registrato un aumento dell'estensione dei Programmi di screening sul territorio nazionale. Nel 2012 l'Osservatorio Nazionale degli Screening, organo tecnico del Ministero della Salute, ha registrato circa 4.000.000 di inviti per lo screening del cervicocarcinoma e per il colon-retto. Nei programmi di screening del tumore della mammella sono state invitate 2.600.000 donne, tre donne su 4 aventi diritto.

Nella realtà laziale nello stesso anno sono state invitate circa 855.000 persone ai programmi di screening (305.000 nello screening mammografico, 322.000 nello screening della cervice uterina, 227.000 in quello del colon-retto, di cui il 50% donne), portando all'identificazione di 547 tumori della mammella, 306 lesioni di alto grado alla cervice uterina e 582 adenomi e 102 carcinomi del colon-retto.

Analizzando i dati del sistema di sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) sulla prevenzione oncologica femminile si osserva che solo il 77% della popolazione intervistata in fascia di età di screening dichiara di aver eseguito un Pap-test e solo il 70% una mammografia entro il periodo raccomandato. Questo risultato induce a ri-orientare l'offerta di screening cercando di raggiungere quel 23-30% che non usufruisce dell'offerta di screening. Per questo motivo, nell'ambito del Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012 e nella successiva proroga relativa all'anno 2013, il Lazio ha inserito nelle linee di intervento prioritarie il coinvolgimento dei soggetti fragili (stranieri, popolazione carceraria, utenti dei Dipartimenti di Salute Mentale) nei programmi di screening, attraverso modelli di accesso alternativi alla lettera di invito.

Tali interventi di prevenzione, molto impegnativi in termini di sostenibilità, in quanto coinvolgono mol-

te strutture e diversi profili professionali, rappresentano una sfida per il Servizio Sanitario e un modello di sanità pubblica basata sull'evidenza scientifica. Attraverso l'offerta attiva di un test di screening vengono selezionati, in una popolazione sana e asintomatica, coloro che hanno bisogno di essere inseriti in un percorso di cura e trattamento, secondo raccomandazioni e linee guida condivise a livello nazionale ed internazionale. ■

Fonti

- ▶ Rapporto Osservasalute 2012
- ▶ Osservatorio Nazionale degli Screening
- ▶ Sorveglianza PASSI
- ▶ Epicentro
- ▶ AIRTUM 2012
- ▶ Sistema Informativo Programmi di Screening Oncologici-SIPSOweb, Regione Lazio



Il determinante 'genere' per una medicina più equa e sostenibile



INTERVENTO DI
FLAVIA FRANCONI

Assessore con delega alle Politiche per la Persona e Vicepresidente della Regione Basilicata

Il nostro Paese ha visto aumentare le donne che occupano le posizioni apicali in sanità, anche se in una percentuale ancora molto ridotta rispetto agli uomini. Non possiamo dimenticare che l'odierna ministra della Salute Onorevole Beatrice Lorenzin è stata preceduta da ministri di genere femminile come Rosy Bindi e Livia Turco, e che proprio durante l'incarico di quest'ultima si è cominciato a parlare della salute della donna a tutto campo attraverso il finanziamento di un progetto strategico e la stesura di uno specifico rapporto. Ciò nonostante ancora oggi alle donne italiane, come a tutte le donne del mondo, si applica una medicina meno basata sull'evidenza perché le donne, per una serie di mol-

teplici fattori, sono scarsamente reclutate negli studi clinici e ciò non ha permesso di conoscere le loro specifiche necessità.

È quindi tempo che la sanità italiana si prenda carico del determinante 'genere' e consideri gli svantaggi delle donne senza dimenticare quelli degli uomini. Perché, come ho ben illustrato nel *Manuale di medicina sesso-genere* da me curato per la Bononia University Press, applicare il determinante genere significa tener conto delle differenze biologiche tra i due sessi ma anche di quelle dovute ai ruoli che uomini e donne rivestono nella società.

A questo proposito desidero ricordare che il ruolo di *caregiver*, appannaggio quasi esclusivo della donna, ha forti ripercussioni sulla sua salute: infatti la donna, pur vivendo più a lungo, è più malata (paradosso donna). Perciò mi impegno a portare la salute delle donne, o meglio la salute di genere, al tavolo della Conferenza Stato-Regioni sottolineando anche la necessità di definire, come già è avvenuto in Europa, gli esperti di genere per evitare di cadere in errori metodologici che possono rallentare tutto il processo che conduce a una salute e a una medicina più equa e sostenibile. ■

abbvie

METTIAMO PASSIONE NEL
NOSTRO LAVORO PERCHÉ
ABBIAMO SEMPRE IN MENTE
I NOSTRI PAZIENTI.

AbbVie unisce lo spirito di un'impresa biotecnologica alla solidità di un'impresa farmaceutica di successo, per dare risposte alla domanda di salute dei pazienti nel mondo. La nostra passione guida la nostra scienza e competenza nello sviluppo e nella disponibilità di terapie innovative che possano migliorare la salute e la cura delle persone. Perché ogni vita ha un valore straordinario e il nostro impegno deve esserlo altrettanto.

abbvie.it

