

Camillo Ripamonti S.I.  
di «Aggiornamenti Sociali»

## Salute al femminile

Forse non la sentiamo spesso chiamare così, ma esiste una medicina di genere, che affronta cioè la ricerca e la cura tenendo in considerazione la diversità che l'appartenenza all'uno o all'altro sesso comporta. Tra maschi e femmine esistono infatti differenze, anche statisticamente significative, riguardanti i fattori di rischio, l'insorgenza, l'andamento e la prognosi di diverse patologie, prevalentemente a carico dell'apparato cardiovascolare, del sistema nervoso e immunitario; va poi tenuto in considerazione il tema della salute legata agli organi della riproduzione.

Utilizziamo i dati forniti dall'Osservatorio nazionale sulla salute della donna e pubblicati nel Libro bianco 2009 in collaborazione con l'Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane (OSSERVATORIO NAZIONALE SULLA SALUTE DELLA DONNA, *La Salute della donna. Stato di salute e assistenza nelle regioni italiane. Libro bianco 2009*, FrancoAngeli, Milano 2009), per fare alcune riflessioni, movendo da questioni più generali circa l'aspettativa di vita e su quanto gli stili di vita possono influire in tarda età sulla salute, per arrivare a problematiche più specifiche, con l'esempio di una patologia, l'artrite reumatoide, e toccando il tema della salute materno-infantile e della medicalizzazione del parto in particolare.

### Speranza e stili di vita

Una fotografia della popolazione italiana per sesso ed età mostra un dato ben conosciuto, ma non nel suo impatto sulla salute. La vita media delle donne è più lunga rispetto a quella degli uomini. La speranza di vita, cioè il numero medio di anni che una persona può aspettarsi di vivere in una data tappa della propria vita, se rimanessero costanti nel tempo i fattori di rischio a cui è soggetta nell'anno considerato, è maggiore per le donne rispetto agli uomini. Alla nascita la speranza di vita è di 78,4 anni per i maschi (dato del 2007) e di 83,8 anni per le femmine, mentre un uomo 65enne nel 2007 aveva un'aspettativa di vita in media di 17,8 anni rispetto ai 21,5 di una donna (vale a dire che potevano aspettarsi di vivere rispettivamente fino a 82,8 o a 86,5 anni); ancora, chi aveva 75 anni nel 2007 aveva una aspettativa di vivere 10,9 anni se maschio, 13,3 se femmina (cioè rispettivamente fino a 85,9 o a 88,3 anni). Va tuttavia sottolineato che dal 2004 al 2007 gli uomini hanno avuto un aumento della speranza di vita maggiore rispetto alle donne (0,5 anni rispetto a 0,1 per le donne). Una vita più lunga, però, ha come conseguenza, spesso poco considerata, il fatto che le donne rischiano di essere maggiormente esposte in età avanzata a malattie gravi e invalidanti, anche se non

si finirà mai abbastanza di sottolineare che anzianità non è sinonimo di malattia.

Una particolare importanza riveste quindi l'attenzione agli stili di vita per le conseguenze che possono avere sulla salute, tenendo presente la maggiore speranza di vita delle donne. Nel Libro bianco 2009 si considerano tre fattori di rischio: il fumo, che secondo i dati dell'Organizzazione mondiale della sanità è la prima causa di morte facilmente evitabile; l'alcol, di cui si sta registrando, soprattutto tra i più giovani, un aumento di consumo; il sovrappeso, che con l'obesità costituisce un indubbio fattore di rischio per la salute. L'esposizione delle donne a questi tre fattori è decisamente minore rispetto a quella degli uomini, tuttavia non risulta trascurabile. A titolo esemplificativo, la Tab. 1 mostra come la prevalenza (cioè la percentuale di individui che hanno, in un dato momento, un certo fattore di rischio o presentano una malattia) di persone obese e in sovrappeso aumenti progressivamente per entrambi i sessi con l'avanzare dell'età, raggiungendo il punto massimo dai 45 ai 74 anni. Si nota tuttavia che la percentuale di persone obese tra i 55 e i 74 anni è maggiore nella popolazione femminile e che la percentuale totale è leggermente a favore degli uomini, ma la percentuale totale relativa al sovrappeso del

Sesso maschile è quasi il doppio (43,8%) di quella del sesso femminile (26,8%).

### Donne e tumori

I tumori sono responsabili di circa il 30% dei decessi in Italia e quello della mammella è la causa principale di morte tra le donne, anche se negli ultimi decenni si è registrato un calo. La prevalenza di tale tumore è aumentata negli ultimi 30 anni e verosimilmente raggiungerà circa il 2% della popolazione femminile nel 2010 (cfr <www.tumori.net>). La crescita di tale cifra è legata ai programmi di *screening*, cioè a interventi volti a una diagnosi precoce della patologia in esame, che quindi ne mettono in evidenza la presenza che altrimenti resterebbe nascosta, e all'invecchiamento della popolazione.

Ma se quest'ultimo fattore è generalizzato a tutto il Paese, l'analisi dei dati mostra invece importanti diseguaglianze sul territorio nazionale circa l'estensione dei programmi di prevenzione. Infatti, molto diverso è il caso della Lombardia, con una diffusione teorica (che riguarda la popolazione obiettivo, cioè il gruppo di donne compreso nella fascia ritenuta a rischio e a cui dovrebbe essere offerta la possibilità di accedere a un percorso diagnostico preventivo tramite invito) di tali programmi

**Tabella 1**

Prevalenza di persone obese e in sovrappeso, per classi di età e sesso (%). Anno 2006

Classi di età	Persone obese		Persone in sovrappeso	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
18-24	2,3	1,9	18,6	8,1
25-34	5,6	2,9	32,6	14
35-44	8,9	5,1	45,8	20,2
45-54	13,4	12,0	50,9	27,7
55-64	15,8	17,9	52,6	36,5
65-74	14,9	17,6	53,6	40,1
75 e oltre	11,6	11,7	46,7	38,2
<b>TOTALE</b>	<b>10,4</b>	<b>9,9</b>	<b>43,8</b>	<b>26,8</b>



del 100% ed effettiva (cioè la popolazione di donne realmente invitata) del 99,2%, rispetto al 72,3% teorico e 60,6% effettivo del Lazio e al 31,7% teorico e 17,9% reale della Sicilia (cfr Tab. 2).

Molto si è discusso sui programmi di *screening*. I dati tuttavia invitano a due attenzioni: la prima è a non abbassare la guardia circa questi programmi e ad applicarli soprattutto in quelle zone del territorio nazionale dove si è trovata maggiore difficoltà; l'altra riguarda l'attuarli con intelligenza. Pensando, infatti, al caso specifico del tumore della mammella, bisogna imparare a modulare per ogni singola paziente la scelta del sistema diagnostico migliore.

**Tabella 2**

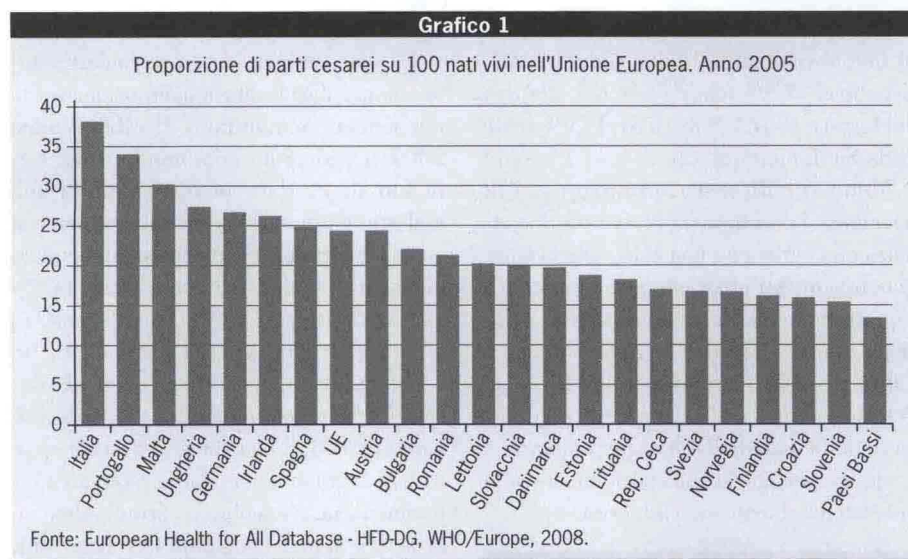
Estensione teorica ed effettiva dei programmi di *screening* rispetto alla popolazione bersaglio di età 50-69 (%). Programmi attivi nel 2007

Regioni	Estensione teorica	Estensione effettiva
Lombardia	100,0	99,2
Emilia-Rom.	100,0	99,1
Friuli-V. G.	100,0	94,2
Valle d'Aosta	100,0	93,6
Umbria	100,0	91,6
Toscana	100,0	87,8
Basilicata	100,0	87,6
Trento	100,0	77,6
Marche	100,0	74,2
Veneto	88,9	71,0
Piemonte	100,0	66,8
Lazio	72,3	60,6
Calabria	71,4	58,4
Bolzano	95,9	53,0
Molise	44,4	44,4
Liguria	100,0	37,4
Abruzzo	38,0	33,8
Campania	84,7	28,6
Sardegna	20,8	28,1
Sicilia	31,7	17,9
Puglia	37,9	11,8
ITALIA	81,4	62,3

**Un esempio: l'artrite reumatoide**

L'artrite reumatoide è una malattia autoimmune, cioè legata al malfunzionamento del sistema immunitario. Il Libro bianco 2009 vi dedica un approfondimento, fornendo alcuni dati come esempio di una malattia che interessa prevalentemente il sesso femminile con un consistente impatto personale e sociale (cfr anche ASSOCIAZIONE NAZIONALE MALATI REUMATICI [ANMAR] – SOCIETÀ ITALIANA DI REUMATOLOGIA [SIR] – FONDAZIONE CENSIS, *Un percorso ad ostacoli. Primo rapporto sociale sull'artrite reumatoide 2008*, Roma 2008, in <www.censis.it>). Si tratta di una malattia reumatica infiammatoria, che colpisce principalmente le articolazioni causando deformazioni, dolori e gravi difficoltà di movimento, ma l'infiammazione interessa tutto l'organismo. È una patologia molto diffusa nel mondo, e in Italia sembra riguardare una persona su 200 (circa 300mila malati), con una netta prevalenza di donne (75% dei casi). Circa il 40% delle pazienti ha un'età compresa tra i 45 e i 64 anni.

Si tratta di una malattia cronica, invalidante nel tempo e dal notevole impatto sulla capacità lavorativa di chi ne è affetto: circa un quinto delle persone colpite da artrite reumatoide ha dovuto modificare o cessare il proprio lavoro, ma influenze sull'attività professionale si hanno anche quotidianamente, a causa delle fasi cicliche della malattia. Anche a livello psicologico l'impatto dell'artrite reumatoide sulle donne è molto più importante che sugli uomini. «La paziente vede infatti modificata la propria immagine in quanto a femminilità e al proprio ruolo nell'ambito della famiglia e del lavoro» (p. 180). Il 16,2% dei malati lamenta l'influenza negativa della malattia sulla relazione di coppia, il 26,7% sulla vita sessuale e un paziente su dieci è arrivato a dover rinunciare alla propria aspirazione



di genitorialità. Anche per questa patologia, come per i programmi di prevenzione, il Libro bianco 2009 sottolinea che «una particolare attenzione andrebbe riservata ad un tentativo serio di colmare le disparità assistenziali tra Nord e Sud» (p. 183).

**Parto cesareo e non solo**

Ogni anno più di mezzo milione di donne muore nel mondo a causa di complicanze legate alla gravidanza o al parto; la maggioranza di queste morti avviene nel Sud del mondo (cfr il sito dell'Organizzazione mondiale della sanità, <www.who.int>). In Italia la situazione è molto diversa. Negli ultimi decenni si sono verificati notevoli miglioramenti nell'area della salute riproduttiva, anche grazie all'impiego di tecnologie sempre più sofisticate nel corso della gravidanza, al momento del parto e nel puerperio. Se da una parte tutto ciò ha migliorato enormemente la salute materno-infantile, dall'altra evidenzia l'eccessiva medicalizzazione di tali eventi. Il Libro bianco 2009 si sofferma su questa problematica, analizzando in particolare il

fenomeno dei parti cesarei. «Negli ultimi venti anni in molti Paesi del mondo tale valore è stato in continuo aumento. Non è semplice studiare e individuare le ragioni di questo fenomeno sanitario: se da una parte, infatti, una certa quota di tale incremento può essere attribuita a un miglioramento delle tecnologie sanitarie o a fenomeni demografici, un'ulteriore quota è molto probabilmente legata a motivi non clinici il cui ruolo e peso non sono di facile valutazione» (p. 142). Con l'aumento dei parti cesarei sopra un certo valore percentuale necessario a seconda delle condizioni cliniche del Paese, i rischi supererebbero i benefici. Nel nostro Paese l'obiettivo perseguito dal Ministero della Salute nel Piano sanitario nazionale 2006-2008 è stato quello di assestare la percentuale di parti cesarei intorno al 20%, in linea con le medie europee, visto che l'Italia detiene uno dei valori più alti di tutti i Paesi europei: 38,3% (cfr Graf. 1; il dato del 2005 sembra confermato), con una distribuzione regionale che raggiunge valori del 61,8% in Campania.